

INNKALLING TIL MØTE I PROGRAMUTVALG MEDISIN

Onsdag 2. februar 2022

Kl. 13.15-15.30**Styrerommet, Armauer Hansens hus (AHH) eller digitalt (se lenke i innkalling).****Observatører er velkomne til å delta digitalt.**

- | | |
|------|---|
| I. | Godkjenning av innkalling og saksliste |
| II. | Referat fra forrige møte 15. Desember 2021 |
| III. | Saker fra studentene |

Tentativ tid	nr.	Tittel
13:30	1/22	Arbeidet med revisjon av år 1-3
14:00	2/22	VEDTAK: Tidlig praksis i Medisin 2015
14:10	3/22	VEDTAK: Mentorordningen 2.-3. Studieår
14:30		Pause
14:40	4/22	Forslag til definisjon av kjernepensum
14:50	5/22	VEDTAK: Retningslinjer for semestervurdering
15:00	6/22	Forespørsel om innspill fra instituttene og programutvalgene i forbindelse med revisjon av UiBs grads- og studieforskrift
15:10	7/22	Etikk og klinikk

Orienteringer

- Brev fra fakultetet om undervisning og vurdering våren 2022
- Status internasjonalisering våren 2022

Kommende saker:

- Egenvurderingen høsten 2021 og våren 2022

<p><u>Referat og saksframlegg fra møtene ligger her:</u></p> <p>Programutvalg for medisinstudiet Det medisinske fakultet UiB</p> <p>Resterende møter våren 2022:</p> <ul style="list-style-type: none">• Onsdag 30. mars• Onsdag 1. Juni <p>Tidspunkt som tidligere: 13.15-15.30 Saker blir sendt ut en uke i forkant.</p>	<p><u>Ressurser for digital undervisning og vurdering:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Digitale læringsressurser som allerede finnes• Læringslaben
--	--

Sakslisten sist oppdatert: 27.1.22

REFERAT MØTE I PROGRAMUTVALG MEDISIN

Onsdag 15. desember 2021

Kl. 13.15-15.30

Styrommet, Armauer Hansens hus (AHH) eller digitalt

Tilstede, fysisk: Edvin Schei, Harald Gotten Wiker, Håkon Reikvam, Tora Hvidsten Nupen, Pia L. Nome, Jon Andrew Hardie

Tilstede, digitalt: Elham Baghestan, Arne Tjølsen, Clive Raymond Evjen Bramham, Anne Kjersti Nesje Daltveit, Ingrid Keilegavlen Rebnord, Kari Indrekvam, Ole Jacob Torkildsen Møllerløkken

Ikke tilstede: Olav Tenstad, Christian Alexander Vedeler/ Hans Jørgen Aarstad, Jan Gunnar Hatlebakk, Knut Teigen, Aaron Kristiansen

Observatører (med digitalt): Eivind Valestrand (sak 40-21), May K. Skjerlie

Sak 45-21: Bianca Nygård, Kristin Walter, Knut Øymar, Bjørn E. Vikse

Referent: Dina-Kristin Topphol Midtflø

I. Godkjenning av innkalling og sakliste

Sakliste finnes her:

<https://ekstern.filer.uib.no/mofa/studie/Medisin/PUM%20sakspapir/2021/Innkalling%2C%20PUM%2015.12.21%20-%20oppdatert%2013.12.21.pdf>

II. Referat fra forrige møte 3. november 2021

Lenke:

<https://ekstern.filer.uib.no/mofa/studie/Medisin/PUM%20sakspapir/2021/Referat%20fra%20PUM%203.11.21.pdf> (lås også ved utsendingen)

III. Saker fra studentene

- **Opplæring av kulltillitsvalgte** (medio september), ønsker å kople på PUM
- **Kullets time** – ønskelig at det settes av tid i timeplanen, der studenter kan melde inn ting til kulltillitsvalgte, som så kan ta det videre til semesterstyret. Fks. mellom to undervisningstimer, en gang i mnd./ 3-4 i løpet av et semester. Starter med noen semester – studentene sender programkoordinator en liste med forslag til semester vi kan teste for våren 2022. Så alle semestre fra høsten 2022.
- **Quiz/MCQ utarbeidet av studenter** → dersom studenter skal lage og sende inn dette trenger studentene god tid til utarbeidelse av oppgavene.
- **OSKE** – alle eksamensoppgaver skal gjøres tilgjengelige etter eksamen, det gjelder også OSKE. For MED12 er dette gjort, MED6 venter vi fortsatt på.

nr.	Tittel
40/21	<p>Drøfting: STUND-rapporter og en oppsummering av emnerapporter våren 2021</p> <p>En oppsummering av STUND-rapportene ble presentert av Eivind Valestrand</p> <p>Når vi nå går inn i en ny runde med mye digital undervisning er det viktig å være oppmerksom på at særlig de tidligste kullene opplever mye digital undervisning som spesielt utfordrende. Vurder gjerne muligheten for break out-rooms og lignende studentaktiverende/sosiale aktiviteter.</p> <p>En utfordring er at studentene i STUND har inntrykk av at semesterstyrene ikke følger opp rapportene og at de ikke får svar, her er det tilbakemeldinger i emnerapporten, men vi ser at det ikke nødvendigvis fanges opp av studentene. Det som kunne ha hjulpet er om denne tilbakemeldingen gikk rett til studentene på e-post, helst direkte i etterkant av at studentene leverer rapporten.</p> <p>Noe annet er at studentene ser at de samme tingene går igjen år etter år, her bør man kommentere på hva som eventuelt ikke kan endres.</p> <p>Mulige oppfølgninger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semesterstyrene med leder bes gi studentene en tilbakemelding også via e-post når de får tilsendt rapporter, med takk og gjerne konkrete oppfølgningsspunkter en vil arbeide med, eller forklaring på hvorfor noe ikke kan gjøres. <ul style="list-style-type: none"> ○ Det bør holdes et møte mellom semesterstyret og STUND i starten av semesteret hvor STUND-rapporten fra forrige kull er på agendaen. En del av semestrene har møter med STUND i starten av semesteret allerede, men ikke alle. ○ Saker som har vært gjengangere bør ha særskilt fokus og semesterstyret bør gi studentene en god forklaring på årsaken til at det ikke er mulig å gjennomføre endringer, dersom det er tilfelle. ○ Kan vi be semesterstyrene gå gjennom stund-rapportene og identifisere det som går igjen og hva de kan og ikke kan gjøre noe med? ○ Her er det viktig å huske at studentene og semesterstyret/undervisere opplever dette ulikt: det kom flere innspill fra PUM-representanter om at det sett fra undervisningssiden skjer det endringer hele tiden, basert på tilbakemeldinger. • Når STUND stiller seg spørsmål om rapportene blir lest og fulgt opp, er det også naturlig å stille spørsmålet om PUM og semesterstyrene ønsker rapportene i det omfanget de får nå. Det foreslås at PUM gir PUM-leder mandat til å sette ned en gruppe for å evaluere og diskutere STUND sitt mandat og struktur for fortsettelsen <ul style="list-style-type: none"> ○ Det kan for eksempel være aktuelt at STUND heller leverer kortere rapporter og at fokuset er på møtene med semesterstyret og de fortløpende tilbakemeldingene. Eventuelt kan det utarbeides større STUND-rapporten (for

	<p>eksempel i samme semester som emnet skal gjennomføre den treårige emneevalueringen).</p> <p>Oppsummering av møter mellom programledelse og semesterstyrene: Erfaringene fra møtene høsten 2021 er at det er positivt å holde møtene uformelle, men at det likevel burde lages en mal for å oppsummere de viktigste punktene fra møtene. Forslag til kort mal/spørsmål som kan fylles ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De tre viktigste punktene som ble diskutert • Hva følger semesterstyret opp? • Hva bør følges opp av PUM? <p>Det kom ikke motforestillinger til dette, og programkoordinator utarbeider en kort mal for møtene som skal holdes i vårsemesteret.</p>
41/21	<p>Drøfting: Ønske om endring av sensurfrist for hovedoppgaven (permanent) og MED9 (høsten 2021)</p> <p>Fakultetet har sendt SA brev med ønske om 6 ukers sensurfrist for hovedoppgaven. PUM, inkludert studentrepresentantene, ser behovet og støtter dette.</p> <p>MED9 har sendt søknad til fakultet med ønske om utvidelse av sensurfrist for høsten 2021. PUM-representantene ser ikke store argumenter for å måtte gjøre det på den måten MED9 gjør det pr nå. Men, generelt er det utfordrende med eksamen så seint og så påfølgende sensur. Her ble det i møtet drøftet om det er mulig å spare tid ved at ekstern og intern sensor starter med sitt sensurarbeid samtidig.</p>
42/21	<p>Drøfting: Kommentar til Programevaluering av Medisin 2015</p> <p>Henvendelsen som lå ved saken kom som tilbakemeldingen på programevalueringen av medisinstudiet. Tilbakemeldingen belyser at programevalueringen hadde lite fokus på de praktiske utfordringene som har oppstått som et resultat av innføringen av studieplanen Medisin 2015.</p> <p>Blant det som tas opp er at propedeutikk er betydelig svekket og spredt utover semestrene 2-6. Videre at fagidentiteten er svekket av emnestrukturen vi nå har, med store tverrfaglige emner. Langsgående tema som respirasjon (og sirkulasjon) har hovedvekten veldig tidlig i studiet. Med en bedre fordeling av undervisningen i den kliniske delen av studiet vil studentene få et større læringsutbytte. Erfaringene i MED12 forteller oss at det er for lenge siden studentene har fått faglig påfyll innen enkelte sentrale områder. Mange studenter hevder at de ikke har fått undervisning i spesifikke ting, når det kan være så mye som 4 år siden de hadde den undervisningen.</p> <p>Utfordringene som pekes på aktualiseres med Vestlandslegen (sak 45-21 i dagens møte). Dersom vi setter i gang justering/revisjon av Medisin 2015, vil disse punktene bli adressert, bortsett fra emnestrukturen, som neppe vil endres tilbake til fagspesifikke emner.</p>

43/21	<p>Orientering: Formativ vurdering i MED4</p> <p>Arbeidsutvalget har på fullmakt vedtatt å gjøre lærerassisterte kollokvier obligatoriske i MED4. Programutvalget er enige i at det kan være obligatorisk så lenge det er god kvalitet på undervisningen.</p> <p>Programutvalget fikk presentert videre planer for mer formativ vurdering i MED4.</p>
44/21	<p>Orientering: Nye retningslinjer for utdanningssamarbeid med HUS (nivå 3)</p> <p>Ligger vedlagt, og finnes også her: niva iii retningslinje om utdanning 2021-11-24 endelig.pdf (uib.no)</p> <p>Retningslinjene definerer sentrale begrepet (som praksislærer vs praksisveileder) og inneholder en detaljert oversikt over hva som er universitetets ansvar og hva som er sykehusets ansvar.</p>
45/21	<p>Vedtak: Vestlandslegen</p> <p>Oppfølging fra sak 3. november. Representanter fra arbeidsgruppene for Vestlandslegen var til stede da sak 45/21 ble drøftet.</p> <p>I arbeidet med 1.-3. studieår i Vestlandslegen er det blitt tydelig at det må være et felles studieløp i år 1-3 av studiet. Vedlagt saken lå det en rapport for studieår 1-3, som gir føringer for justeringer. Planen peker på noen kjente utfordringer i dagens studieplan, og viser til aktuelle justeringer for å løse disse. For å sikre ønsket samordning med Medisin 2015 er det nå aktuelt å revidere den eksisterende studieplanen slik at det blir ett studieprogram.</p> <p>Dette vil kreve at det settes ned en arbeidsgruppe forankret i PUM.</p> <p>Det kom innspill om hvordan vi skal klare å håndtere studenttallet som planlegges med Vestlandslegen, samt at det i saksframlegget er forespeilet et stort arbeid med kort frist. Her er det imidlertid viktig å huske at arbeidsgruppen for 1-3 studieår i Vestlandslegen har utarbeidet en grundig rapport der det pekes på mange gode løsninger.</p> <p>Videre kom det innspill om at fagene i punktlisten (knyttet til grunnkurs klinikk) ikke må låses, det må være mulighet til å legge til fagområder her.</p> <p>Kontakt med primærhelsetjenesten for utvidelse der (jfr. RETHOS) krever også videre utredning, selv om det muligens er en liten del av studieplanen.</p> <p>Forslaget som er fremlagt for PUM innebærer at i de tre første årene går kullene samlet i Bergen, men med mulig åpning for lokale variasjoner de tre siste årene (noe ulike studieløp).</p> <p>Knut Øymar presenterte planene for studieår 4-6 i Stavanger. De første studentene som skal ta de tre siste studieårene i Stavanger starter der høsten 2023 (kull 20).</p> <p>Med eventuell videre utbygging av Vestlandslegen må vi parallelt øke kapasiteten for praksis i Bergen da praksiskapasiteten ved Stavanger Universitetssjukehus allerede er nesten fullt utnyttet, - dette var også drøftet i Felles utdanningsråd med HUS/HDS i møte 24. november.</p>

VEDTAK:

PUM gir Arbeidsutvalget (AU) fullmakt til å utarbeide et detaljert mandat basert på punktene for revisjon av studieår 1-3 som skissert over, inkludert innspill fra arbeidsgruppe 1-3 i Vestlandslegen i notat vedlagt saken.

Videre nedsettes en gruppe med representanter fra de store kliniske fagene, og med representanter fra hhv K1, K2, IGS og IBM, HUS og HDS. Gruppen skal innen 10. mars 2022 fremlegge et forslag til endringer for studieår 1-3 utifra endelig mandat. Forslaget behandles på møte i PUM 30. mars 2022.

Orienteringer

- **Endring i vurdering i MED2** (sak 39/21) i PUM: endringen ble vedtatt på fullmakt av Arbeidsutvalget 18. november 2021. Endringen gjelder fra vårsemesteret 2022. I tillegg ble det 8. desember fattet vedtak om at uttrekk til eksamen utgår
- **Referat fra Nasjonalt utdanningsmøte medisin, 4. november**
- **Oppnevning av læringsdesigngruppe ved Det medisinske fakultet**, brev datert 10.11.21
- **Møtedatoer våren 2022:**
 - Onsdag 2. februar
 - Onsdag 30. mars
 - Onsdag 1. juni

Tidspunkt som tidligere: 13.15-15.30 Sted: Styrerrommet AHH dersom situasjonen tillater det, dersom smittesituasjonen ikke tillater det blir det digitalt. Kalenderinnkalling kommer. Saker blir sendt ut en uke i forkant.

Kommende saker:

- **Etikk i klinikk**

Referat og saksframlegg fra møtene ligger her:

[Programutvalg for medinstudiet | Det medisinske fakultet | UiB](#)

Ressurser for digital undervisning og vurdering:

- [Pedagogisk påfyll høsten 2021 | Enhet for læring | UiB](#)
- [Digitale læringsressurser som allereie finnes](#)
- [Læringslaben](#)

Referat sist oppdatert: 22.12.21 (HGWDIM)

Internt notat til AU/PUM oppdatert 25.01.22

Oppfølging av sak 45-21 Vestlandslegen, PUM

Endringer i studieår 1-3 Medisin 2015 / Vestlandslegen - på vei mot et grunnkurs i klinikk

I sak om Vestlandslegen i Programutvalg for medisin (PUM) 15. desember 2021 (sak 45-21) var det drøfting av studieplanen i medisin og nødvendig samordning mellom Medisin 2015 og planer for Vestlandslegen. PUM er innforstått med at en nå må arbeide effektivt videre med en samordning av studieopplegget for et økende antall medisinstudenter i Bergen de tre første studieårene, og at dette må være forankret i PUM. Arbeidsgruppe 1 i prosjekt Vestlandslegen, ledet av Arne Tjølsen, hadde i notat til møtet skissert aktuelle endringer for første del av studiet. På bakgrunn av dette ble det vedtatt følgende:

PUM gir Arbeidsutvalget (AU) fullmakt til å utarbeide et detaljert mandat basert på punktene for revisjon av studieår 1-3 som skissert i saksvedlegget, inkl. innspill i notat fra arbeidsgruppe 1-3 i Vestlandslegen. Videre nedsettes en gruppe med representanter fra de store kliniske fagene, og med representanter fra hhv K1, K2, IGS og IBM, HUS og HDS. Gruppen skal innen 10. mars 2022 fremlegge et forslag til endringer for studieår 1-3 utifra endelig mandat. Forslaget behandles på møte i PUM 30. mars 2022

Forslag til detaljering og videre oppfølging

Motivasjon:

Endringer i Medisin 2015 har tre hovedbegrunnelser:

A) Sørge for at vi i fremtiden har én studieplan for medisinstudiet

B) Forbedre studieplanen og rette opp erkjente skjevheter. De viktigste består i å utvide propedeutisk undervisning, og sørge for en fordeling av klinisk undervisning for å sikre bedre sammenheng i progresjon (spirallæring). I tillegg bør man arbeide målrettet videre med å implementere studentaktiviserende undervisningsmetoder. Det er sterkt ønskelig å utvide bruken av team basert læring (TBL) for den teoretiske undervisningen, nettopp fordi den er studentaktiviserende. Det blir utarbeidet et e-læringskurs i TBL for faglærere for å bidra til å øke kompetansen. En viktig forutsetning er at TBL erstatter forelesninger slik at det frigjøres tid som studentene benytter til å forberede seg til TBL sesjoner. TBL sesjonene gjøres til obligatoriske arbeidskrav. Semesterstyrene bidrar til å organisere systematisk planlegging av innholdet i TBL sesjoner.

C) Klargjøre studieplanen for en økning i antall studieplasser. Det er foreløpig (per des 2021) usikkert om det kommer nye studieplasser i Vestlandslegen, men det er viktig at man er best mulig rigget for en økning. Mer systematisk bruk av TBL vil være et viktig bidrag i denne sammenhengen, fordi det er en skalerbar metode som bidrar til å redusere logistiske utfordringer når antallet studenter øker.

Målet er å implementere nødvendige endringer allerede fra høstsemesteret 2022, selv om tiden er knapp. Innen timeplanleggingsfristen for høstsemesteret 1. mars bør gruppen ha klar en grovkisse for logistikk og rammer for de endringene som

kan settes i verk for MED5. I hovedsak vil MED5 inneholde grunnkurs klinikk med propedeutisk undervisning og parakliniske fag med Patologi og Radiologi. Disse to parakliniske fagene kan antagelig beholde nåværende struktur. Det betyr at det må gjøres et ekstra arbeid for å timeplanlegge grunnkurs klinikk i MED5 innen 1. mars. Dette har prioritet nå.

Innføringen av grunnkurs klinikk i MED5 og MED6 forutsetter at arbeidet følges opp med en revisjon av innholdet i MED7-MED12 i neste fase.

ORGANISERING

Semesterstyrene for MEDOD1, MEDOD2/MED2, MED3 og MED4 ser på nødvendige endringer i sine semestre basert på rapporten for Vestlandslegen år 1-3. For MED5 og MED6 opprettes det **kjernegrupper** som ledes av semesterstyrelederne for de to semestre. (Instituttene - K1 for MED6 og K2 for MED5 - bør se på behov for å restrukturere disse to semesterstyrene på grunnlag av omleggingene, så snart endringene er gjennomført.)

Det opprettes en **referansegruppe** som består av nøkkelpersoner med nødvendig kunnskap om medisinutdanningen, inkl. tilknytning til sentrale enheter.

FREMDRIFT

Kjernegruppene for MED5 og MED6 legger frem sine tentative forslag for referansegruppen innen 1. mars. Endelige forslag, basert på tilbakemeldinger fra referansegruppen, leveres til PUM innen ca. 15. mars for behandling i PUM 30. mars 2022.

Semesterstyrene for første til fjerde semester gir foreløpige tilbakemeldinger til PUM om nødvendige endringer innen samme frist ca. 15. mars. Etter behandling av kjernegruppens forslag i PUM 30. mars vil videre tiltak og tidsplan for ev endringer i øvrige semestre besluttes.

Kjernegruppen for MED5:

- **Leder:** Jon Hardie, semesterstyreleder MED5
- Semesterkoordinator MED5 Øyvind Byrkjedal-Bendiksen (foreløpig)
- Fagansvarlig for propedeutikk: May Tone Lønnebakken
- Mette Vesterhus (studieleder K2, med tidligere hovedansvar for prop. undervisning HDS)
- Jesper Blomquist (K1, ansvar inn i prop.undervisning HDS)
- Fagansvarlig Radiologi Leif Oltedal
- Fagansvarlig Patologi Lars Helgeland
- Repr for Allmenntilleggsmedisin: Thomas Mildestvedt
- Repr fra Medisinsk ferdighetscenter: Bernt B. Aarli

Kjernegruppen for MED6:

- **Leder:** Jan Gunnar Hatlebakk, semesterstyreleder MED6
- Semesterkoordinator MED6 Lise S Amble
- Fagansvarlig Anestesi Eirik Sjøfteland
- Fagansvarlig allmenntilleggsmedisin: Gunnar Bondevik
- Fagansvarlig Medisinsk biokjemi Jørn Sagen
- Fagansvarlig Farmakologi Silje Skrede
- Fagansvarlig Psykiatri Maj-Britt Posserud
- Repr for Indremedisin: Eva Gerdts (K2)
- Repr for Kirurgi: Magnus Berle (K1)

Referansegruppen har bred representasjon for å sikre at endringene blir godt forankret og belyst fra aktuelle fag/miljøer. I tråd med vedtaket i PUM bør det være representanter fra de store kliniske fagene, og med representanter fra hhv K1, K2, IGS og IBM (inkl. utdanningsledere), HUS og HDS.

IBM: Arne Tjølsen - **leder**

Indremedisin

* Hjertesykdommer: Eva Gerdts (K2) og Peter Schuster (UGLE)

* Lungemedisin: Tomas Eagan (K2)

* Gastroenterologi: Kim Nylund (K1)

* Infeksjonssykdommer: Kristine Mørch (K2)

* Hematologi: Håkon Reikvam (K2)

* Nefrologi: Hans-Peter Marti (K1)

* Geriatri: Anette Hysten Ranhoff (K2)

* Endokrinologi: Eystein Husebye (K2), UGLE (K2): Marianne Øksnes (K2)

Kirurgi: Magnus Berle (K1)

* Småkirurgi/BL: Christina Brudvik (K1)

* Endokrin: Turid Aas /Katrin Brauckhoff (K2)

* Karkirurgi: *avklares*

* Anestesi/kir.serviceklin.: Eirik Sjøfteland (K1)

* Nevrokirurgi: Morten Lund-Johansen (K1)

* Ortopedisk: Trude Gundersen (K1)

* Urologi: Øyvind Ulvik (K1)

* Plastikkirurgi: Svein Arthur Hønsi Jensen (K1)

* Gastrokirurgi: Frank Pfeffer (K1)

* Radiologi: Ingfrid S Haldorsen (K1)

* Thoraxkirurgi: Rune Haaverstad (K2)

Allmenntilleggsmedisin: Thomas Mildestvedt og Ingrid Rebnord (IGS)

Psykisk helse: Maj-Brit Posserud (K1)

Stavanger: Hartwig Kørner (K1) og Knut Øymar (K2)

Haugesund: Bjørn Egil Vikse (K1)

Førde: Anja Myhre Hjelle (K1)

MEDOD1: Anne Kjersti Daltveit

MEDOD2/MED2: Knut Teigen

MED3: Clive Bramham

MED4: Olav Tenstad

MED5: Jon Hardie

MED6: Jan Gunnar Hatlebakk

Haukeland universitetssjukehus: *avklares*

Haraldsplass diakonale sjukehus: Mette Vesterhus

Studentrepresentasjon: Medisinsk Fagutvalg

Mandat

Styrende punkter for gruppene – basert på saken i PUM 15. desember - foreslås å være:

1. En forutsetter at det blir deling av kullet etter år 3.
2. Semesterstyrene for MEDOD1, MEDOD2/MED2, MED3 og MED4 ser på nødvendige endringer i sine semestre basert på rapporten for Vestlandslegen år 1-3.
3. Allmenntilleggsmedisinsk fagmiljø ivaretar dialog med Bergen kommune for å foreslå et opplegg i kommunehelse-tjenesten (sykehjem, legevakt, KAD - kommunal akutt døgnhet, helsestasjon o.l.) som erstatning for at ordningen med tidlig praksis ved sykehusene i MED2, MED3 og MED4 fases ut.
4. **Faglig innhold:** Kjernegruppene for MED5 og MED6 skisserer hvordan et nytt kurs - **Grunnkurs klinikk** – kan etableres f.o.m. høsten 2022. Kjernegruppen for MED5 etablerer propedeutikk, mens kjernegruppen for MED6 etablerer grunnleggende innføring i indremedisin (blodsykdommer, stoffskiftesykdommer, fordøyelsesykdommer, geriatri, kardiologi, infeksjonssykdommer, lungesykdommer, nyresykdommer), kirurgi (urologi, thoraxkirurgi, gastroenterologisk kirurgi, akutt kirurgi, karkirurgi, mammaendokrin kirurgi), innføring i allmenntilleggsmedisin og innføring i psykiatri. Indremedisin og kirurgi gjennomføres med omfang tilsvarende antall studiepoeng som 5-6. semester har i Medisin 2015. **En forutsetter at de to**

kjernegruppene koordinerer seg.

Andre føringer for kurset:

- a. Skal gå gjennom begge semestre og sikre jevn fordeling av undervisning/grupper.
- b. Så langt mulig bør en organisere studentene i faste grupper med 6-8 stud per gruppe som består hele studieåret/ ev hele semester. Disse gruppene benyttes til klinisk undervisning, Team basert læring og ev annen gruppeundervisning/ferdighetstrening. Gruppene bør settes sammen ved loddtrekning, men må ta hensyn til kjønnsfordeling.
- c. Skal inneholde vesentlig kirurgi og indremedisin, men også allmenmedisin og psykiatri. De andre kliniske fagene (Nevrologi, Øye, ØNH, etc) skal ha sin «spesifikke propedeutikk» sammen med hovedundervisningen, mens grunnleggende ferdigheter inkluderes i anatomi og fysiologi og parakliniske fag.

Se nærmere beskrivelse av et tentativt grunnkurs klinikk i notatet fra arbeidsgruppe 1 i Vestlandslegen.

5. Kjernegruppene for MED5 og MED6:
Vurdering: Beskrive hvordan et grunnkurs klinikk (propedeutikk og kliniske fag) kan inngå som del av dagens emner (MED5 - MED6), men organiseres som en egen vurderingsenhet. Forutsetningen er at OSKE6 opprettholdes som summativ vurdering av grunnkurs klinikk, men at det lages planer for formativ vurdering (mappevurdering) gjennom MED5 og MED6.
6. Kjernegruppene for MED5 og MED6 foreslår **pensumlitteratur** for grunnkurs klinikk slik at studentene får en bred innføring i kliniske fag (tentativt ca. 1000-1500

læreboksider). Kjernegruppen for MED5 foreslår pensumlitteratur i propedeutikk (klinisk undersøkelse) og kjernegruppen for MED6 foreslår pensumlitteratur i grunnleggende teoretisk opplæring i kliniske fag: indremedisin, kirurgi, allmenmedisin og psykiatri. En forutsetter at denne innføringen skal gi et grunnlag som studentene kan bygge på for å få større teoretisk fordypning i den kliniske delen av studiet, dvs. år 4-6.

7. **Økning i studenttall:** Kjernegruppene for MED5 og MED6 skal holde seg oppdatert om prosess i regi av Felles Utdanningsråd mellom HUS, HDS og fakultetet – angående hvordan økt volum av studenter kan håndteres. Ønske om fordeling i tid og mengde mellom Haraldsplass Diagonale sykehus (HDS) og Haukeland universitetssjukehus (HUS), med HDS som hovedarena for propedeutisk undervisning og grunnleggende klinisk undervisning.
8. Kjernegruppene for MED5 og MED6: skissere hvordan plassering og vektning av parakliniske fag skal være i hhv 5. og 6. semester, basert på forslaget fra arbeidsgruppe 1 VL;
 - a. Patologi og Radiologi i 5. semester,
 - b. Medisinsk biokjemi og Farmakologi i 6. semester.
9. **Vurdering** parakliniske fag: Kjernegruppene for MED5 og MED6 skal beskrive hvordan nevnte fag kan organiseres som egen vurderingsenhet i hhv MED5 og MED6: Patologi og Radiologi i emnet MED5, Medisinsk biokjemi og Farmakologi i emnet MED6. (jfr. punkt 2 for grunnkurs klinikk)
10. Det skal planlegges for en sluttkompetanse for studentene som før angitt både i Medisin 2015 og Vestlandslegen: **Journalkompetent lege.**

RAPPORT

Vestlandslegen

Arbeidsgruppe 1

25.1.2022

Innledning

Dette er sluttrappporten fra Arbeidsgruppe 1 i prosjektet Vestlandslegen. Det er en videreføring av tidligere rapport fra 15.1.2021, og er et resultat av diskusjoner våren og høsten 2021 og frem til avslutning 25.1.2022.

Arbeidsgruppen

Gruppen har bestått av:

Arne Tjølsen, leder
Olav Tenstad
Jesper Blomquist
Rita Grude Ladstein
Mette Nåmdal Vesterhus

Thomas Mildestvedt (fra våren 2021)
Camilla Tøndel
Birger Norderud Lærum
Pia Nome
Bianca Nygård, sekretær

Bakgrunn

Vi viser til **føringer og mandat** for arbeidsgruppene, og **rapporten fra Arbeidsgruppe 1 (15.1.2021)**.

Vestlandslegen var i utgangspunktet planlagt å være et parallelt studieprogram ved UiB, for opptil 120 studenter. Det skulle planlegges separat, selv om man skulle vurdere ev. muligheter for rasjonaliseringsgevinster sammen med Medisin 2015.

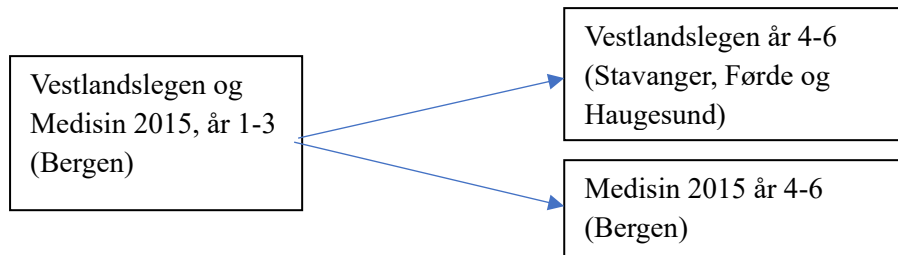
Frem til april 2021 arbeidet arbeidsgruppene med planlegging av Vestlandslegen med dette som utgangspunkt. Det har vært forutsetningen at studenttallet ble økt fra de 20 studentene som ble tatt opp høsten 2020 til minst 60 studenter pr. år, og helst videre til 100 eller 120 pr. år.

Det har vært beskrevet at fordelene ved å lage et separat studieprogram er at man da kunne bygge opp et studium med relativt få studenter, med de mulighetene det ville gi for å prøve ut nye muligheter for læringsmetoder og undervisningstiltak med en mindre gruppe studenter enn i eksisterende studieplan, Medisin 2015. Det har også vært beskrevet at noe av intensjonen har vært at metoder og opplegg som ble utprøvd i Vestlandslegen senere kunne tas i bruk i Medisin 2015.

Det har vært uttrykt, blant annet fra Arbeidsgruppe 1, at en god gjennomføring av Vestlandslegen som et separat studieprogram ville være avhengig av at underviserstaben i programmet var dedikert til dette programmet. Minst en viss andel av underviserne i Vestlandslegen måtte ha dette som hoved-undervisningsoppgave, slik at det ville bli mulig å gjennomføre opplegg og undervisningsformer som var forskjellige fra Medisin 2015.

Det har imidlertid blitt tydelig at det er urealistisk at Vestlandslegen kan få en slik egen underviserstab. Selv med tilførte (og nødvendige) undervisningsressurser i form av vitenskapelige og administrative stillinger, vil undervisningen i de to programmene (eller studieløpene) i samme fagfelt måtte gjøres av de samme underviserne. Et studieløp med få studenter, slik det vil være de første årene, vil heller ikke være finansiert godt nok til å ha en egen underviserstab som både er stor nok og har bred nok kompetanse.

Fra våren 2021 er rammene derfor noe endret. Det skal planlegges to studieløp i samme studieprogram, og begge studieløpene skal ha samme studieopplegg og samme undervisningsformer. Vestlandslegen og Medisin 2015 følger samme studieopplegg i årene 1 til 3, og deretter skal ett løp fortsette i Bergen, mens det andre skal foregå i Stavanger, Haugesund og Førde, slik det har vært planlagt for Vestlandslegen så langt.



Studenttall og prinsipper

Planleggingen av Vestlandslegen fortsetter etter samme prinsipper som høsten 2020 (se rapport fra Arbeidsgruppe 1, 15.1.2021), med tanke på pedagogikk, undervisningsformer, klinisk kontakt, propedeutikk, vurderingsformer m.fl.

Dette skal i det videre planlegges med tanke på hele studenttallet, altså et antall på

- Medisin 2015: 165 studieplasser
- Vestlandslegen: inntil 120 studieplasser (inneværende studieår 20 studieplasser)

Dette betyr nominelt opp til 285 studieplasser, og med nødvendig overbooking for å uteksaminere et nødvendig antall kandidater betyr det i de første studieårene et **antall studenter på 300-320**.

Økning av studieplasser til Vestlandslegen vil gi en betydelig økning i ressurser, også i antall vitenskapelige og administrative stillinger.

For å håndtere dette studenttallet, som er vesentlig større enn i dag, må det også vurderes om ordningen med samundervisning av medisin- og odontologistudenter i første studieår skal videreføres. Antall odontologistudenter i første studieår er ca. 60 inkludert overbooking, og totaltallet vil dermed kunne komme opp i 380. Arbeidsgruppen anbefaler likevel å fortsette samundervisning med odontologistudiet i det meste av første studieår.

I undervisningen kan kullet (eller det totale studenttallet) deles i «underkull», «kohorter» eller andre grupper, som holdes samlet (odontologer, Stavangerstudenter e.l.). Dette kan bidra til bedret identitetsfølelse hos studentene og bedre samhold. Størrelsen på undergruppene kan også tilpasses størrelsen på gruppene som skal til hhv. Stavanger, Haugesund og Førde, slik at disse holdes sammen.

Studieprogram, studieløp og opptak

- Studieprogram
 - Medisinstudiet ved UiB anbefales formelt definert som ett studieprogram med flere studieløp.
- Opptak
 - Det anbefales opptak av hele studenttallet samtidig, og studiestart i august for alle studentene.
 - Det er gode argumenter for at det bør legges til rette for at studenter søker gjennom samordna opptak søker seg til det enkelte studieløp: Bergen eller Stavanger, og på sikt Haugesund og Førde.

- Det er mulig at betegnelsen «Vestlandslegen» bør brukes om hele studieprogrammet, og at de to studieløpene må skilles gjennom andre betegnelser.

Oversikt

- Studenttall
 - Det høye maksimale studenttallet som det må planlegges for (380 i første studieår, 320 i andre og tredje studieår) gjør det umulig å planlegge undervisning for hele studentgruppen samtidig med alle studentene fysisk til stede. Undervisningen må derfor tilpasses dette ved bruk av en kombinasjon av fysisk og digital undervisning.
 - Studenttallet vil øke med et ukjent tempo, og med ukjent trinnstørrelse. Det vil antakelig være u hensiktsmessig umiddelbart å planlegge all gruppeinndeling for et tall på 380/320. For hver økning av studenttall må gruppeinndeling og omfang av undervisning som krever gruppeinndeling vurderes opp mot personal- og romressurser.
- Teoriundervisning
 - I den grad man ønsker synkrone forelesninger i plenum, må dette hovedsakelig gjøres på hybrid-form (noen studenter fysisk til stede, andre digitalt – hjemme eller i alternativt undervisningsrom) eller digitalt.
 - Synkrone forelesninger får en noe mindre sentral rolle, siden interaktivitet med studentgruppen blir mer utfordrende med høyere studenttall. Interaktivitet er likevel mulig i form av digitale quiz, meningsmålinger og korte “break-out rooms” for summegrupper, som krever synkron undervisning. Asynkrone forelesninger (korte videoer, videocasts) får en større rolle som læringsressurs.
 - «Blended learning» og omvendt klasserom må brukes systematisk. Dvs. at læringsressursene gjøres digitalt tilgjengelig for studentene, og aktiv synkron undervisningstid brukes til studentaktivitet i form av diskusjon og oppgaveløsning. Tid til forberedelse kan timeplanlegges for å sikre at studentene har tid til læringsarbeidet.
 - TBL bør være en sentral undervisningsform. TBL er utviklet til bruk i en digital ramme, og det er også utviklet løsninger for TBL-undervisning i hybrid-form.
 - Det er vesentlig å ivareta kontakt mellom studenter og mellom studenter og undervisere. Gruppeundervisning, i form av diskusjoner, oppgaveløsning i grupper o.l. må brukes aktivt. Veileder- og mentorordninger må vurderes.
 - Utstrakt bruk av gruppebaserte opplegg er ressurskrevende når det gjelder undervisningspersonell. Eldre studenter bør brukes systematisk (lønnet) til veiledning og instruksjon.
 - Selv med utstrakt bruk av digitale og asynkrone undervisningsformer vil vi måtte kunne samle kullet fysisk til semesterstart, praktisk undervisning og vurderinger. Ved bygging av nye undervisningslokaler vil et flatt undervisningsrom med mulighet for å kunne dele inn i lyd-dempede smårom kunne gi fleksibilitet mellom å samle kullet til gruppebasert undervisning og gjennomføre OSKE.
- Praktisk undervisning
 - Tidlige pasienterfaringer: PasKon kan videreføres i en form lignende dagens. En mulighet vil være å dele opp i to, med halve kullet i hvert semester.
 - Laboratoriekurs, ferdighetstrening og annen gruppeaktivitet: Det vil være logistiske

utfordringer med et høyt antall grupper, og tilhørende behov for veiledere/instruktører. Eldre studenter må brukes systematisk. Dessuten må all praktisk undervisning suppleres med digitale løsninger, hvor vi må bruke og videreutvikle erfaringer fra COVID-perioden. Simuleringsbasert læring kan utprøves som et supplement til ferdighetstrening som involverer pasienter.

- Disseksjon: F.eks. kan hver student dissekere bare 1 region, og det må suppleres med demonstrasjoner i grupper, digital disseksjon osv.
 - Akuttmedisin: I Medisin 2015 holdes det et 1-ukes kurs i akuttmedisin i 1. semester. Dette er en kombinasjon av teoretisk og praktisk undervisning, og med dagens plan er studenttallet helt på grensen av det som er mulig. Ved en økning i studenttallet må dette revurderes med hensyn til ressurser og innhold. Trening på akuttmedisinske problemstillinger og situasjoner er viktig, og man bør se på om simuleringsbasert læring, ev. fordelt over en litt lengre tidsperiode, kan erstatte deler av kurset.
 - Klinisk kontakt: Fastlegene/legekontorene er en begrenset ressurs, som best utnyttes senere i studiet for praksis i allmennmedisin. Det er ønskelig å fortsette med 1 dags utplassering i allmennpraksis i første halvdel av studiet som i dag, pluss for og etterarbeid. Dette kan utvides med utplassering i andre primærmedisinske disipliner.
 - «Tidlig praksis» i Medisin 2015 (2., 3. og 4. semester i dag) har vært verdifullt for en del av studentene, men har også gitt negative erfaringer for en betydelig del av studentene. Det anbefales derfor ikke å videreføre denne formen for tidlig klinisk kontakt.
 - Kommunehelsetjenesten bør tas i bruk mer systematisk også for å imøtekomme de nye RHETOS-forskrifter. Sykehjem, hjemmebaserte tjenester, legevakt, KAD-senger og helsestasjon kan gi studentene tidlig pasientkontakt og praktiske erfaringer som en erstatning for Tidlig praksis fra Medisin 2015.
- Propedeutikk
 - Det er aktuelt at HDS blir hovedarena for propedeutisk undervisning og grunnleggende klinisk undervisning for hele studenttallet. Dette må da gå gjennom hele studieåret med tilstrekkelig jevn undervisningsbelastning. Propedeutisk undervisning bør ha hovedvekten i 5. semester.
 - Hvis undervisningen i propedeutikk og grunnleggende klinisk undervisning må fordeles mellom sykehusene når studenttallet øker fra 200 til 320 per kull, må det vurderes hvor stor andel som skal fordeles til hhv. HUS og HDS. Undervisningen bør likevel ha felles ledelse.
 - Med 320 studenter over ett år, må det utredes hvordan undervisningen i propedeutikk kan foregå mest mulig samlet for den enkelte student, for å sikre hensiktsmessig utvikling i faget og oppnåelse av læringsmålene, samtidig som undervisningen fordeles over tid av kapasitetshensyn.
 - Start på kliniske fag og sykehuspraksis
 - Klinisk undervisning bør starte med generell indremedisin og kirurgi, integrert med allmennmedisin. Undervisningen må rettes mot de vanligste symptomer og sykdommer, og det må utarbeides detaljerte oversikter over innholdet i disse fagene i år 1-3. Oversiktene over innholdet må utarbeides av indremedisinsk og kirurgisk undervisningsmiljø, fortrinnsvis i samarbeid med tilsvarende kliniske miljø i Stavanger, Haugesund og Førde. Dette er nødvendig siden studentene i ett av studieløpene skal studere utenfor Bergen fra 4. studieår.

- Case-baserte forelesninger bør kombineres med gruppebaserte pasientmøter. Klinikker med tilstedeværende pasient er verdifulle og bør beholdes. Siden pasienter er en begrenset ressurs, bør klinikker holdes for relativt store studentgrupper.
- Integrering av propedeutikk og kliniske fag i «Grunnkurs klinikk»
 - Det foreslås at propedeutisk undervisning og grunnleggende undervisning i klinisk indremedisin, kirurgi og allmenntilleggsmedisin samordnes og planlegges i sammenheng i 5. og 6. semester. Dette vil gjøre det lettere å «sakse» undervisning og å utnytte muligheten for å dele opp kullet i mindre deler, og også støtte opp om den naturlige nærheten mellom læring av og trening på anamnese og pasientundersøkelse og reelt klinisk arbeid.
- Paraklinikk
 - I «Medisin 2015» gis grunnleggende undervisning i patologi, radiologi, farmakologi og klinisk kjemi i 5. semester. Intensjonen har vært at denne undervisningen skal utgjøre «grunnkurs», og at klinikknære, organspesifikke temaer skal undervises i 4.-5. studieår i tilknytning til klinisk undervisning. Erfaringen har vært at disse grunnkursene i 5. semester har blitt store og tunge for studentene, og det foreslås nå å spre undervisningen i hele 3. studieår. Integrerte klinikker mellom parakliniske og kliniske miljøer vil styrke relevansen for fagene for studentene.
- Akademisk kompetanse
 - Biblioteks- og litteraturkompetanse: Studenten må få innføring i litteratursøk og bruk av biblioteks-databaser, og anvende dette til skriftlige oppgaver. Erfaringsmessig må dette gå trinnvis, og studentene må raskt få anvende det de har lært. Siteringsteknikk og regler som omhandler plagiering må inkluderes.
 - Studentene må få innføring i og noe erfaring med vanlig oppbygning av vitenskapelige artikler, og prinsipper for vitenskapelig metode.
 - Grunnleggende statistikk og hypotesetesting: Studentene må få grunnleggende kompetanse i dette, med praktiske oppgaver.
- Vurdering
 - Et høyt studenttall gir økte utfordringer med å etablere gode vurderingsformer som er tilpasset læringsutbyttet. Skriftlig eksamen er ukomplisert, men høyt studenttall gjør selv-rettende oppgaveformer enda mer aktuelt enn hittil. Lærervurderte skriftlige oppgaver er uhyre ressurskrevende.
 - Vurdering og tilbakemelding underveis i læringen
 - Praktiske vurderingsformer er også ressurskrevende, men essensielle for å kunne vurdere viktige deler av læringsutbyttet. Avsluttende, praktiske eksamener blir svært omfattende og krevende, og underveisvurderinger blir mer aktuelt også av den grunn. Summative vurderingsformer med stedlig eksamen må imidlertid inngå også i første halvdel av studiet for å sikre tilstrekkelig kunnskaps- og ferdighetsnivå før studentene spres til ulike studiesteder.
- Arealer
 - Store grupper: Det er ønskelig med mulighet for å samle kull i sin helhet i ett og samme rom. Hvis dette skal være mulig, må rommet ha plass til 320 studenter for fullt implementert plan for Vestlandslegen, og mer enn dette hvis medisin og odontologi skal undervises samlet 1. studieår.
 - Ved bygging av nye undervisningslokaler vil et flatt undervisningsrom med mulighet for å kunne dele inn i lyd-dempede smårom kunne gi fleksibilitet mellom å samle

- o kullet til gruppebasert undervisning som TBL og gjennomføre OSKE.
- o Det er aktuelt å undervise kullet delt i 2, 4, 8 osv. Undervisningsrom som rommer 160 og 80 er altså også ønskelig.
- o Det er et betydelig behov for grupperom. Med grupper på 8 vil det være behov for 40 rom for samtidig undervisning. Dette vurderes som lite realistisk. For å gjøre det mulig med undervisning i to runder, blir behovet 20 rom. Dette er noe mer realistisk, med både Alrek trinn 3 og 4, samt arealer ved VID/Haraldsplass.

Utdyping av enkelte elementer

Emneinndeling

I forarbeidene beskrives at et semester bør utgjøre et emne med tilhørende summativ vurdering.

Arbeidsgruppen finner at dette kan være hensiktsmessig for semester 1-4, slik det gjøres i Medisin 2015.

I 3. studieår foreslår gruppen at «Grunnkurs klinikk» (se nedenfor) sammen med de fire «parakliniske fagene» som undervises i samme studieår utgjør ett emne som strekker seg over både 5. og 6. semester.

Alternativ 2: «Grunnkurs klinikk» (propedeutikk og klinikk) utgjør et emne over 5. og 6. semester, mens to parakliniske fag utgjør et emne i 5. semester og to fag et emne i 6. semester.

Alternativ 3: Første del av «Grunnkurs klinikk» og to parakliniske fag utgjør et emne i 5. semester, og resten av «Grunnkurs klinikk» sammen med de to andre parakliniske fagene utgjør et emne i 6. semester.

Praktisk og/eller gruppebasert undervisning i ikke-kliniske fag

Ikke-kliniske fag (basalfag og parakliniske fag) har i Medisin 2015 en del praktisk undervisning, som f.eks. laboratorieundervisning, histologi eller disseksjon. Dette regnes som verdifulle undervisningselementer som er studentaktiverende og bidrar både ved å forsterke teorilæringen og øver både anvendelse av kunnskaper og praktiske ferdigheter.

Med økning i studenttall vil det kreves mer ressurser, både personellressurser og lokaler. Alle undervisningsgrupper må passes inn i timeplaner både for undervisere og for undervisningsrommene. Dette vil gi begrensninger på omfanget av undervisningen.

All gruppebasert undervisning

Det kan være ønskelig å lage kortere undervisningsøkter pr. student, og overføre mer av arbeidet til for- og etterarbeid som kan gjøres utenfor lokalene og utenfor de oppsatte tidene. Omfanget av praktisk undervisning må også gjennomgås kritisk med hensyn til læringsutbyttet for undervisningen.

Med 320 studenter pr. kull kreves 40 grupperom for grupper på 8 studenter. Dette kan deles opp i flere runder, slik at 2 gjennomføringsrunder krever 20 grupperom, 4 runder krever 10 grupperom. Alle tilgjengelige arealer må sees i sammenheng, men samlokalisasjon er en stor fordel.

For undervisning med veileder, slik som f.eks. kommunikasjonkurs, kreves én veileder pr. gruppe som undervises samtidig.

Histologi og histopatologi

Denne undervisningen kan i stor grad gjøres digitalt, både synkront og asynkront. God programvare og gode billedatabaser gjør denne undervisningen svært god. Fysisk gruppeundervisning blir mindre nødvendig, men ønskelig til en viss grad for å stimulere til diskusjon og samarbeid.

Undervisning i praktisk mikroskopering krever tilstedeværelse og rom utstyrt med mikroskoper. Dette er urealistisk for hele kull samtidig, og denne undervisningen må altså foregå i grupper på 40-80 studenter.

Mikrobiologi

Det vurderes nødvendig med noe praktisk laboratoriebasert undervisning i mikrobiologi. Dette krever også arealer egnet for formålet, og det vurderes behov for arealer til 40-80 studenter om gangen. Dette krever at alle økter gjennomføres minst 4 ganger.

Disseksjon

I Medisin 2015 er disseksjonsundervisningen organisert slik at alle studenter deltar på lik linje i alle disseksjonsperiodene (kroppsregionene). Undervisningen foregår på to saler, med ca. 10 legemer samtidig. Studentene er delt i to grupper, altså et halvt kull om gangen som bytter på å dissekere. Dette innebærer at gruppestørrelsen blir 10 eller større. Hver gruppe gis 2 timer på disseksjonssalen hver dag.

Under COVID-pandemien har gruppestørrelsen og tiden pr. student blitt halvert (til 5-6), slik at det i stedet for to grupper som har alternert, har vært fire grupper à 1 time hver dag. Erfaringen med dette har vært relativt god: Fordelen med små grupper har oppveid ulempen med kort tid pr. disseksjonsøkt.

Imidlertid vil det med ytterligere økning av studenttall bli vanskelig å opprettholde kvaliteten på undervisningen. Erfaringen er allerede at det blir knapt med tid pr. student, og begrenset med muligheter for fordypning under arbeidet med disseksjon.

Gruppen foreslår derfor at kullet deles i 4 eller 5 grupper, hvor hver gruppe aktivt dissekerer bare en kroppsregion. For de regionene studenten ikke dissekerer aktivt, gis demonstrasjoner av preparatene. Preparatene bør også gjøres tilgjengelige for alle studentene i disseksjonsperiodene utenfor den timeplanlagte tiden for aktiv disseksjon.

Ferdighetstrening

Det er et betydelig behov for instruksjon i ferdigheter, ferdighetstrening og formativ vurdering av ferdigheter. Start-treningen kan gjøres "in vitro", med modeller og ved simuleringstrening, og dette må følges opp med mengdetrening på pasienter og i realistiske situasjoner. Denne typen undervisning krever gruppeinndeling og logistikk på samme måte som annen gruppeundervisning, og det kreves et stort antall veiledere. Også her vil det være nødvendig å ansette eldre studenter på timebasis eller i små stillinger.

Bruk av sykehusene i Bergen

Det må være en samlet og koordinert ledelse og administrasjon av den propedeutiske undervisningen, uavhengig av arbeidsfordelingen mellom sykehusene.

Det er en pågående diskusjon hvordan studentene og undervisningsoppgavene skal fordeles mellom HDS og HUS. På den ene siden foreligger signaler fra HDS-ledelsen om at sykehuset ønsker og kan ha mulighet for å huse og organisere hele den propedeutiske undervisningen. På den andre siden er det

pekt på at det er mulig at studenttallet kan bli for stort, slik at HUS må ta en substansiell del av studentene. Uansett er det enighet om at propedeutisk undervisning må legges opp og organiseres på en felles måte, og at undervisningsopplegg som har vært brukt ved HDS og som er videre beskrevet er en god modell.

For den senere kliniske undervisning og klinisk praksis (gruppeundervisning, undervisningsvisitter, klinikker, journalskriving osv.) vil det sannsynligvis være nødvendig å benytte begge sykehusene. Dette kan by på utfordringer med hensyn til kommunikasjon mellom organisasjon og sykehus/sykehusavdelinger, som må møtes gjennom god og klar ledelse og gode kommunikasjonslinjer.

Propedeutikk

Det har vært diskutert om propedeutikk bør organiseres som et eget emne, eller som en veldefinert og avgrenset del av studieprogrammet på en annen måte. Gruppen foreslår at propedeutikk utgjør en veldefinert undervisningsblokk i 5. semester, men med elementer både i 3. og 4. semester og i 6. semester som er relatert til propedeutikk og som planlegges samlet.

Det må utarbeides læringsutbyttebeskrivelse for propedeutikk, og studentenes kompetanse må vurderes.

Vi må forholde oss til å kunne ta 320 studenter pr. år, med opptak én gang i året. En slik gruppe kan etter behov deles i grupper på flere måter, f.eks.:

160 studenter x 2
80 studenter x 4
40 studenter x 8
20 studenter x 16
10 studenter x 32
8 studenter x 40

Begrensende faktorer for planlegging av undervisningen i propedeutikk vil være bl.a.:

- rom / lokaler
- undervisere / veiledere
- pasienter
- PC'er

Med 320 studenter trenger vi 36 dager til propedeutikkundervisningen totalt (6 dager gruppeundervisning per student) + vurdere litt tid til noen forelesninger:

1) Journalkurs (2 t) og klinisk undersøkelsesteknikk (2 t) f.eks. 10-12 og 13-15 på samme dager i grupper på 10, 3 ganger per student: 12 dager med 8 parallelle grupper/undervisere

2) Undervisningsvisitt og øvingsjournal, 40 studenter/dag, 3 dager per student: 24 dager med 8 parallelle undervisere

Hovedblokken med propedeutisk undervisning foreslås lagt til 5. semester. Grunnleggende undervisning i kommunikasjon og pasientsamtale skal være gjennomgått i løpet av de 4 første semestrene, og alle enkeltelementene i den kliniske undersøkelsen skal undervises i samme periode, med hovedvekt på 2. studieår. Disse skal undervises sammen med basalfagene og med noe klinikk. Undersøkelsesteknikker vil repeteres under propedeutikkundervisningen. I hvilken grad et strukturert

anamneseopptak skal være undervist før 5. semester, må besluttes videre. Videre trening i propedeutiske ferdigheter vil fortsette i 6. semester.

Særlig for undervisning og vurdering av undersøkelsesteknikker vil det være behov for studentassistenter. Dette vil være verdifull læring for assistentene og en avgjørende faktor for å få sett alle studentene og kunne veilede dem og gi konstruktive tilbakemeldinger. Studentassistenter vil også gjøre det mulig å videreføre i utvidet form ordningen med undervisningsvurdering av de praktiske ferdighetene (f.eks. i form av «formativ OSKE»).

Både undersøkelsesteknikk og propedeutikk bør kombineres med grunnleggende klinisk undervisning, med eksempler på vanlige lidelser. Undervisningsperioden for propedeutikk kan kombineres med grunnleggende undervisning i indremedisin og kirurgi.

Noen av de parakliniske fagene (farmakologi, patologi m.fl.) kan kombineres med propedeutikk og tidlig klinikk, for eksempel med alternerende grupper som får denne undervisningen i forskjellig rekkefølge.

Grupper og logistikk

For den spesifikke undervisningen i propedeutikk vises til Vesterhus (2020).

Det bør holdes noen få forelesninger i plenum eller i store grupper om noen tema, slik som:

- anamneseopptak
- den medisinske journal
- etikk og personvern
- profesjonalitet i legerollen

Det må også gjennomføres kurs i de elektroniske journalsystemene.

Deretter planlegges gruppebaserte øvelser i å sette sammen ferdighetene i anamneseopptak og undersøkelsesteknikk i et fullstendig journalopptak. Gruppestørrelsen her bør være f.eks. 8, som betyr med dagens kullstørrelser ca. 26-28 grupper, og med kull på 320 40 grupper. Som eksempel betyr dette at hvis man i dag kan arrangere 4 grupper parallelt, må dette allerede i dag gjentas 7 ganger for at hele kullet skal gjennomføre én gruppetrening.

Parallelt med dette kan det holdes symptomorienterte forelesninger, med eksempler på symptombasert anamneseopptak og symptomrettet undersøkelse. Her kan det også legges til rette for innslag av tverrfaglig undervisning mellom paraklinikere og klinikere fra primær- og spesialisthelsetjenesten.

Øvingsjournaler og reelle journaler

Som ledd i propedeutisk læring må studentene skrive øvingsjournaler på inneliggende eller polikliniske pasienter. Både her og for reelle journaler anbefales at studentene arbeider i par, og bytter på å være «ansvarlig student». Det bør være krav om et minimumsantall øvingsjournaler, f.eks. 2 stk. i høstsemesteret (5. semester).

Deretter må studentene skrive reelle inntakstjournaler, og også her bør det kreves et minimum. Det vil være naturlig at hovedvekten på dette vil ligge i vårsemesteret (6. semester). Det må legges til rette for at alle studentene får mulighet til å fylle minimumskravet, på f.eks. 3 reelle journaler.

I alle fall øvingsjournalene, og i størst mulig grad de reelle journalene, bør gjennomgås i grupper som et selvstendig undervisningselement. Dette vil både gi en formativ vurdering av arbeidet med konstruktiv tilbakemelding, og en felles læring for gruppen.

Undersøkelsesteknikk

De enkelte elementene i en standard klinisk undersøkelse bør undervises i løpet av 2. studieår (3. og 4. semester). Dette må gjøres som reell undervisning, og undervisere og studenter må anerkjenne dette som den faktiske (førstegangs-)undervisningen i undersøkelsesteknikkene. Ferdighetscenteret vil være en viktig ressurs for førstegangs-innlæringen med trening på medstudenter. Undervisningen må følges av formativ vurdering av studentenes ferdigheter.

«Grunnkurs klinikk» med indremedisin og kirurgi

I Medisin 2015 har klinisk undervisning startet med hovedvekt på enkelte fagområder og spesialiteter innen indremedisin og kirurgi. Dette har vært oppfattet som mindre hensiktsmessig, siden noen fagområder med dette har oppfattet at faget må dekkes i sin helhet allerede så tidlig i studiet. I Vestlandslegen foreslås at vi i stedet starter klinisk undervisning med «grunnleggende tema» i indremedisin og kirurgi, med vekt på symptomgrupper og vanlige tilstander.

Undervisningen foreslås å foregå i 5. og 6. semester, parallelt med og i forlengelsen av den typiske propedeutiske undervisningen.

Siden det vil være nær sammenheng mellom læring av og trening på anamneseopptak og klinisk undersøkelse, og de kliniske ferdighetene i vurdering av symptomer og funn og det kliniske resonnement, foreslås at både propedeutikk og klinisk indremedisin og kirurgi inngår i «Grunnkurs klinikk» gjennom hele 3. studieår (5. og 6. semester).

Det spesifikke innholdet i den kliniske undervisningen, altså læringsutbyttet i de kliniske fagene etter 3. studieår, må utarbeides og beskrives av de indremedisinske og kirurgiske fagene. En slik beskrivelse vil være nødvendig for overgangen mellom studieår 3 og 4, når en stor del av studentene skal bytte studiested.

Parakliniske fag

I denne sammenheng regnes disse som «parakliniske fag» i år 1-3:

- patologi
- farmakologi
- klinisk kjemi
- radiologi

Disse fagene ble i Medisin 2015 planlagt å holde grunnkurs i 5. semester, og følge opp med undervisning i de senere semestrene i samarbeid med de forskjellige kliniske fagområder og spesialiteter. Det har vist seg at undervisningen i disse fagene har blitt i overkant krevende for studentene, med en konsentrasjon i 5. semester parallelt med klinisk undervisning.

Det er konkludert i prosjektet at innholdet av disse fagene i studieår 1-3 skal være det samme i Vestlandslegen som det var planlagt i Medisin 2015. For å få bedre læring og en bedre studiesituasjon foreslås det at fagene fordeles i hele 3. studieår, og for å gi en viss konsentrasjon om de enkelte fagene foreslås at to av fagene undervises i høstsemesteret, og 2 av fagene i vårsemesteret.

Undervisningen i disse fagene foreslås å gå parallelt med «Grunnkurs klinikk».

Det foreslås at patologi og radiologi undervises i 5. semester, og klinisk kjemi og farmakologi i 6. semester.

Vurderingsmetoder

I føringene for prosjektet Vestlandslegen er det anbefalt at et semester tilsvarer ett emne, som dermed skal være gjenstand for summativ vurdering (som minimum bestått/ikke bestått).

Det foreslås at den summative komponenten av vurderingen for alle semestrene legges opp som mappevurdering, med forskjellige vurderingselementer. Dette er nødvendig for å kunne inkludere vurdering av de forskjellige læringsutbyttene, fra ren kunnskapstesting til både teoretiske, resonnerende, mellommenneskelige og praktiske ferdigheter.

Mulige elementer for summativ vurdering:

- «readiness assurance tests» ved TBL
- underveistester, skriftlig
- vurderinger av praktiske ferdigheter i klinisk undersøkelse
- skriftlige arbeider, refleksjonsnotater
- postbaserte tester (anatomiske preparater, oppgaver)
- OSKE

Elementene i mappen samles og vurderes som en helhet ved avslutningen av emnet. Det er mulig å bruke både en gradert karakterskala (A-F) og en 2-delt skala ved slik vurdering. Arbeidsgruppen er åpen for at fakultetet/studieprogrammet vil gjøre en vurdering av hensiktsmessigheten av å benytte disse to mulighetene.

For læring er formativ vurdering svært hensiktsmessig. Det er lite kultur hos oss for å sette formativ vurdering i system, og dette må derfor få stor grad av oppmerksomhet i Vestlandslegen. Et utvalg vurderinger, både teoretiske og praktiske, må gjøres utelukkende formative og holdes i rent læringsøyemed. Dette kan gjelde både underveistester, TBL, «formativ OSKE», postbaserte treningsøkter osv. Det vises også til arbeidet til gruppen for pedagogiske metoder.

Formativ vurdering vil være personalkrevende, og for dette **er viderekomne studenter en særlig verdifull ressurs** som må tas i bruk.

Referanser

Mandat for gruppene, Vestlandslegen (6.5.2020)

Overordnede premisser for studiemodell Vestlandslegen (30.1.2020)

Vesterhus M: Når veien må tilpasses målet: Bakgrunn, plan og evaluering for revidert studieplan i propedeutikk for medisinstudentutdanningen. Oppgave i UPED620, 2020.

Rapport fra Arbeidsgruppe 1, Vestlandslegen (15.1.2021)

Vedlegg 1

Utkast til detaljplan og sammenligning med Medisin 2015

Semester 1

	Medisin 2015	Involverte fag/tema	<i>Vestlandslegen</i>	Kommentarer/vurderinger
as	Ex. phil. 10 sp		<i>Ex. phil. 10 sp</i>	
as	Nomenklatur 3sp		<i>Nomenklatur</i>	
fs	Biokjemi/Cellebiologi 10 sp		<i>Biokjemi/Cellebiologi</i>	OBS: mengden lab. kurs må vurderes.
	Samfunnsmedisin 1 sp		<i>Samfunnsmedisin</i>	
Fs ps	Introduksjonsuke 1,5 sp Akuttmedisinsk uke 1,5 sp	Anatomi Fysiologi Indremedisin Kirurgi	<i>Introduksjonsuke</i> <i>Akuttmedisinsk uke</i>	Akuttmedisin: vanskelig med et svært stort antall grupper.

- Ex. phil. er allmenndannende - bør egentlig holdes litt generell. Bør ikke være for “medisinsk”.
- Vitenskapsteori – er det noe som (også) bør komme senere?
- Tidlig pasientkontakt – dette skal ikke være klinisk læring, men profesjonsutvikling.

Semester 2

	Medisin 2015	Involverte fag/tema	Vestlandslegen	Kommentarer/vurderinger
fs	Biokjemi/cellebiologi 16		<i>Biokjemi/cellebiologi</i>	
	Anatomi 5	Bevegelsesapparatet Kirurgi - ortopedi	<i>Anatomi: bevegelsesapparatet</i> <i>Kirurgi: ortopedi</i> <i>Undersøkelsesteknikk</i>	Viktig: undersøkelsesteknikk av muskel-skjelettsystemet (tilpasses undervisningen som kommer i «Grunnkurs klinikk»)
as	Statistikk og epidemiologi 4.5 sp		<i>Statistikk</i>	
ps	Etikk 2sp		<i>Etikk</i>	
Ps	Pasientkontakt 3sp	<i>Profesjonssøylen</i>	<i>Pasientkontakt el. tilsvarende</i>	Arenaer i allmennpraksis, sykehjem
	Utplassering (se Pasientkontakt) 1,5 sp	Redusert til 1 dag	<i>Tidlig praksis i nåværende form fjernes.</i> <i>Mulig bruk av sykehjem, KAD-senger</i>	Sykehjem kan med fordel brukes til undervisning i pasientkontakt (linjen over)

- Mulig med klinikere som undervisere i basalfag?? Mulighetene må vurderes. Anatomi særlig aktuelt?
- Reell, grunnleggende klinisk undervisning.
- Enkelt dager i “tidlig praksis” – har vist seg ikke å være så verdifullt i Medisin 2015. Dette bør fjernes.
- Bør ta vare på en form for PasKon – ev. med sykehjem involvert?

Semester 3

	Medisin 2015	Involverte fag/tema	Vestlandslegen	Kommentarer/vurderinger
fs	Nevrobiologi 13 sp	Nevrologi Anatomi Fysiologi Undersøkelsesteknikk (nevro)	<i>Nevrobiologi</i> <i>Nevrologi</i> <i>Undersøkelsesteknikk</i>	Reell, grunnleggende nevrologi med eksempler Reell undersøkelsesteknikk (hodehals, pupiller, svelg etc., ev. helt enkel nevrologisk)
	Psykiatri 1,5 sp	Basal psykologi/psykiatri introduseres	<i>Psykiatri (kan fjernes?)</i>	Mulig at dette kan inngå i psykiatrien samlet senere
	Immunologi og blod 3 sp		<i>Immunologi</i>	
	Genetikk og evolusjon 2,5 sp	Genetikk 1	<i>Genetikk</i>	
	Forebyggende medisin 1 sp	Samfunnsmedisin	<i>Forebyggende medisin</i>	
as	AKALS (akademisk lesing og skriving) 2.5	Bibliotekskurs kunnskapshåndtering	<i>Legges inn i nevrobiologi/nevrologi som et skriftlig arbeid</i> <i>Kurs i litteratursøk og referansehandtering</i>	
ps	Etikk/kommunikasjon 2,5		<i>Kommunikasjon</i>	Samlet undervisning er mulig med digitale øvelser
ps	Utplassering (HUS/HDS) 1sp		<i>Utplassering i sykehus fjernes</i>	Har vist seg å være uhensiktsmessig. Kommunehelsetjeneste? - Legevakt - Helsestasjon - Sykehjem - KAD

- Mrk: indremedisin og kirurgi representert inn i nevrobiologi?

- Kommunikasjon: bla. Integrasjon med genetikk, + motivasjon, utfordringer og kroppslige plager, + kommunikasjon med hel familie. Muligens ikke her de skal deles i smågrupper? En funksjon med kommunikasjonskurs her, er å holde levende mentaliteten fra PasKon.
- Generell utfordring med utplassering: Sjelden studenter, men ofte mange samtidig. Det er ikke hensiktsmessig. Mulig å utplassere gjennom hele semesteret, hvis man vil ivareta noe utplassering?
- Husk at man kan ha pasientrettet fokus også med kasuistikker o.l.

Semester 4

	Medisin 2015	Involverte fag/tema	Vestlandslegen	Kommentarer/vurderinger
Fs	Fordøyelse del 1 3,5 sp Nyrer/urinveier del 1 3 sp Respirasjon del 1 4 sp Sirkulasjon del 1 4 sp Endokrinologi del 1 2sp Reproduksjon del 1 2sp Nyrer/urinveier del 1 3 sp Respirasjon del 1 4 sp Sirkulasjon del 1 4 sp Endokrinologi del 1 2sp Reproduksjon del 1 2sp Mikrobiologi 3sp Allmenntmedisin 1 sp	Anatomi Fysiologi Indremedisin kirurgi Fysiologi Indremedisin kirurgi Bakteriologi og virologi	<i>Fysiologi og anatomi -i stor grad som i Medisin 2015</i> <i>Klinisk: hovedvekt på Indremedisin?</i> <i>Undersøkelsesteknikk</i>	Videreutvikling av dagens MED4 Reell undervisning i undersøkelsesteknikk (førstegangsundervisning)
as	AKALS 2 sp	Kunnskapshåndtering og skriveseminar (ikke gjennomført)	<i>Skriftlig arbeid med vekt på kildesøk. Basalfag og/eller klinikk.</i>	
ps	Utplassering HUS/HDS/allmenn 2sp		<i>Utplassering i sykehus fjernes.</i>	Utplassering i sykehus har vist seg å være uhensiktsmessig. Bruke kommunehelsetjeneste? - Legevakt - Helsestasjon - Sykehjem - KAD
ps	Undersøkelsesteknikk	Inngår i undervisning over		Inngår i undervisning over!

- Kan vi bruke kasuistikker fra PasKon inn i organ-undervisningen i MED4? Noen av pasientene vil også kunne komme igjen på MED4.
- Bruke eldre studenter inn i dette på en god måte. Eldre studenter vil lære mye av dette, og bør brukes mer på systematiske måter.

- OBS: nødvendig med god administrativ hjelp.
- Mulig å koble utplassering i allmennpraksis med praksisplasser i andre kommunale helsetjenester
- Ved å gi opplæring til stab som har avsatt tid til veiledning vil også tverrfaglige studentgrupper kunne integreres
- Krever avtaler med kommunene og ressurser

Semester 5

	Medisin 2015	Involverte fag/tema	Vestlandslegen	Kommentarer/vurderinger
Fs	Generell patologi 5sp Generell medisinsk biokjemi 2sp	Kirurgi Indremedisin	<i>Propedeutikk</i> <i>-undersøkelse</i>	
	Generell farmakologi 2sp Generell radiologi 2 sp	Fysiologi Indremedisin	<i>-anamnese</i> <i>-journalopptak</i>	
	Sirkulasjon del 2 5sp Respirasjon del 2 4,5 sp	Fysiologi	<i>-symptomrelatert journalopptak</i> <i>-elektronisk journal</i>	
	Propedeutikk		<i>Øvingsjournaler</i> <i>Grunnkurs klinikk (indremedisin og kirurgi)</i> <i>Generell patologi</i> <i>Generell radiologi</i>	
as	Kunnskapshåndtering 0,5sp			
as	Evidens-/kunnskapsbasert medisin 1sp		<i>Evidens-/kunnskapsbasert medisin, kunnskapshåndtering</i>	
ps	EKG, spirometri 1sp		<i>Utvalgte undersøkelser</i>	
ps	Ferdighetslab 1sp		<i>Ferdighetslab.</i>	
ps	Utplassering Hus/HDS 3sp		<i>Inngår i propedeutikk og klinikk</i>	

- Patologi, farmakologi, med. Biokjemi og kanskje radiologi ønsker samlede bolker med sine fag, og intensjonen om at mye klinikknært skulle undervises i senere semestre har ikke vært så lett å oppfylle. Forslag: Etablere disse fagene i (4.-), 5. og 6. semester på skikkelig måte, og ikke nødvendigvis konsentrere dem i 5. semester.
- Propedeutikk: Allmenntilleggsinn her? Bedre samordning mellom propedeutikk/allmenntilleggsinn. Se på hele pasientforløpet fra kommunehelsetjeneste til sykehus og tilbake.

- Ad allmenmedisin: >200 fastleger i Bergen, likevel vanskelig å rekruttere legekontorer til å ta imot studenter. Dette er krevende! Men helst ha med allmennlege (UiB) i undervisningen. Ev. også sykehusleger med i den “rene” allmenmedisinen.

Semester 6

	Medisin 2015	Involverte fag/tema	Vestlandslegen	Kommentarer/vurderinger
Fs	Elektive emner 6sp			
	Eldremedisin Pediatri TVEPS Int. helse Samfunnsmedisin Fordøyelse/ernæring del 2 5sp Anestesiologi 1 1 Akuttmedisin 2 2,5 sp Bevegelsesapparatet del 2 2sp	Anatomi Fysiologi Indremedisin Kirurgi Allmenntmedisin Klinisk biokjemi ++	<i>Grunnkurs klinikk: klinisk undervisning i indremedisin og kirurgi Konkret innhold må beskrives i samarbeid interne i disse fagene, slik at innholdet i år 4-6 synkroniseres med 1-3. Inngår: Anestesiologi, Akuttmedisin, Internasjonal helse og samf.medisin Tverrprofesjonalitet Generell farmakologi Generell medisinsk biokjemi</i>	Vesentlig med god beskrivelse av hvilke indremedisinske og kirurgiske tema som undervises i «Grunnkurs klinikk». -Det anbefales at noe fra «bevegeapparatet» også er med her. -Arbeidsgruppen har ikke tatt stilling til ev. pediatri og geriatri.
ps	Ferdighetstrening 2 sp		<i>Undersøkelsesteknikk - øving Journalopptak (innkomst)</i>	
ps	Kommunikasjon 1,5sp		<i>Viktig under øving på anamnese og undersøkelse Må være veiledet, fysisk undervisning. Krever mange grupperom</i>	Kan gjennomføres for samlet kull dersom man kobler 2 gruppeledere - en eldre student og en lærer.
Ps	Utplassering HUS/HDS 3,5		<i>Fjernes som eget tema. Se klinikk og propedeutikk.</i>	

Vedlegg 2

Læringsutbytte for studieår 1-3 fra «Medisin 2015»

Etter fullført 3 studieår av medisinstudiet kan studenten:

Kunnskap:

- beskrive og anvende sentrale begreper og teorier innenfor basale medisinske fag (biokjemi, genetikk, fysiologi, anatomi, psykologi, epidemiologi, biostatistikk, immunologi, mikrobiologi, patologi, farmakologi, radiologi).
- anvende og reflektere over fagenes grunnleggende metoder.
- beskrive det norske helsevesen.

Ferdigheter:

- analysere basale medisinske problemstillinger.
- diskutere medisinske beslutninger på et evidensbasert grunnlag.
- formidle medisinske problemstillinger til både ikke-spesialister og kolleger.
- ta opp en sykehistorie og foreta en grunnleggende klinisk undersøkelse.
- kommunisere med pasienter om deres helse og livssituasjon.

Generell kompetanse:

- håndtere omfattende komplekse informasjonsmengder om det friske og syke mennesket.
- bearbeide informasjon med grunnlag i en medisinsk tankegang.
- inngå i faglig samarbeid om medisinske problemstillinger.
- identifisere egne læringsbehov og strukturere egen læring.

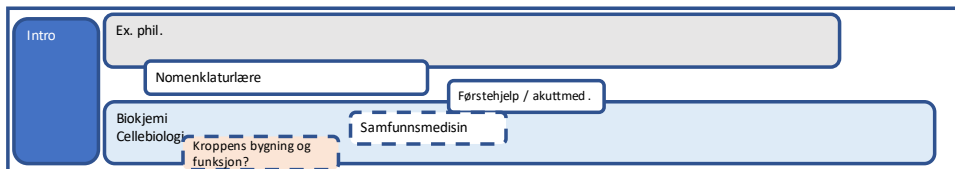
Vedlegg 3

Skjematisk oversikt over Vestlandslegen år 1-3



År 1 - grunnlaget

høst



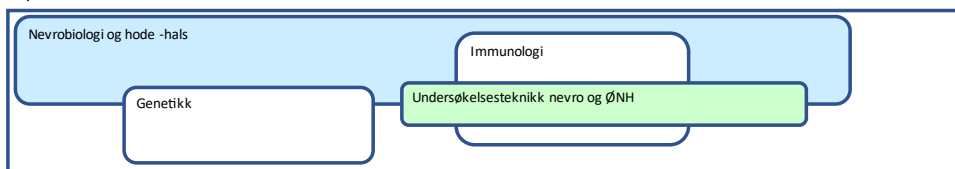
vår



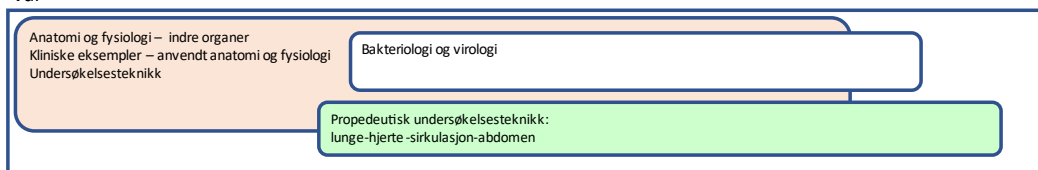
År 2 - mennesket



høst



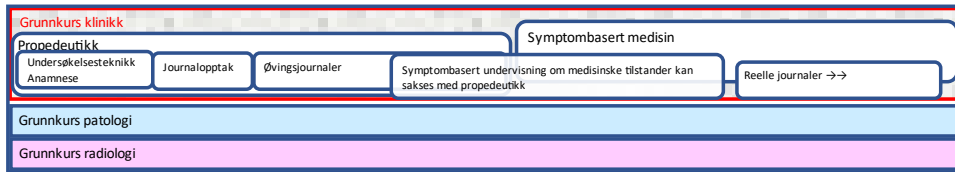
vår



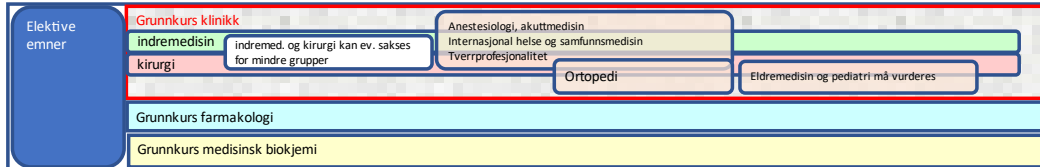


År 3 - medisinen

høst



vår



VEDTAK: Tidlig praksis i Medisin 2015

Ordningen med «Tidlig praksis» ble innført med studieplanen Medisin 2015, og er utplassering ved sykehus (Haukeland universitetssykehus og Haraldsplass Diakonale sykehus) på noen få dagers varighet i 2., 3. og 4. semester. Detaljert informasjon om tidlig praksis finnes her: [Tidleg praksis | Det medisinske fakultet | UiB](#)

Merk: utplasseringen i MED5 og MED6 regnes ikke som tidlig praksis, og er ikke en del av det som omtales i denne saken (for mer informasjon om skillet mellom de to første studieårene og tredje studieår, se lenken over eller [sak 39-18 i PUM 12.12.2018](#)). Utplasseringen i allmenntidlig praksis som ligger i de to første studieårene er heller ikke en del av denne saken.

For noen studenter har utbyttet av tidlig sykehuspraksis vært godt, og evalueringer som jevnlig er gjennomført har vist hvordan eksponering av sykehushverdagen for studentene i varierende grad har bidratt til ønsket læringsutbytte og læringsmotivasjon. En utfordring har vært at det er stor variasjon i hvilke avdelinger/poster studentene har vært på, og et økende antall studenter på de tidligere kullene har også skapt kapasitetsutfordringer for sykehusene. Under pandemien har en i tillegg flere ganger måttet korte ned eller avlyse opplegget av smittevern hensyn.

Med tanke på en fremtidig nasjonal økning i studieplasser i medisin har fakultetet startet arbeidet med tilpasning til en ny studiemodell; Vestlandslegen. Det ble i 2020 nedsatt arbeidsgrupper for å planlegge tilpassingen til en slik økning i studenttall. I notat fra Arbeidsgruppe 1 for Vestlandslegen (fremlagt for PUM i møte 15. desember 2021) blir det anbefalt å ikke videreføre ordningen: «*Tidlig praksis*» i Medisin 2015 (2., 3. og 4. semester i dag) har vært verdifullt for en del av studentene, men har også gitt negative erfaringer for en betydelig del av studentene. Det anbefales derfor ikke å videreføre denne formen for tidlig klinisk kontakt» (Notat fra Arbeidsgruppe 1, september 2021:5)

Arbeidsgruppen skriver videre at «*Kommunehelsetjenesten bør tas i bruk mer systematisk også for å imøtekomme de nye RETHOS forskrifter. Sykehjem, legevakt, KAD-senger og helsestasjon kan gi studentene tidlig pasientkontakt som en erstatning for Tidlig praksis fra Medisin 2015*»

Når vi nå går i gang med arbeidet med en revisjon av 1-3 studieår, for å samkjøre Medisin 2015 og Vestlandslegen, er dette tatt opp i mandatet for nyetablerte kjernegrupper for MED5 og MED6 som er utarbeidet etter møtet i PUM 15.12.21. I mandatet står det: «*Allmenntidlig fagmiljø ivaretar dialog med Bergen kommune for å foreslå et opplegg i kommunehelse-tjenesten (sykehjem, legevakt, KAD - kommunal akutt døgnenhet, helsestasjon o.l.) som erstatning for at ordningen med tidlig praksis ved sykehusene i MED2, MED3 og MED4 fases ut.*»

I de to første studieårene er det allerede utplassering i allmenmedisin, og nye forslag må ses i sammenheng med det.

Ved etableringen av ordningen med tidlig praksis i Medisin 2015 var Felles utdanningsråd mellom fakultetet, HUS og HDS tett påkoblet (jfr. referat fra [møte 01.10.14/sak 6-14](#) og [møte 02.10.15/sak 10-15](#)). PUM ønsker derfor å sikre tilsvarende dialog med HUS og HDS ved ønsket utfasing av ordningen. Ved utfasing av ordningen med tidlig praksis i 1. – 2. studieår vil det frigjøres kapasitet ved sykehusene som det videre vil være aktuelt å se i sammenheng med andre endringer som kan komme med planlagt økning av studieplasser i medisin og Vestlandslegen.

Forslag til vedtak

Programutvalget vedtar å gå bort fra ordningen med tidlig praksis i de to første studieårene av medisinstudiet, gjeldende fra og med høsten 2022 for alle kull. Det bes om at vedtaket får en formell forankring i kommende møte i Felles utdanningsråd mellom fakultetet, HUS og HDS 23. februar 2022.

PUM ber samtidig allmenmedisinsk fagmiljø om å foreslå et opplegg i kommunehelsetjenesten (sykehjem, legevakt, KAD - kommunal akutt døgnetenhet, helsestasjon o.l.) som erstatning for ordningen med tidlig praksis ved sykehusene i MED2, MED3 og MED4. Jfr. mandat for endringer i 1.-3. studieår (oppfølging av PUM-sak 45-21).

VEDTAK: Mentorordningen 2.-3. Studieår

Mentorordningen er etterkvart blitt ei godt etablert ordning med utspring i profesjonssøyla til medisinstudiet. Mentorordninga bygger på læringsmål for profesjonalitetssøyla i medisinstudiet (vedlegg – Appendiks 2 i veiledarheftet for ordninga).

Gjennom pandemien har mentorane gjort ein fantastisk jobb med tanke på oppfølging av studentar ved medisinstudiet. Med aukande kull-størrelse har det vore utfordrande å halde gruppene små, og dette er noko me jobbar med for at mentorane skal kunne få god kontakt med kvart enkelt student. Mentorane er gode støttespelarar for studentane.

Mentorordninga er obligatorisk for studentane, og dei skal møte i gruppa si 5 gonger i året (10 møte til saman). Det er krav om minimum 60% oppmøte. Studentane får tildelt gruppe, og blir informert om ordninga ved oppstart på 3. semester, men det manglar struktur for å synleggjere mentorordninga i studiet.

Mentorordninga har nokre obligatoriske aspekt:

- Oppmøte (minimum 60% pr år) (MED3, MED4, MED5 og MED6)
- Refleksjonsnotat frå praksis i MED3 og MED4

Slik det er i dag, ligg ikkje mentorordninga inne med noko godkjenning i løpet av studiet. Dette gjer at studentane ikkje har eit forhold til mentorordninga i utdanningsplanen sin, pr no er den ein «sidegeskjeft». Dette er det no eit ønske om å endre på, både for å sikre synleggjering av mentorordninga og for å kunne følgje opp betre. Vi foreslår difor at mentorordninga blir lagt inn som obligatoriske element i emneskildringane der dei obligatoriske elementa i mentorordninga allereie ligg. Dette vil ikkje innebere noko meir arbeid for semesterstyra, oppfølginga av mentorordninga vil framleis ligge til IGS slik som i dag.

Forslag til vedtak:

PUM vedtar at mentorordninga blir lagt som obligatorisk aktivitet i:

MED3 – godkjent refleksjonsnotat og oppmøte

MED4 – godkjent refleksjonsnotat og oppmøte

MED5 – oppmøte

MED6 – oppmøte

Emneskildringane må oppdaterast i tråd med dette.

Vedlegg

- Veiledarhefte

KIN/DIM, 26.1.22

Mentorordningen ved medisinsk fakultet i Bergen – formål, innhold og metoder



Det medisinske fakultet

August 2021



Medisinsk profesjonalitet betegner de verdier, væremåter og relasjoner som skaper tillit til leger hos enkeltpasienter og i samfunnet.

Mentorordningen for medisinstudentene (også kalt «profesjonsgrupper») innebærer at grupper av åtte studenter, en lege og en studentmentor møtes jevnlig gjennom andre og tredje studieår. Ordningen er obligatorisk for studentene, og 60 % deltakelse er nødvendig.

Overordnet hensikt

En mentorgruppe skal utgjøre et læringsfellesskap hvor studenter og mentorer arbeider for å virkeliggjøre idealene i fakultetets definisjon av medisinsk profesjonalitet:

Medisinsk profesjonalitet betegner de verdier, væremåter og relasjoner som skaper tillit til leger hos enkeltpasienter og i samfunnet

For å virkeliggjøre profesjonsidealet må enhver medisinstudent utvikle både personlige og fagspesifikke kunnskaper, ferdigheter og verdier. Skal studenten bli en tillitsskapende lege med god faglig dømmekraft og moralsk integritet må læring av biomedisinsk kunnskap gå hånd i hånd med økende forståelse av andre menneskers ve og vel, innsikt i egne behov og hvordan man virker på andre, og trygghet til å møte verden med en åpen og undrende holdning. En velfungerende mentorgruppe kan gi gode vilkår for slik læring.

Innhold i dette dokumentet

Overordnet hensikt	2
To hovedmål	3
Arbeidsform i mentorgruppene	3
Valg av møtetid og sted	3
Digital læringsplattform MittUiB	3
10 møter på to år	3
Lærebok	3
Kontaktpersoner ved medisinsk fakultet	3
«Profesjonalitet» som undervisningsfag - bakteppet	4
Medisinsk profesjonalitet – hva er det og hvordan læres det?	5
Vekst som fagperson	5
Hvor dannes legers tenke- og væremåter?	6
Hva er en profesjon?	6
Praktisk drift av gruppene	7
Planlegging av møtenes innhold og form	7
Metoder og gruppedynamikk	7
Motstand og misnøye?	9
Forslag til kjøreplan for alle 10 møter	9
Ytterligere temaer for diskusjon og refleksjon i profesjonsgruppene	11
Når det oppstår vansker	12
Litteratur	12

Appendiks 1. Momenter til samtale med pasient og pårørende i kurset «PASIENTKONTAKT» på første studieår	13
Appendiks 2. Læringsmål for profesjonalitetssøylen i medisinstudiet ved Universitetet i Bergen	15

To hovedmål

1. Mentorgruppen skal være et trygt sosialt rom hvor studentene kan dele og tenke gjennom erfaringer, spørsmål og dilemmaer som oppleves viktige i studiehverdagen.
2. Mentorgruppen skal være et arbeidsfellesskap hvor mentorer og studenter utforsker og reflekterer over legerollen og utviklingen av profesjonell medisinsk identitet.

Arbeidsform i mentorgruppene

Fakultetet tilbyr gruppene et tema og forslag til arbeidsmåte for hvert av de 10 møtene gjennom andre og tredje studieår. Gruppene kan imidlertid fritt velge andre temaer og arbeidsmåter. Stikkord for mentorordningen er utvikling av tillit og refleksjonsevne, og fakultetet vil derfor oppfordre til kreativitet, lekenhet og eksperimentering med mentorformatet, gitt at hovedmålsettingen ivaretas.

Valg av møtetid og sted

Møtene vil normalt avholdes på ettermiddags- og kveldstid, utenfor universitet og sykehus. Å møtes i en mentors eller students hjem skaper trivsel og samhørighet. Å spise sammen bygger relasjon. Dersom gruppen skulle bli enige om å dra på hyttetur eller annen mer langvarig utflukt, kan det godskrives som to mentormøter.

Digital læringsplattform MittUiB

Alle mentorer og studenter må logge inn på *mitt.uib.no*. Der ligger alle dokumenter for mentorordningen, samt plass for gruppen til å registrere fremmøte og stikkord om temaer som er tatt opp på møter.

På MittUiB vil mentor finne refleksjonsnotatene som skal gjennomgås etter at studentene har vært i praksis i 3. og 4. semester.

10 møter på to år

Møtene varer normalt tre timer. Flere kortere møter er også mulig. Det er viktig at oppholdet mellom møtene ikke blir for langt, slik at man husker hva som skjedde sist, og blir kjent med de andre. Målet er å få et miljø hvor den enkelte føler seg trygg på de andre og alle er motivert for å bidra.

Lærebok

Lærebok er *Lytt. Legerolle og kommunikasjon*, som alle mentorer får tildelt. Studentene har hatt den på pensum i første studieår. Boken belyser legerollen, profesjonell vekst, sykdom og sykhet, kommunikasjon og hjelp, og har over 70 kliniske eksempler som kan diskuteres i gruppen.

Kontaktpersoner ved medisinsk fakultet

I oppstarten regner vi med at det kan dukke opp spørsmål. Ikke nøl med å ringe eller sende epost til Driftsgruppen for mentorordningen:

- Kirsti Nordstrand, studiekoordinator ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS), kirsti.nordstrand@uib.no, 55 58 54 49
- Knut Eirik Eliassen, allmennlege, førsteamanuensis ved IGS, 41204018, Knut.Eliassen@uib.no
- Ina Grung, allmennlege, stipendiat ved IGS, inagrung@gmail.com, 93257102
- Inger Marie Fosse, psykiater og samfunnsmedisiner, ingermarief@hotmail.com, 98618465
- Margrethe Schaufel, lungelege, margrethe.aase.schaufel@helse-bergen.no, 45292977
- Edvin Schei, professor ved IGS og Enhet for læring, edvin.schei@uib.no, 97413790

Tilbud til mentorene - opplæring og refleksjon

Mentorordningen arrangerer en møteserie på fem 3-timers fagmøter i løpet av en toårsperiode. Det første opplæringsmøtet inngår i serien, og deretter tilbys et kveldsmøte hvert semester, med fire ulike temaer. Det sendes ut informasjon og påmeldingslenke i god tid. Møteserien er godkjent av Legeforeningen som godkjente timer til videre- og etterutdanningen.

«Profesjonalitet» som undervisningsfag - bakteppet

I den nye studieplanen er «profesjonssøylen» en rød tråd gjennom alle seks studieår. Her ligger praksisperioder, kliniske ferdigheter, kommunikasjon, pasientkontakt og etikk, blant annet. Profesjonsgruppene er en viktig del av denne røde tråden. Læringsmålene finner du i appendiks 2.

Medisinsk-odontologisk fakultet definerer profesjonalitet på følgende måte, inspirert av the Royal College of Physicians, England, 2005:

Medisinsk profesjonalitet betegner de verdier, væremåter og relasjoner som skaper tillit til leger hos enkeltpasienter og i samfunnet.

Utdyping av definisjonen

Legers samlede kompetanse som hjelpere utgjør profesjonaliteten. Legen må ha faglig kunnskap, kliniske ferdigheter og moralsk dømmekraft som kan beskytte og bygge opp under menneskeverd og velvære. I hverdagen må leger bestrebe seg på å virkeliggjøre verdier som integritet, medlidenhet, innlevelse, rettferdighet, kontinuerlig dannelse og egenutvikling, samt godt samarbeid med andre hjelpeyrker.

Figuren viser en modell utviklet i Canada, med 7 roller alle leger må fungere i. Modellen kan brukes som startpunkt for samtaler i gruppen.



Hvordan lærer studentene å være «ekte leger»?

En legeutdanning har alltid en «dannende» effekt på den enkelte. Profesjonelle «verdier, væremåter og relasjoner» dannes i stor grad ubevisst, ved at personens virkelighetsforståelse, emosjoner, atferd og normer modnes og endres gjennom tre typer påvirkning:

- **Det eksplisitte pensum** er den timeplanlagte undervisningen, klinisk eksponering og organisert faglig refleksjon.
- **Det uformelle pensum** er den legerollen som formidles gjennom det forbildene sier og gjør, i snakk mellom leger, legers opptreden i møte med pasienter og pleiere, m.m.. Det som skjer her kan ha større læringseffekt enn idealene i eksplisitt undervisning.
- **Det skjulte pensum** er budskapene som ligger i undervisningsformer, eksamener, legers bruk av tid med pasienter kontra teknologi, forskning kontra undervisning osv..

Undervisningsformer: Siden skjult læring er svært formende i all profesjonsutdanning må vi søke å tilby studentene veiledet refleksjon knyttet til eksempler, kasuistikker og personlige erfaringer fra student- og legerolle. Den profesjonelle ettertanken må kobles mot inntrykk, opplevelser og tanker man har som bruker av helsevesenet, som pårørende og samfunnsmedlem.

Medisinsk profesjonalitet – hva er det og hvordan læres det?

Profesjonalitet er blitt en gjennomgående søyle i legeutdanningen i Bergen. Profesjonalitet handler om personen som skal være lege. En god lege trenger kvaliteter og kompetanser som ikke favnes av sykdomslære, biologi og vitenskapelig metode. Den enkelte leges væremåte, menneskekunnskap og dømmekraft vil påvirke alt klinisk arbeid. Personlige egenskaper har betydning for forståelsen av hva som er gyldige faglige problemer og hvordan de skal løses, og påvirker det diagnostiske og terapeutiske samspillet med pasienter, pårørende og andre helsearbeidere. Å utdanne til medisinsk profesjonalitet er ikke primært et spørsmål om å formidle faktakunnskap, men å legge til rette for at den enkelte kan og vil utvikle seg – dannes - som medmenneske og kompetent fagperson.

Appendiks 2 gir en oversikt over de kunnskaper, ferdigheter og kompetanser som hører inn under profesjonalitet ved Det medisinsk-odontologiske fakultet i Bergen.

Vekst som fagperson

En normal treåring er en fabelaktig liten kopimaskin som i løpet av få måneder – i den primære sosialisering - har tilegnet seg språk, væremåter, kompetanser, smak, vaner, uvaner og fordommer som likner svært på dem han møter i familien og barnehagen. Tjue år seinere er han medisinstudent, midt i den sekundære sosialiseringen, en ny grunnleggende dannelsesprosess, hvor en ny verden med tilhørende identitet, verdier og virkelighetsforståelse

former den enkeltes perspektiv, gjennom «osmose» fra det fagkulturelle miljøet. Og nesten like lite som treåringen kunne registrere, reflektere over eller påvirke sin egen forming, kan den unge studenten overskue eller styre sin egen dannelse til fagmenneske. Med mindre han får hjelp til det.

Det er vist at tradisjonell formidling gjennom forelesninger er en av de minst effektive måter å oppnå atferdsendring på. Studenter kan lære seg store mengder etikk, atferdsfag og kommunikasjonsteori og gjengi det på eksamen uten at det trenger bety stort for senere klinisk tenkning og atferd.

Skal man klare å endre studiet på dette punktet må man gå veien om holdningsarbeid hos undervisere og rollemodeller. «Karakter», selvforståelse og relasjonskompetanse er deler av et menneskes identitet. Dannelse handler om læring gjennom personlig, kroppslig erfaring, om vekst gjennom utfordringer og veiledet refleksjon. Aristoteles brukte begrepet «dygd» (dyd) om karakteregenskaper som – i et gunstig miljø - kan vokse frem over tid og innebære at man i valgsituasjoner virkeliggjør idealer fordi det kjennes selvfølkelig og «naturlig». Eksempler på dygd er mot, rettferdighet, vennlighet, ærlighet, måtehold og praktisk klokskap.

Hvor dannes legers tenke- og væremåter?

Mye av den ubevisste identitetsomdannelsen fra lekperson til lege skjer ved å observere rollemodeller og delta i hverdagslivet på universitet og sykehusavdelinger. Man snakker om tre typer pensum: **Det eksplisitte pensum**, «what the faculty believes that they are teaching» inneholder strukturert undervisning, klinisk eksponering og organisert faglig refleksjon[2]. **Det uformelle pensum** er det som fremgår av snakk mellom leger, mellom leger og studenter, i legers møte med pasienter og pleiere m.m. Det er vist at dette er en sterk innflytelse, ofte negativ, som kan bidra til kynisme blant studenter og unge leger fordi de ser sprik mellom liv og lære. **Det skjulte pensum** er budskapene som ligger i timeplaner, undervisningsformer, eksamener, prioriteringer av tid med pasienter og teknologi, arkitektur, belønningssystemer for forskning og undervisning, det vil si fruktene av utallige beslutninger og politiske prioriteringer i organisasjonens liv som ikke har hatt noen intensjon om å virke dannende, men allikevel virker slik. Coulehan & Williams peker på at det lett oppstår skvis mellom ideal og virkelighet på sykehusavdelinger og i andre deler av studiemiljøet[3]. Studenter vil kanskje se at de samtalene som betyr mest for legene ofte skjer på vaktrommet og i korridorene, ikke ved pasientens seng. Og at de viktige personene i samtalene og fortellingene ikke er pasientene, men legene og teknologien, med pasienter, pårørende eller mindre dyktige kolleger fra andre spesialiteter i biroller. Studentene lærer at samværet med pasientene gjøres så kort som mulig, og da gjerne med en prosedyre eller et konkret tiltak for øye, mens emosjonelle og eksistensielle aspekter minimeres[4]. Samtidig kan studiet oppleves både slitsomt og truende, slik at studenter blir opptatt av sin egen overlevelse og skyver bort alt som ikke er «matnyttig». Målet med utdanningen kan snevres inn til å komme seg gjennom eksamener hvor kravene er å avlevere tekniske svar og handlemåter, uten konkrete krav til mellommenneskelige kompetanser. Slik kan studentene i sin kliniske trening bevege seg fra å være opptatt av det formelle pensum (gjøre som underviserne sier) til å bli formet av det uformelle pensum (de gjør som alle andre gjør), fra nysgjerrighet og åpent sinn til målrettet eksamensfokus. Det innebærer fare for at pasientfokuset svekkes og erstattes av engstelig opptatthet av å klare seg gjennom studiet og å få sin egen jobb gjort.

Coulehan argumenterer for at spenningene som finnes mellom daglig praksis og medisinske høye idealer om uegennyttig innsats for lidende medmennesker tvinger medisinstudenter og leger inn i en av tre typer yrkesidentitet. Den første er en *teknisk profesjonalitet* med et kynisk forhold til plikt, trofasthet og integritet, skepsis til egen og andres idealistiske motivasjon for yrket, og snevert fokus på jobbens tekniske sider. Den andre er en *ureflektert profesjonell identitet* hvor man tilpasser seg den medisinske kulturen uten å innse at man samtidig har fjernet seg fra medisinske grunnleggende verdier. For eksempel kan man være overbevist om at medlidenhet krever distansering og at personlig tilknytning er suspekt fordi det mangler objektivitet. Den tredje formen er en *medfølelse profesjonell identitet* hvor legen bevarer blikket for pasientens perspektiv, erkjenner egen sårbarhet og kan reflektere over verdimeisige spenninger i fagkulturen. Det er denne formen for identitet vi ønsker at våre studenter skal få trygghet til å utvikle. Dette er kjernen i en pasientsentrert medisinsk profesjonalitet.

Hva er en profesjon?

«En profesjon er et yrke som krever spesialisert kunnskap og ofte lang og intensiv akademisk forberedelse» (Encyclopedia Britannica Online). Profesjoner er kjennetegnet ved at de utøves av profesjonelle som behersker sine oppgaver «på en god, riktig eller forbilledlig måte». En profesjon har kontroll over arbeidsoppgavene sine gjennom monopolordninger, faglig autonomi, politiske sanksjoner og en samfunnskontrakt som forplikter profesjonen til å tjene visse allmenne interesser.

Ordene «profesjon» og «profesjonell» kommer av det latinske *professio* som betyr å erklære offentlig. Å tilhøre en profesjon kan sies å innebære at man i jobbsammenheng «erklærer» evne og vilje til å utøve visse tjenester som kjennetegner profesjonen. «Profesjonalitet» viser til moral, ansvar, kunnskap og ferdigheter som igjen viser til verdier som «god», «sann», «gyldig» og «holdbar».

Profesjonene steller med arbeidsoppgaver som er delvis uspesifiserbare og må løses ved å kombinere formalisert kunnskap, ferdigheter og skjønn på en adekvat måte. Resultatet er «praksis». Praksis er feilbarlig og preget av usikkerhet om hva som kan bli konsekvensene av handlingsvalg. Profesjonene utgjøres av individuelle profesjonsutøvere som på mikronivå tilegner seg og forvalter sin profesjonelle rolle. De enkelte utøveres rolleforståelse, motiver, valg og handlinger, og hvordan de utvikler sin kompetanse, bestemmer profesjonens faktiske funksjon, troverdighet og kulturelle posisjon.

Praktisk drift av gruppene

Ordningen er obligatorisk. Mentor må følge med på oppmøtet og informere driftsgruppen dersom studenter uteblir uten gyldig grunn (sykdom eller annen presserende grunn) på to møter eller mer per år. Emnet godkjennes årlig for studenter som har 60 % deltakelse eller mer.

De første møtene må organiseres av mentorene – tid, sted, tema, metode.

Tid: Møtene avholdes vanligvis på kveldstid og varer 3 timer (eventuelt 2 x 3), totalt 6 timer per semester.

Taushetsplikt: Studenter og mentorer har taushetsplikt for alt som skjer i gruppene. Mentorene har ikke som oppgave å vurdere studenters egnethet for legeyrket.

Planlegging av møtenes innhold og form

Mentorene bør planlegge møtet sammen. Mentorene må på første møte invitere alle til å snakke om hvordan gruppen kan brukes fornuftig. Man må ta opp taushetsplikten og la gruppen tenke gjennom hva som vil skje dersom noen tror at intim informasjon fra gruppesamtalene blir lekket til medstudenter og andre.

Her er noen tommelfingerregler for å få gode prosesser i en gruppe:

- **Hjelp studentene til å være aktive på møtene.** Mentorer bør organisere møtene slik at alle får god anledning til å komme til orde. Å la ordet gå på rundgang i frivillig rekkefølge er en enkel teknikk.
- **Mentorene er viktige forbilder.** Ved å dele av personlig erfaringer hjelper de studentene til å gjøre det samme. På første møte kan de med fordel dele tanker om hvordan det oppleves å være ny mentor, møte en ukjent gruppe, erfaringer fra egen studietid, forventninger til egen rolle på mentormøtene m.m. Ved å være personlig kan mentoren gjøre det lettere for tilbakeholdne studenter å bli trygge, og dele tanker.

Metoder og gruppedynamikk

- a. **Presentasjon.** Lag en bli-kjent-runde hvor studentene får snakke etter tur, i en rekkefølge de selv velger. Kanskje tar det et helt møte. Lytt til hva de ulike studentene trekker frem om seg selv, hvem som snakker gjerne eller mindre gjerne, om de henvender seg til deg eller til flere, hvor godt de synes å kjenne hverandre og stole på hverandre. La det være Ok å vise følelser, mange blir lett rørt når de deler viktige tanker og erfaringer, og tårer vil da være et tegn på tillit og ikke noe å lage oppstyr over. Å la dem si noe om bakgrunn, hvorfor de valgte medisinstudiet og hva de håper på av mentorordningen, kan hjelpe studentene til å tenke høyt om seg selv.

- b. **Den enkeltes erfaringer.** Etter den første presentasjonen har alle snakket og hørt de andre. En fin øvelse kan da være å be alle tenke på noe de har opplevd som de tror vil påvirke deres måte å være lege på, og som de tenker det er greit å dele med de andre. Minn dem om taushetsplikten innen gruppen. La det være opp til studentene i hvilken rekkefølge de vil ta ordet. Sett av 2-3 minutter til stillhet hvor alle kan tenke på noe å fortelle. La de andre kommentere og reflektere over det som ble fortalt. Pass på at tiden fordeles på alle.
- c. **«Lederen går bak».** Mentorer blir ofte ivrige. Studentene lærer imidlertid mest av å tenke og snakke selv. Gjør det lett å slippe til i samtalen. Ikke avbryt. Styr tidsbruken. Lag et langsiktig perspektiv. Del ordstyreroppgaven med din medmentor eller med studentene selv.
- d. **Hvor er vi i dag?** Siden møtene er sjeldne bør hvert møte innledes med en løs runde hvor alle får fortelle hva de er opptatt av for tiden, om noe viktig har skjedd siden sist. La studentene velge rekkefølge selv. Pass på at det blir nok tid til alle.
- e. **Å håndtere de tause og de pågående.** Enkle aktiveringsgrep:
- Det finnes et forslag til tema og metode for alle 10 møter. Følgende metode vil aktivere alle:
 - Alle skriver i to minutter egne assosiasjoner og stikkord i loggboken sin.
 - Studentene deler sine refleksjoner i grupper på 2 eller 3, 10-30 min, mer?
 - Plenum, hvor mentorer er tilbakeholdne med egne spennende tanker, passer på å spørre de som ikke tar ordet, evt lage runder hvor alle får tenke høyt uten tidspress. Her kan man bringe prosessen lenger ved å spørre etter grunner for at man mener ditt eller datt, og ved å etterspørre divergerende tanker, eller hva som ville være argumenter for «feil» oppfatning.
- f. **Bruk av Lytt-boken.** Studentene kjenner boken, mentorene får den. Kapittel 1, 3, 4, 5 og 8 er særlig aktuelle de første studieårene.
- Starte med kasuistikker side 33 og 37. Hva står på spill for pasienten?
 - For legen?
 - Hvilke overveielser kan man gjøre, om muligheter og valg?
 - Metoder for å ta gode beslutninger?
- g. **Hvordan unngå steril debatt? Et forslag til metode i gruppen:**
- Velg et tema fra kjøreplanen, eller noe annet, som «transplantasjon», «organdonasjon etter ulykke» (eksempelvis).
 - Hvorfor er det et spennende tema? Finnes fasitsvar? (la den enkelte skrive, jf metoden over)
 - La dem tenke over hvordan vise empati, snakke med pårørende osv.
 - Hvor er legens sårbarhet? Hvordan håndtere uten å kutte av andres behov for å formidle lidelse osv?
 - Er det noen som har tanker om hva som kan løse dette? Er det noen som tenker at dette ikke er altfor vanskelig? Hvorfor?
- h. **Vise egen praksis.** Mulig å ta halv gruppe med på jobb. Eller en og en student. Svært populært.
- i. **Ulike måter å presentere seg på i grupper**
Her er metoder som kan brukes når personer i en gruppe skal bli kjent med hverandre:
- Etter en kort introduksjon fra lederne deles studentene i par. De får 20 minutter til å snakke sammen og lytte til hverandre. Etterpå får hver deltaker 5 minutter til å fortelle hva den andre sa om seg selv. Den som blir referert får fyller på eller korrigere før ordet går videre. Denne øvelsen skaper små trygge samtalerom, og handler samtidig om lytting, fortolkning og filtrering i dialog. Forskjellene mellom det den enkelte ønsket å få frem og det som ble referert av den andre kan analyseres etterpå.
 - Etter en kort introduksjon får gruppen 3-5 minutter hvor alle skriver for seg selv stikkord om egen person og eget liv, hva de oppfatter som viktig eller interessant eller uventet for de andre. Så går ordet rundt. Notatene kan etterpå føres rett in ni gruppens logg.
 - En frivillig melder seg til å bli intervjuet. Kan si «pass». Så får alle i gruppen anledning til å spørre - om hva som helst. Mentor kan sjekke underveis om det fortsatt er greit for intervjuobjektet. Mentor kan

avbryte for å lage felles refleksjon om noe som er blitt sagt, for så å vende tilbake til intervjuet. Mange varianter er mulige.

j. Skrivning som refleksjonsverktøy

Skriving er en fin måte å tenke på, man samler og sorterer tankene, man tar vare på ideer og spørsmål og kan komme tilbake til det senere. Små skriveøkter når det dukker opp et saftig spørsmål på et møte gir mulighet for at alle deltakerne tenker over sine synspunkter og erfaringer uten å forstyrres av hva andre sier. En god måte å stimulere diskusjon på kan være å stille et spørsmål til gruppen og så lage følgende tre trinn:

- Skriv noen stikkord om hva du umiddelbart tenker
- Snakk så med sidemannen og hør hva han eller hun har tenkt, spør hvorfor, be om utdypning
- Diskutér i plenum, skriv gjerne på et ark eller en flipover hva som kommer frem.

Det kan ta tid å etablere skrivning som et naturlig verktøy i gruppen. Og det vil kun skje dersom mentorene krever det og gjentar metoden flere ganger, slik at studentene begynner å erfare at papiret er både en dialogpartner og et arkiv for egne tanker.

Dersom du har lyst å bruke skrivning som metode: Husk å be alle studentene ta med blyant og papir, gjerne en liten notisbok som kan brukes i profesjonsgruppen videre gjennom studiet.

Motstand og misnøye?

Det er naturlig at noen studenter vil være kritiske til selve mentorordningen, av ulike grunner. Noen er prinsipielt motstandere av obligatorisk undervisning, andre føler at det er bortkastet tid fordi de ikke selv har noe behov for å være i gruppe. Dette er forståelig. Dessverre kan det lett bli en selvoppfyllende profeti – gruppesamtalene kan bli sterile og lite nyttige dersom studentene ikke ser poenget, ikke engasjerer seg, ikke bringer sine intellektuelle ressurser inn i samtalene. Det kan være fornuftig å invitere studenter som tviler på nytten av tiltaket til å dele tvil og kritiske tanker med de andre i gruppen, slik at gruppen kan teste holdbarheten i et slikt syn og få frem hvordan andre tenker, og hvorfor.

Forslag til kjøreplan for alle 10 møter

Møte nr	Innhold
1. Bli kjent-møte Sept-okt 3. semester	Presentasjon, alle forteller noe om seg selv. Hva skjedde i sommerferien? Gruppen forteller mentorer om PASKON, alle sier noe om hvordan det var å besøke en pasient. Samtale: <ul style="list-style-type: none">• Hva var det som liknet i de ulike erfaringene?• Hva var det som passet med legers faktiske utfordringer? Video: Vise en kort Mentorfilm (ligger på youtube). Ta runden – hva slags tanker ble vekket? Hvordan er det å være student, pasient, lege? Ønsker og forventninger til mentorgruppen? Gå gjennom målsetting, listen over møter, muligheten for å lage egne opplegg. Har vi ideer? Hva er mentors rolle? Høyttenkning Reglement: Gå gjennom reglene for oppmøteplikt, rapporteringsrutiner, forberedelser
2. Erfaringer fra sykehuspraksis Okt-nov 3. semester	Studentene har vært i praksis på samme avdeling i januar og i september. De har skrevet refleksjonsnotater om sine erfaringer. Notatet fra september leses og godkjennes av mentor i forkant av dette møtet. På møtet forteller studentene fra sine erfaringer. Mentor kan hente ut interessante observasjoner og poeng fra tekstene, anonymisert, lese høyt og invitere til refleksjon, gjerne en og en, så alle. Mentors rolle er ikke å løse problemene studentene forteller om, men skape rom for å dele dem. Evt. rapportere til med. fak. <i>Her er to av målene for profesjonssøylen, hvordan har praksiserfaringene bidratt til å nå målene? Hvordan kan studenter lære dette?</i> Etter fullført studium skal kandidatene kunne:

	<ul style="list-style-type: none"> • Vise vilje og evne til å forstå sine pasienters tanker og følelser og omsette forståelsen i individuelt tilpassede handlinger rettet mot helbredelse (når det er mulig), lindring (når det er mulig) og trøst (alltid) • Reflektere over hvordan man selv kan være en god rollemodell i studie- eller arbeidsmiljø <p><i>Les «Lytt» side 25-40 i forkant, eller lese utdrag høyt på møtet. Hvordan passer dette med praksiserfaringene?</i></p>
3. Eksamen – hva gjør det med meg? Jan-feb 4. semester	<p>Studentene har hatt flere eksamener på studiet. Snakke om nervøsitet, fallhøyde, forberedelser, kroppslige og følelsesmessige reaksjoner, mestringsteknikker. Kan dele dem i par som lytter til hverandre, 10 min på hver. I plenum forteller de hva den andre sa.</p> <p><i>Forberedelse: Artikkel om utbrenthet blant medisinstudenter internasjonalt. Dyrbye L. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. Med Educ. 2016.</i></p>
4. Nye praksis-erfaringer Feb-mars 4. semester	<p>Praksis i 4. semester er ferdig. Nye notater er skrevet. Mentorene leser og gir tilbakemelding. Hvilke spørsmål og lærdommer kan deles i gruppen? Mulighet: Vise en kort Mentorfilm (ligger på youtube). Ta runden – hva slags tanker ble vekket? Hvordan er det å være student, pasient, lege?</p>
5. Sommer-avslutning fjerde semester	<p>Gruppen oppfordres til hyggelig samvær. Grill? Tur på Fløyen? Kino, teater, revy?</p> <p>Dele tanker om mentoråret som har vært. Hva husker man, hva var verdifullt? Hva tenker den enkelte om sine egne bidrag til gruppen? Tilbakemeldinger til mentorene? Fra mentorene? Tanker om neste studieår, gleder og gruer?</p>
Sommerferie	
6. Ny start. Identitet og jeg-følelse som medisinstude Sept-okt 5. semester	<p>Runde, frivillig rekkefølge: Hva har skjedd siden sist, hvem er jeg nå? Forberedelse til 3. studieår på medisin. Legerollen rykker nærmere. Hva skjer med meg, følelsesmessig, sosialt, identitet i møte med andre?</p> <p><i>Forberedelse: Artiklene «Skjebnezapping» og «Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet»</i></p>
7. Senhøst igjen. Journalskriving og pasientens perspektiv	<p>Unngå møte sent i eksamensperioden, lag litt ekstra hygge.</p> <p>Studentene lærer å skrive journal denne høsten. Ofte sterkt biomedisinsk fokus, pasientens perspektiv «glemmes» lett. Spørsmål: Hvordan kan studenter lære å ta journal og samtidig aktivt sette seg inn i hva sykdommen betyr for pasienten – tanker, følelser, informasjonsbehov? Hva kan være kliniske betydninger av å være eller ikke være pasientsentrert? Hva gjør leger som ikke overser pasientens perspektiv og samtidig foretar grundig undersøkelse? <i>Forberedelse: «Lytt» side 70-82 om pasientperspektivet, og kapittel 4: «Når pasienten ikke blir hørt».</i></p> <p>Mulighet: Vise en kort Mentorfilm (ligger på youtube). Ta runden – hva slags tanker ble vekket? Hvordan er det å være student, pasient, lege?</p>
8. Kliniske ferdigheter, nye erfaringer	<p>Runde om erfaringer fra første elektive kurs, hvor studentene har hatt undervisning i ulike fag. Hvilken betydning har det å ha lært dette?</p> <p><i>deretter</i></p> <p>Dilemmaer i studie- og legehverdag, hva gjør man?</p> <p>Bruke opplegg hvor gruppen velger blant vignetter, ferdig opplegg på MittUiB.</p> <p><i>Forberedelse: «Lytt» kapittel 8, om menneskekunnskap. Diskusjon: Kan vi utvikle kontroll over våre ubevisste egenskaper og impulser?</i></p>
9. To ukers praksis, journalskriving	<p>Film: The Doctor, eget opplegg på MittUiB.</p> <p><i>Forberedelse: «Lytt» kapittel 5, «Legen som legemiddel»</i></p> <p>Studentene begynner å få noe klinisk erfaring. Hva tenker de om sykehus, helsevesen, legerolle? Om måter å lære på som de erfarer? Dele erfaringer på omgang, alle sier noe, frivillig rekkefølge.</p>

<p>10. Avslutning av mentortiden (og det er verdifullt om gruppen fortsetter å møtes på frivillig basis!)</p>	<p>Studentene forbereder en hyggelig avslutning. Lager felles eller individuelt en kommentar til mentorordningens hensikt: «En mentorgruppe skal utgjøre et læringsfellesskap hvor studenter og mentorer arbeider for å virkeliggjøre idealene i fakultetets definisjon av medisinsk profesjonalitet: <i>Medisinsk profesjonalitet betegner de verdier, væremåter og relasjoner som skaper tillit til leger hos enkeltpasienter og i samfunnet.</i> For å virkeliggjøre profesjonsidealet må enhver medisinstudent utvikle både personlige og fagspesifikke kunnskaper, ferdigheter og verdier. Skal studenten bli en tillitsskapende lege med god faglig dømmekraft og moralsk integritet må læring av biomedisinsk kunnskap gå hånd i hånd med økende forståelse av andre menneskers ve og vel, innsikt i egne behov og hvordan man virker på andre, og trygghet til å møte verden med en åpen og undrende holdning.»</p>
---	---

Ytterligere temaer for diskusjon og refleksjon i profesjonsgruppene

1. **Pasientkontakt.** Prekliniske studenter er nysgjerrige på klinisk virkelighet, pasientarbeid, legerollen, hvordan det kjennes, hvordan det mestres. Men de har begrenset egen erfaring. Gjennom kurset PASKON (pasientkontakt) har de fått nær kontakt med mange syke menneskers perspektiv på helse, helsevesenet og legerollen. Disse erfaringene er råstoff for samtaler, og mentorene har grunn til å være nysgjerrige. Merk dere hvem som forteller, hvem som ikke sier noe, og søk å få frem spredning og motsetninger i studentenes opplevelser og fortolkninger. Når forskjeller blir tydelige kan man søke å få frem hva som gjør at studentene har ulikt syn.
Studentene fikk utlevert en tosiders «samtaleguide» før de møtte pasientene i PASKON. Denne er vedlagt som Appendiks 1, og kan brukes som grunnlag for diskusjon og erfaringsutveksling i gruppen.
2. **Disseksjon, møte med døden.** Anatomiundervisningen er en overgangsrite hvor studentene gjennom å skjære i et lik trår over vanlige grenser i forhold til død og kropp. Hva betyr dette for den enkelte, hvordan kan det håndteres og brukes?
3. **Studiehverdagen.** Studentene har mange inntrykk, tanker og spørsmål som kan utvikles til gode samtaler.
4. **Læringsmål for profesjonalitetsaksen.** Læringsmålene er ikke spesifikke for profesjonalitetsgruppene, de gjelder for hele utdanningen. Men gruppene er stedet hvor studentene og mentorene har anledning til å bruke tid på å snakke om målene, tenke over hva de innebærer, hvordan man kan bevege seg mot dem eller fra dem, og hva slags bilde de tegner av legerollen og den medisinske virkeligheten. Læringsmålene er gjengitt i Appendiks 1.
5. **Film.** Det finnes et vell av god film og TV-serier med relevans for medisinsk profesjonalitet.
6. **Litteratur.** Både skjønnlitteratur og fagtekster kan brukes. Noen pdf-er og referanser vil bli lagt ut på MittUiB. Det finnes uendelig mye mer. Læreboken *Lytt* er en lett tilgjengelig ressurs med mange konkrete eksempler og tilhørende teori om legens oppgaver og hvordan løse dem.
7. **Aktuelle saker.** I media produseres en strøm av oppslag om sunnhet, sykdom og leger. Dette kan brukes til refleksjon i gruppene.
8. **Mentorenes erfaringer.** Alle mentorene vil ha faglige opplevelser med stor interesse for studentene. Det er fint å bruke slike erfaringer til å utfordre studentenes tenkning gjennom spørsmål: Hva tenker dere om dette? Hva var riktig å gjøre? Hvorfor? Hvorfor ikke? Hvilke andre muligheter fantes? Hvordan tar man vare på de andre i situasjonen? Mentorrollen handler i det hele tatt primært om å stimulere studentenes undring gjennom å åpne opp for kompleksitet og mangetydighet i faget, snarere enn å slå fast hva som er sant og rett «en gang for alle». En mentor som viser sine tvil og er tydelig på grensene for egen innsikt er en god rollemodell.
9. **Forventninger og krav.** Hva er hensiktsmessige forventninger å ha som student og lege – til seg selv, til andre, til kunnskap, mestring, privatliv og personlig utfoldelse?
10. **Egne erfaringer.** Mange av studentene valgte i Paskon å skrive refleksjonsnotat om hvordan egne livserfaringer virker inn på deres måte å være lege på senere. Dette kan diskuteres i gruppen, slik at forskjeller og mangfold i erfaringsbakgrunn og tekning kommer frem.

11. **Slektningers erfaring med sykdom.** Studentene kan få i oppdrag å snakke med familiemedlemmer eller andre de kjenner om hvordan det er å være syk og hva som kjennetegner gode leger.
12. **Videoopptak.** To og to studenter kan få i oppdrag å filme en samtale med en pasient og presentere 20 minutter på neste møte, til diskusjon. Tema: Hvordan er det for deg å være syk, og hva trenger du av legene dine? Videokamera kan lånes på IGS, Kalfarveien 31, ved studiekonsulent Erlend Nåmdal, erlend.namdal@uib.no.
13. **Hva er en god lege?** Dette spørsmålet kan få frem hvilke tanker den enkelte har og hvilke krav de stiller til seg selv.
14. **Kan profesjonalitet læres?** Profesjonalitet er kort definert og presentert lenger nede i dette dokumentet. Studentene kan ha ulike oppfatninger av hvordan personlighet og væremåte dannes og endres. Er profesjonsgrupper et meningsfullt tiltak? Hvorfor? Hvorfor ikke?

Når det oppstår vansker

Når alle studenter skal inn i gruppeprosesser vil det vise seg at noen har problemer av ulik art. Det kan ytre seg som symptomer på psykisk sykdom, som relasjonsproblematikk, problemer med egne grenser, problematisk atferd overfor medstudenter eller pasienter, osv.

Hvordan slike utfordringer best kan takles må vi finne ut av over tid. Dette vil være et viktig punkt på evalueringer og seminarer hvor mentorene møtes. At det er to mentorer i hver gruppe gjør ordningen nokså robust, fordi de to kan diskutere seg frem til løsninger. Foreløpig kan vi bruke følgende kjøreregler:

- Mentor skal være mentor, ikke terapeut, fastlege eller psykiater. Hjelp eventuelt studenter til å komme i behandling.
- Hvis en student tydelig ønsker mer av mentors tid og oppmerksomhet enn det som ligger i «kontrakten», kan det være grunn til å kontakte emneansvarlig for å diskutere saken.
- Hvis mentorene blir urolige for om en student er egnet til legeyrket tas det opp med emneansvarlig. Hvis en eller flere studenter åpenbart saboterer undervisningen må man vurdere om det kan tas opp i mentorgruppen som tema – ærlig, men uten å henge ut den det gjelder. Om man ikke finner ut av det bør saken meldes til emneansvarlig.
- Mentor ikke skal være studieveileder. Ved spørsmål om retningslinjer for studieprogresjon, tilrettelegging, eksamensangst o.l. kan studenter få hjelp fra studiekonsulent Karen Helen Budal Karen.Budal@uib.no på fakultetet. Se også <http://www.uib.no/mofa/65343/studierettleiing>.

Dersom mentorene ønsker å diskutere hendelser eller personer i gruppene med emneansvarlig er de velkomne til det. Emneansvarlig har i utgangspunktet taushetsplikt.

Vi kan også tenke oss at det oppstår gnisninger mellom mentorene i et par. Dette kan tas opp med emneansvarlig. Rokeringer i mentorkorpset kan bli nødvendig.

Litteratur

1. Hafferty, F.W., *Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum*. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges, 1998. **73**(4): p. 403-7.
2. Inui, T.S., *A flag in the wind: Educating for professionalism in medicine*. 2003, Association of American medical colleges.
3. Coulehan, J. and P.C. Williams, *Conflicting professional values in medical education*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 2003. **12**(1): p. 7-20.
4. Agledahl, K.M., et al., *Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations*. Journal of Medical Ethics, 2011. **37**(11): p. 650-4.

Appendiks 1. Momenter til samtale med pasient og pårørende i kurset «PASIENKONTAKT» på første studieår

Dette arket inneholder mange påminnelser, temaer og spørsmål som vil være verdifulle i alt legearbeid. Arket skal imidlertid IKKE være fysisk til stede under samtalene med pasient. Gruppen må forberede seg ved å snakke sammen, øve, tenke, lage notater og skrive stikkord. I samtalen skal dere prøve ut hva som skjer når dere - uten hjelpemidler - spør av nysgjerrighet, hjelper hverandre og lar pasienten hjelpe dere. Det er ikke farlig å gjøre «feil». Tvert om. For å lære å håndtere misforståelser og floker i profesjonelle samtaler må dere gjøre erfaringer i trygge rammer.

Generelt:

- Alle er litt nervøse før et møte med fremmede, særlig når det skal snakkes om sårbare ting. Litt spøk og småprat om vær, vind, hus og reise varmer opp mens man ser hverandre an. Fortelle hvor dere er i studiet, hva dere har lyst å lære av og om den frivillige. Hva som er målet med PASKON og hva som er oppgaven dere holder på med nå. Lag en tidsramme, fra én til to timer, etter hva pasienten er komfortabel med. Ved behov eller ønske, avtal et nytt møte. Forklar pasienten hvor BBB-bygget er, gi ham/henne vedlagte kart, avtal å møtes i god tid den dagen dere skal presentere.
- Spørre hva de har tenkt i forkant av dette møtet. Gledet de seg, eller...? Går det an å si hvorfor? Lytt til svarene, til han/hun er helt ferdig med å snakke. Skift tema hvis den frivillige ikke har så mye å si.
- Alle har sine måter å si ting på. Misforståelser kan lett skje. Ved mistanke: Spør hvordan spørsmålet oppfattes. Hva tenkte du da jeg sa? Spør om du kan få prøve igjen med andre ord. Snakk om at snakking er krevende.
- Forfølg temaer som virker spennende. Ikke følg spørreguiden slavisk. Hopp frem og tilbake. Snakk om ting som ikke står der. Bruk ideer som dukker opp. Spør deg selv – hvorfor velger pasienten å snakke om akkurat dette?
- Når det kommer konkrete eksempler og fortellinger, ikke avbryt. Nikk, hold blikket mot personen og si uumm osv. Oppmuntre til mer hvis det er åpenbart relevant. Spør hvorfor han tenkte på å fortelle hvis du ikke forstår hensikten.
- Bytt på å være den som leder samtalen, alle må prøve omtrent like mye. De andre tar notater underveis, slik at man etterpå kan se hvilke temaer som ble berørt, og rekkefølgen. Notér slående utsagn og eksempler som kan brukes i refleksjonsnotater eller til presentasjon i auditoriet.

Mulige spørsmål:

Dere kan ikke spørre om alt. Noen ganger kan det være riktig å bruke all tiden på ett tema, én fortelling. Så må alt annet ligge. Dette lar seg ikke forutsi. Lytt og tenk!

Om den frivilliges erfaringer og tanker rundt helseproblemer

- Hva har du lyst å snakke om? Er det noe du har tenkt du vil fortelle oss?
- Kan du fortelle litt om deg selv? Livet, helsen, hva som er viktig for deg? Hva som gir glede?
- Om dine erfaringer med å være syk? Med andres sykdom?
- Hvordan er det nå? Hvordan er det på en dårlig dag? Hvordan er en typisk dag, fra morgen til kveld?
- Hva gjør du for å ha det bra? Glemmer du ofte at du er syk?
- Hva har det betydd for deg at sykdommen fikk et navn? Er diagnosenavn viktig?
- Har du vært redd? Sint? Trist? Glad?
- Hva trenger du andre til? Hvordan?
- Kan du si noe om hvordan det opplevdes å bli syk? Har det forandret deg som person, blir du behandlet på andre måter enn før av familie, venner, samfunn?
- Føler du ofte at du blir misforstått eller møtt med fordommer på grunn av helseproblemene dine? Hender det også i møte med fastlege, sykehus, andre helsepersonell?

- Syns du at helsepersonell ser deg som person, eller er de mest interessert i diagnosen og de tekniske spørsmålene?
- Hvem andre enn deg er blitt påvirket av at du har helseproblemer? Hvordan har det påvirket deres liv? Har det endret ditt forhold til folk som står deg nær?
- Hva tenker du om tiden fremover? Planlegger du annerledes enn du pleide?

Om legers betydning og dyktighet

- Hvordan tror du vi kan lære å være gode leger uten selv å ha vært alvorlig syke?
- Hvis du skulle være i en legerolle og hjelpe andre, hva ville du prøvd å få til?
- Vi skal bli leger, og vil gjerne høre om dine erfaringer med leger. Er det noen du tenker på med en gang?
- Kan du fortelle om en flink lege og hvorfor du mener hun/han var dyktig?
- Kan du fortelle om en lege som har skuffet deg (helst uten navn) og hva du savnet?
- Er det noe du kan si om de andre yrkene i helsevesenet, noen som har betydd mye for deg?
- Hvordan forbereder du deg før du skal til legen? Hva gruer du deg til at legen skal gjøre, og hva gruer du deg til å skulle snakke om?
- Hvordan synes du det er å snakke med oss om disse tingene? Er det nyttig for deg? Er det slitsomt? Kan du si noe om hvorfor?
- **Hvis det virker relevant:** Er det Ok at vi snakker om døden? Tenker du på den? Fortell?

Samtale med pårørende:

For barn, demente eller andre hvor det blir samtale med pårørende: Snakk både med pasienten og pårørende, men gjør hele tiden tydelig hvem du snakker med nå.

- Hva er din rolle som pårørende?
 - Praktisk? Tid? Oppmerksomhet? Følelser, trøtthet?
- Hvordan har det påvirket livet ditt at hun/han ble syk?
- Hvordan påvirker det hverdagene nå?
- Er du fornøyd med måten leger samarbeider med deg som pårørende? Møter du interesse? Forståelse? Passe mye informasjon?
- Synes du den syke blir møtt på en god måte av leger?
- Hva er det som skal til for at møtet med legen(e) skal være bra for dere, for alle i familien?
- Hva tenker du at vi som studenter bør trene spesielt på for å bli gode leger?
- Hvordan synes du det er å snakke med oss om disse tingene? Er det nyttig for deg? Kan du si noe om hvorfor?

Appendiks 2. Læringsmål for profesjonalitetssøylen i medisinstudiet ved Universitetet i Bergen

KUNNSKAP

Etter fullført studium skal kandidatene kunne:

- Forklare begrepene profesjon og profesjonalitet og kjenne til allmenne trekk ved profesjonsarbeid med mennesker:
 - Gjøre rede for medisin og helsearbeid som grunnleggende moralsk motivert virksomhet
 - Kjenne til profesjonens forpliktelse overfor samfunn og enkeltpasienter
 - Kjenne til hvordan tekniske og mellommenneskelige kompetanser integreres i alt klinisk arbeid
 - Kjenne til sentrale temaer i medisinsk etikk
 - Kjenne til allmenne trekk ved lege-pasientforholdet
- Beherske grunnleggende teori om helse:
 - Drøfte begrepet «helse» som subjektiv erfaring
 - Drøfte begrepet «helse» som objektivt registrerbar funksjon
 - Drøfte begrepene sykdom (objektiv) og sykhet (subjektiv)
- Kjenne til sosiale, psykologiske og kulturelle mekanismer som skaper eller skader helse for enkeltmennesker og grupper:
 - Drøfte medisinske implikasjoner av at pasienter er personer med unike og uforutsigelige livssituasjoner, egenskaper, tanker og følelser
 - Kjenne til sammenhenger mellom tidlig livserfaring og senere sykkelighet
 - Kjenne til hvordan sykkelighet påvirkes av sosioøkonomiske, kulturelle og politiske forhold
 - Kjenne til hvordan moderne medisin kan ha skadelige effekter gjennom mekanismer som overdiagnostikk, informasjonskjevheter og fokusering på risiko.
- Kjenne til hvordan norsk helsevesen er organisert
- Ha grunnleggende kunnskap om andre helseprofesjoners mandat og kompetanse
- Ha grunnleggende kunnskap om ledelse
- Kjenne prinsipper for god opptreden overfor presse og media
- Kjenne til mulighetene for videreutdanning, spesialisering og yrkesvalg innenfor den medisinske profesjon
- Ha kunnskap om forhold ved legeyrket som kan skade legers helse eller trivsel, og tiltak og væremåter som kan forebygge slik skade

FERDIGHETER

Etter fullført studium skal kandidatene kunne:

- Utføre de praktiske ferdigheter som er spesifisert på studieplanens ferdighetsliste
- Beherske grunnleggende medisinske kommunikasjons- og konsultasjonsferdigheter
- Improvisere tiltak og løsningsstrategier i komplekse kliniske situasjoner
- Vise vilje og evne til å forstå sine pasienters tanker og følelser og omsette forståelsen i individuelt tilpassede handlinger rettet mot helbredelse (når det er mulig), lindring (når det er mulig) og trøst (alltid)
- Ta imot og gi veiledning og vurdering i praktiske ferdigheter, kommunikasjon, sosialt samspill og tverrprofesjonelt samarbeid
- Inngå i smidig samhandling med andre profesjonsutøvere

- Reflektere over hvordan man selv kan være en god rollemodell i studie- eller arbeidsmiljø

GENERELL KOMPETANSE

Etter fullført studium skal kandidatene kunne:

- Reflektere over betydningen av uvitenhet, uforutsigelighet og usikkerhet i medisinen
- Reflektere over gode måter å håndtere feil og uheldige hendelser på, enten det har rammet pasienter, pårørende, kolleger eller andre yrkesgrupper
- Reflektere over egne behov, ressurser og begrensninger som profesjonsutøver og person
- Reflektere over hvordan man oppfattes av andre i profesjonell sammenheng
- Kjenne til hvordan leger lærer og formes av uformelle og lite synlige læringsmekanismer i profesjonelle miljøer
- Håndtere faglig og kollegial uenighet
- Ha evne til å utvikle seg som fagperson gjennom hele det profesjonelle livet

VEDTAK: Endring i retningslinjene for semestervurdering

Det er meldt inn et ønske om revidering/presisering av [retningslinjene for semestervurdering](#) . Henvendelsen kommer fra studieseksjonen ved fakultetet, som ser at ordlyden i punkt 8 ikke er dekkende for hvordan det blir praktisert.

Retningslinjene for semestervurdering i medisinstudiet ble vedtatt av PUM 21. september 2016 (sak 21-16). De er siden revidert 27. mars 2019 (sak 12-19, punkt 8) og 15. september 2021 (punkt 2 justert etter vedtak på fullmakt i AU).

Ønsket om endring går på punkt 8, og forslaget er å endre «stryk» til "ikke bestått, ikke møtt eller gyldig fravær". Se forslag i vedlegg.

Da retningslinjene opprinnelig ble vedtatt var studieplanen Medisin 2015 helt ny, og det kan være at det nå når vi har hatt studieplanen en stund er andre deler av retningslinjene som ikke lenger er like hensiktsmessige. Vi ber derfor samtidig representantene i PUM om å se om det er noe mer som burde endres i retningslinjene. Før utsending av saken gikk det også ut henvendelser til semesterkoordinatorene med spørsmål om de så noe

Vedtaksforslag

PUM vedtar endringen i retningslinjene for semestervurdering slik det er skissert.

Ordlyden i punkt 8 er da «Ved stryk i en av flere vurderingsdeler av en semestervurdering får studenten et nytt vurderingsforsøk i den aktuelle delen påfølgende semester. Ved ikke bestått, ikke møtt eller gyldig fravær i to eller flere vurderingsdeler må normalt alle deler tas på nytt påfølgende semester. (...)»

Vedlegg:

- Retningslinjer for semestervurdering med foreslåtte endringer

Medisinstudiet - Retningslinjer for semestervurdering

I møte i Programutvalg for medisin (PUM) 21. september 2016 ble det vedtatt retningslinjer for semestervurdering (sak 21/16) som gjøres gjeldende f.o.m. høstsemesteret 2016 for emnene i studieplan Medisin 2015.

Hovedinnhold

Oppdateringer/endringer:

- 27. mars 2019: Punkt 8 er revidert etter vedtak i PUM (sak 12/19)
- 15. september 2021: Punkt 2 er justert etter vedtak på fullmakt i Arbeidsutvalget

Retningslinjer for semestervurdering for emner i studieplan Medisin 2015:

1. Den summative vurderingen i et emne kan bestå av flere vurderingsdeler, men ikke mer enn 3 for hver student.
2. Semestervurderingen for ett emne skal som hovedregel inneholde kun én skriftlig skoleeksamen (det kan gjøres unntak her). For denne gjelder:
 - a. eksamen skal normalt planlegges og sensureres som en helhet, med fordeling av oppgaver og poenguttelling i henhold til semesterets innhold
 - b. hvis det settes krav til at en spesifikk modul av eksamen må bestås, må denne teste så bredt at den er representativ for ønsket læringsutbytte for semesteret
 - c. hvis flervalgsoppgaver brukes, anbefales det at disse utgjør minst 50 % av eksamen (andel oppgaver og uttelling)
 - d. bruk av andre typer oppgaver på eksamen vurderes ut fra hva om er nødvendig for å kunne vurdere studentenes læringsutbytte
3. Når det brukes flervalgsoppgaver på eksamen, skal oppgavene følge anbefalte retningslinjer fra fakultetet.

4. Muntlige eksamener kan inkluderes, slik som muntlig-praktiske kliniske eksamener. Et uttrekk av studentene kan få slik eksamen som del av sin semestervurdering. Da skal minst 20 % av studentene trekkes ut.
5. Skriftlig oppgave som hjemmeeksamen kan være en del av semestervurderingen.
6. Stasjonsbasert eksamen, slik som OSCE eller lignende, kan være en del av semestervurderingen. Ved slutten av 6. og 12. semester skal OSCE være en del av semestervurderingen.
7. Når semestervurderingen består av to eller flere vurderingsdeler skal hver del vektet etter en på forhånd fastsatt prosentfordeling. Som hovedregel skal skriftlig skoleeksamen utgjøre 50 % eller mer.
8. Ved stryk i en av flere vurderingsdeler av en semestervurdering får studenten et nytt vurderingsforsøk i den aktuelle delen påfølgende semester. Ved **stryk ikke bestått, ikke møtt eller gyldig fravær** i to eller flere vurderingsdeler må normalt alle deler tas på nytt påfølgende semester. Denne regelen kommer ikke til anvendelse i semestervurderinger der vurderingsformen OSKE er en del av vurderingsordningen. Ved semestervurderinger der OSKE er en del av vurderingsformen må alle vurderingsdeler avlegges på nytt påfølgende semester.



Institutt for biomedisin
Institutt for klinisk odontologi
Klinisk institutt 2
Klinisk institutt 1
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Programutvalgene
MEDSU

Referanse

2022/1484-MADA

Dato

24.01.2022

Forespørsel om innspill fra instituttene og programutvalgene i forbindelse med revisjon av UiBs grads- og studieforskrift

Fakultetet viser til vedlagte brev fra studieavdelingen der fakultetene er bedt om å gi innspill til arbeidet med revisjon av [Forskrift om opptak, studier, vurdering og grader ved Universitetet i Bergen](#) (grads- og studieforskriften). Det er satt ned en sentral arbeidsgruppe som skal levere forslag til revidert forskrift i april 2022. Vi ber nå instituttene og programutvalgene komme med sine innspill til arbeidet.

Følgende spørsmål kan være utgangspunkt for diskusjon om forskriften:

- Finnes det «hull» i dagens regelverk som bør fylles ut i sentrale regelverk?
- Hvordan kan problemstillinger knyttet til digitale undervisnings- og vurderingsplattformer reflekteres bedre i regelverket?
- Er det noe i dagens regelverk som hindrer innføring av nye undervisnings- og vurderingsformer?
- Hvordan kan skillet mellom bestått karakter etter den graderte (A-F) og den ugraderte (bestått/ikke bestått) karakterskalaen gjøres klarere?
- Kan forskriften disponeres på en måte som gjør den mer tilgjengelig for studenter og/eller ansatte?

Fakultetet vil drøfte studieadministrative aspekter ved forskriften i møte med studiekoordinatorene ved instituttene i uke 4. Vi ber videre om at eventuelle innspill fra institutter, programutvalg eller MEDSU til arbeidet med revisjon av forskriften sendes til fakultetet innen **fredag 4. februar**.

Dette er et UiB-internt notat som godkjennes elektronisk i ePhorte

Det medisinske fakultet har også påbegynt arbeidet med å revidere vårt eget [utfyllende studiereglement](#), og vil gjenoppta dette når den reviderte grads- og studieforskriften er vedtatt. Instituttene, programutvalgene og MEDSU vil bli invitert til å gi innspill også til denne prosessen.

Vennlig hilsen

Marit Øilo
visedekan for utdanning

Ørjan Leren
seksjonssjef

Vedlegg

- 1 Førespurnad om innspel frå fakulteta til arbeidet med revisjon av grads- og studieforskrifta



Fakulteta

Referanse

2022/162-KNKN

Dato

18.01.2022

Førespurnad om innspel frå fakulteta til arbeidet med revisjon av grads- og studieforskrifta

Bakgrunn

Utdanningsutvalet drøfta i møte 16. desember 2021 (sak 63/21) behovet for revisjon av Forskrift om opptak, studier, vurdering og grader ved Universitetet i Bergen (grads- og studieforskrifta). Som følge av denne drøftinga vart arbeidsgruppa sett ned, og vi viser i den samanhengen til brev datert 4. januar 2022, som vart sendt i kopi til fakulteta.

Mandatet til arbeidsgruppa er å gjere framlegg om heilskapleg revisjon av forskrifta, som:

- Tar høgde for endringar i lovverk, praksisar ved fakulteta og organisering av UiB.
- Sikrar likehandsaming av studentane.
- Forenkler regelverket slik at det blir lettare å forstå og bruke.
- Gjer det mogleg for fagmiljøa å innføre fagleg funderte ordningar og nyvinningar i undervising og vurdering.
- Avklare forholdet mellom stå-karakter etter, høvesvis, den graderte (A-F) og den ugraderte (bestått/ikkje bestått) karakterskalaen.

I samband med dette arbeidet har arbeidsgruppa behov for innspel frå fagmiljøa, slik at resultatet blir av høgst mogleg kvalitet. Arbeidsgruppa skal legge fram dette forslaget for Utdanningsutvalet i april-møtet 2022, og så skal forskrifta handsamast i Styret sitt møte i juni, same året.

Innspel til arbeidsgruppa

Føremålet med denne prosessen er forenkling og tilpassingar til forskjellige prosessar: Lovendringar set dei ytre rammene, medan tilpassingar til organiseringa ved UiB ber meir preg av ryddearbeid.

Samstundes har det skjedd endringar i korleis undervising og vurdering skjer på universitetet, mellom anna knytt til digitalisering. Desse endringane er ikkje naudsynleg godt reflekterte i noverande regelverk. Eit anna mål er å minske behovet for lange eksamensregelverk på kvart fakultet.

Dette er eit UiB-internt notat som blir godkjent elektronisk i ePhorte

Det er sjølvsagt fakulteta som sit på mange av desse problemstillingane i det daglege. Vi ønsker derfor ikkje å setje strenge rammer for kva innspel som er relevante. Likevel legger vi ved desse spørsmåla, som *kan* tene som utgangspunkt for diskusjonen i fagmiljøa:

- Kan forskrifta bli disponert på ein måte som gjer den meir tilgjengeleg?
- Finst det «hol» i dagens regelverk som bør fyllast ut i sentrale regelverk?
- Korleis kan problemstillingar knytt til digitale undervisnings- og vurderingsplattformer reflekterast betre i regelverket?
- Finst det i dagens regelverk føresegner som hindrar innføringa av nye undervisnings- og vurderingsformer?
- Korleis kan skiljet mellom ståande karakter etter høvesvis den graderte (A-F) og den ugraderte karakterskalaen (bestått/ikkje bestått) gjerast klarare?

Vi ønsker tilbakemelding innan 8. februar 2022.

På vegne av arbeidsgruppa.

Venleg helsing

Christen Soleim
avdelingsdirektør

Knut Knapskog
rådgjevar

DRØFTING: Etikk og klinikk

Bakgrunn

Temaet etikk og klinisk undervisning var sist drøftet i programutvalget på møte 12. desember 2018, sak 41/18. Undervisningsansvarlig for emnet Etikk i MED10, Ingrid Miljeteig, meldte om at noen studenter i sine refleksjonsnotater skriver om uakseptable og etisk utfordrende episoder i klinisk praksis eller smågruppeundervisning. Det handlet om dårlig kommunikasjon, feilbehandling, uetisk atferd eller krenkelser, enten overfor pasienter eller som noe studentene selv opplever.

PUM drøftet den gang ulike sider ved saken; hvordan en best kan ivareta hhv studentene, pasientene og undervisere/kolleger. Det var ønsket god skriftlig informasjon til studentene om dette, klargjøring av hvilke kanaler de har, samt hvordan og hvor de kan gi tilbakemelding. Samtidig var det ønsket at en skulle stille krav og forventninger til undervisere/ansvarlige for studentundervisning i klinikk.

Aktuell oppfølging

Temaet er fortsatt like aktuelt, selv om det på flere områder er gjort forbedringer som bidrar til å heve kompetanse for undervisere og praksisveiledere, som gir bedre informasjon til studentene og som avklarer samarbeidsrelasjonene mellom fakultetet og helseforetakene. Gjennom Enhet for læring ved fakultetet er det utviklet flere tilbud for kompetanseheving, blant annet et eget kurs for praksisveiledere; [Rettleiing i praksis | Universitetet i Bergen \(uib.no\)](https://www.uib.no/etikk) Enhet for læring har også to prosjekt som styrker rammene om praksis i profesjonsstudiene; prosjektet [STUP – Styrket utplassering i praksis](#) og [PROFMED – Medical students' professional identity formation during hospital practice](#).

I samarbeid med Helse Bergen er det utarbeidet egne retningslinjer om utdanningssamarbeid (nivå III) med fakultetet, der punktet 8. *Informasjon til studenter* ivaretar bl.a. meldingssystem for uønskede hendelser; [niva iii retningslinje om utdanning 2021-11-24 endelig.pdf \(uib.no\)](#)

Som ledd i videre oppfølging er det i dialog mellom undervisningsansvarlig Ingrid Miljeteig, utdanningsledere på Klinisk institutt 1 og 2 og Enhet for læring laget en tiltaksliste. PUM orienteres nå om status for disse punktene, samtidig som det ønskes tilbakemelding på et konkret utkast til tips og råd for kliniske undervisere (vedlagt).

Tiltaksliste for oppfølging studieåret 2021/22 – Etikk og klinikk

Område	Tiltak	Ansvar
Sikre kompetansen for nytilsatte kliniske undervisere/praksisveiledere	Gi tilbud om kurs til nytilsatte undervisere/praksisveiledere	Undervisningsansvarlig institutt Enhet for læring
Skriftliggjøre råd/tips for kliniske undervisere generelt	Lage utkast til råd/tips (<i>se vedlegg</i>) <i>Endelig format er under drøfting med Enhet for læring</i>	Som over
Plassere ansvar for oppfølging av studentene i praksis	Tydeliggjøre det løpende ansvaret en har i rollen som praksisveileder Bevisstgjøre praksiskoordinatorer ved samarbeidende sykehus i å ivareta studentene helhetlig	Undervisningsansvarlig institutt Semesterstyreledere Programutvalgsleder
Forbedre informasjon til studentene om klinisk undervisning og praksis (hva de kan forvente og hvilken oppfølging de får)	Info som del av introduksjonskurs 1. semester Informasjon i 2. semester Informasjon før oppstart av første praksisperiode 7. semester	Emneansvarlige Semesterkoordinatorer/ Studieseksjonen MED

Skriftliggjøring av tips og råd for kliniske undervisere ses som et tiltak som kan være nyttig også for studentene. Ved å se hvilke forventninger som stilles til undervisere, så får en som student også informasjon om hvilket forventningsnivå en kan ha til rollemodeller en møter i klinikker og avdelinger. Formuleringen av tips og råd har en viktig signaleffekt ved fakultetet.

PUM bes om å ta stilling til tiltakslisten for oppfølging av temaet etikk og klinikk, og helt konkret ønskes tilbakemeldinger på forslaget om tips og råd til kliniske undervisere. Videre oppfølging vil gjøres i tråd med de signalene som gis av PUM.

Vedlegg:

- Foreløpig utkast: *Klinisk pasientnær undervisning – forventninger og tips.*

Vedlegg

Utkast etter møter okt-nov 2021 om etikk og klinikk, I.Miljeteig / AB Guttormsen / K. Walter 11.01.22

Klinisk pasientnær undervisning – forventninger og tips

1. Som klinisk underviser er du en rollemodell som bidrar til å forme studentens identitet som lege og profesjonsutøver
2. Som klinisk underviser har du ansvar for studentens læring og mestring samtidig som du skal ivareta pasienten.
3. Innled med å presentere deg selv og din rolle. Sett en agenda for undervisningen – informer om opplegget. Aktiviser alle studentene. De skal lære under din veiledning, ikke belæres. Prøv å huske navn på studentene.
4. Sikre informert samtykke fra pasienten, avklar hva som er greit og informer om mulighet til å trekke seg eller begrense hva studentene får gjøre/ha tilgang til.
5. Ivareta taushetsplikt og konfidensialitet, selv om dette medfører at du må flytte pasient eller medpasienter. Vær spesielt varsom med å diskutere ulike differensialdiagnoser i nærvær av en uforberedt pasient
6. Følg nøye med på om det blir for krevende for pasient og eller student, og veiled på en ivaretagende måte.
7. Sett deg inn i hvilket semester/studieår studenten er på og hvilket tema og/el faglig nivå som er forventet undervist. Rådfør deg gjerne med en erfaren kollega
8. Forsikre deg om at studentene vet hvem som er faglig kontaktperson på avdeling/seksjon (hvis det ikke er deg selv) og hvordan vedkommende kan kontaktes.
9. Ved gruppeundervisning; inviter studentene til å gi hverandre tilbakemeldinger. Et godt opplegg kan være at en student får 5-10 minutter til å snakke med en pasient mens resten lytter, fulgt av innspill fra medstudenter og pasient. Deretter undersøkelse og diskusjon. Vær aktiv selv med å gi konstruktiv tilbakemelding..
10. Underviser med tilgang til DIPS bør vise aktuelle labsvar og røntgenundersøkelser. Avslutt med en oppsummering der studentene får komme med spørsmål og be studentene om å oppsummere hva læringsutbyttet var av undervisningen. Inviter til innspill om kommunikasjon, samspill og etikk. Bruk situasjonen til din egen læring - be om spontane tilbakemeldinger til deg som underviser.