

# EVALUERINGSRAPPORT OD4PROT

## Vurdering av gjennomføringen av undervisningen

OD4PROT startet i uke 5 i 2024 og ble avsluttet med eksamen 11. desember 2024. OD4PROT er det kliniske fagspesifikke kurset som går direkte i fortsettelsen av ferdighetstrening (OD3PROT).

OD4PROT startet med introduksjonsforelesning hvor det ble gitt praktisk informasjon om kurset og klinikkundervisningen. I oppstarten av kurset har det vært holdt klinisk rettede seminarer i klinikktiden, i første rekke med tanke på forberedelse til klinikk, men de senere årene har seminarene også erstattet noe av tiden til pasientbehandling, fordi pasienttilgangen har vært mindre. I det fagspesifikke kliniske kurset har studentene jobbet i team, med fast instruktør og sekretær. I starten har studentene jobbet i makkerpar, deretter har makkerparene gradvis blitt oppløst og studentene har fortsatt med pasientbehandling individuelt.

Studentene har litteraturoversikt i Leganto. Aktuell litteratur er lærebøker i fast og avtagbar protetikk, samt kompendier, hand-outs og artikler som ligger sortert på tema i MittUiB. En utfordring har vært at læreboken «Fixed Prosthodontics – The scandinavian approach» (Karlsson, Nielner & Dahl) ikke lenger trykkes, og derfor har blitt erstattet med Preparations for fixed Prosthodontics (Milleding) i løpet av studieåret. Informasjon om dette har blitt formidlet til studentene.

Erfaring fra tidligere år er at studentene i mindre grad kjøper læreboken, men heller baserer seg på notater, hand-outs og internett. Ved oppstart av emnet ble det denne gangen presisert at det er ønskelig at man skaffer seg fagbøkene og at avsluttende eksamen tar utgangspunkt i disse.

## Vurdering av rammevilkårene

Lokaler og undervisningsutstyr fungerer i hovedsak godt. Det planlegges å få tatt i bruk intraorale skannere i den kliniske undervisningen fra nyåret. Dette tror vi blir et viktig fremskritt for undervisningen. Det vil også være viktig kompetanseheving for mange av instruktørene.

En mangel i klinikken er arbeidsplass med mikroskop og god belysning *inne* i klinikken. Dette for å kunne inspisere modeller og tanntekniske arbeider. I det gamle bygget var det lagt opp til at trimming av modeller ble gjort i klinikken og det var tilgang til 5-6 mikroskop plassert ved vindusrekka og med god belysning. I nytt bygg var nok tanken at mye av denne typen arbeid skulle gjøres på studentklinikken, men det er fortsatt behov for mikroskop inne i klinikken, både med tanke på læringsprosessen, for å vise mindre detaljer i mikroskop, og for å kunne kvalitetssikre arbeidene. Inne i klinikken er det kun ett mikroskop. Dette står plassert på en benk bakerst i klinikken med dårlig belysning og uten mulighet til å sitte og jobbe. Det hadde vært ønskelig med mikroskop av samme type som på Ferdighetssenteret, hvor instruktør og student kan se samtidig.

Røntgenrommet er lite og trangt. Pasientstolen på røntgenrommet har dårlig hodestøtte som er vanskelig å stille inn.

## Kommentarer til studentenes evaluering

80 % av studentene melder at læringsutbyttet har vært godt eller meget godt. Tatt i betraktning at vi de siste to årene har vært sterkt underbemannet, er dette et resultat vi må være svært fornøyd med. Det er også positivt at 72 % har deltatt på omtrent alle forelesningene og ytterligere 20 % oppgir at de har deltatt på  $\frac{3}{4}$  av forelesningene, samt at 76 % mener de har hatt stor eller meget stor nytte av forelesningene.

Generelt bekrefter studentevalueringen de ansattes oppfatning om arbeidsmengde. 92 % av studentene opplever den kliniske treningen som krevende eller meget krevende sammenliknet med andre emner. 72 % opplever at arbeidsmengden er stor eller meget stor. 88 % synes læringsutbyttet er stort eller meget stort.

De fleste kommentarene på rapporten handler om instruktørmangel og ventetid. Seksjonen har over lang tid hatt problemer med å rekruttere *nok tannleger og godt kvalifiserte tannleger*. Betingelsene for stilling som instruktør er ikke konkurransedyktige; selv i et marked som er overmettet av tannleger er det vanskelig å rekruttere tannleger til instruktørstillingene. Det er generelt ikke tilstrekkelig samsvar mellom vanskelighetsgrad i behandlingen og kompetansen hos våre instruktører. Det er mye belastning på spesialistene og tannlegene med lang erfaring. Jeg frykter dette vil føre til slitasje over tid og til dårligere kvalitet på behandlingen som blir gjennomført.

Utviklingen de siste 10-20 årene går i retning av at færre pasienter etterspør enklere protetisk behandling, som single kroner og små broer. Gode komposittmaterialer har i stor grad erstattet kroneterapi. Tannhelsen i befolkningen er generelt bedre. Svært mange pasienter omfattes dessuten av rettigheter i DOT eller gjennom HELFO og får behandling gjort andre steder. De som oppsøker protetisk behandling ved IKO utgjøres i stor grad av pasienter med store og kompliserte behandlingsbehov.

Det er også mindre etterspørsel etter avtagbare proteser. Stort sett greier vi fortsatt å skaffe nok protesepasienter til at de fleste får gjennomført målsetningen om å lage en partial- og en helprotese. Den kliniske treningen med avtagbare proteser foregår i makkerpar.

Denne høsten har det blitt gjennomført faste økter og faste teaminstruktører. En fordel med å ha faste grupper/team, er at instruktør får bedre oversikt og redusert risiko for at noen blir oversett. Det blir benyttet øktskjema for hver økt, som blir gjennomgått for den enkelte student på slutten av økten. Likevel handler flere av innspillene fra studentene om manglende tilbakemelding og for få studentsamtaler. Det er samtidig enkelte som ønsker større fleksibilitet til å velge instruktør og økter, for å selv kunne velge en instruktør som de synes gir god undervisning og progresjon.

## Samlet vurdering, inkl. forslag til forbedringstiltak

Protetisk klinisk trening er en viktig del av den håndverksmessige delen av utdanningen som tannlege. Jeg mener derfor det er viktig å tilrettelegge for å kunne tilby god og variert klinisk trening.

Forbedringstiltak:

### I) **Rekruttering**

Rekruttering av så vel vitenskapelige som kliniske stillinger er essensielt for kvaliteten på utdanningen. Ved seksjon for oral protetik har vi over lengre tid manglet overtannlege eller kun hatt overtannlege i deltidsstilling. Seksjonen har flere erfarne tannleger som har bidratt, men mange av arbeidsoppgavene har de siste to årene likevel ligget på meg som emneansvarlig. Det går særlig utover forskningsmuligheter og forskningstid. Rekruttering av fulltids overtannlege (evt. 2 x 50%) og kompetente instruktørtannleger er en forutsetning for drift av klinikken. For få instruktører fører til ventetid. Manglende kompetanse øker risikoen for feilslag. Både ventetid og feilslag kan over tid føre til at pasientene velger seg vekk.

Det er stor arbeidsbelastning ved klinikk for protetik. Det er ofte kompliserte og tidkrevende behandlinger. Med for få instruktører er forsinkelser vanlig nesten hver økt. Tannlegene går ofte direkte fra 1. økt til 2. økt uten tid til å spise lunsj – selv med ubetalt lunsj.

### II) **Sikre pasienttilgang**

Pasienttilgang henger sammen med kvaliteten på tjenesten vi leverer. Tiltak som reduserer ventetid og feilslag er viktige.

Da stadig flere omfattes av stønadsordninger i Den offentlige tannhelsetjenesten eller gjennom HELFO, mister studentklinikken pasienter. Jeg mener problemstillingen bør kommuniseres til bevilgende myndigheter. Behandling hos student kan være et viktig bidrag som tannhelsetilbud til prioriterte grupper.

### III) **Lokaler og undervisningsutstyr**

Mindre tiltak er nødvendig og begrenser seg hovedsakelig til:

- Arbeidsområde for mikroskop og nytt mikroskop
- Bedre arbeidsforhold i røntgenrom

Bergen 19.12.2024

Siri Flagestad Kvalheim – emneansvarlig OD4PROT