

Sluttrapport fra programsensor for profesjonsstudiet i medisin ved UiB 2008-2010

I forståelse med daværende fakultetsledelse ble arbeidet som programsensor lagt opp slik at hvert institutt ble evaluert for seg, og det ble laget én rapport for hvert institutt¹. Hensikten med opplegget for evalueringen – med betydelig vekt på møter mellom fagmiljøer og programsensor og deltagelse på undervisningsrelaterte seminarer og møter – var at arbeidet skulle bidra til prosesser mot bedre studiekvalitet og ikke bare ha en kontrollerende funksjon. Rapportene går forholdsvis detaljert inn på ulike sider ved instituttens undervisning av medisinstudenter, og inneholder i tillegg mer generelle vurderinger av studiet som helhet og instituttens innbyrdes fordeling av oppgaver. Denne sluttrappen tar bare for seg det jeg anser som forhold med særlig relevans for fakultetets pågående arbeid med ny studieplan. For mer spesifikk omtale av punktene nedenfor henvises til de enkelte delrapportene.

Fakultetets og instituttens organisering og ledelse

Instituttene ved det medisinsk-odontologiske fakultet har høy grad av autonomi. Dette har sine gode sider ved at de fleste instituttledere føler stort ansvar for og eierskap til undervisningen i fagene instituttet omfatter. Men det har også åpenbare svakheter når det gjelder å få til mer dyptgående endringer av studiet og ev utdanningsmotiverte omfordelinger av ressurser. Instituttens fagportefølje er til dels mer administrativt enn faglig begrunnet, slik at i alle fall i noen institutter er det fag som har liten tilhørighet og faglig felleskap med resten av instituttet. Det er dessuten liten tradisjon ved fakultetet for en tydelig sentral ledelse (fra dekanatet) av utdanningen, noe som gjør det tungt å få til endringer som krever samarbeid mellom flere institutter. Internasjonale erfaringer med dyptgripende studieplanendringer tilsier at hvis organisasjon og tradisjon i praksis (uansett hvordan det måtte være på papiret) tillater vetorett fra institutter og sterke enkeltfag er det svært begrenset hva man oppnår. På den annen side er studieendringer som skal bli mer enn "papirtigere" avhengige av at ledere på alle nivåer og et flertall av de ansatte skjønner hensikten med endringene og lojalt følger intensjonene. Mange har vel erfart at sterk sentral styring alene ikke nok for å oppnå livskraftige endringer i et universitetssystem.

¹ Delrapporter (2008-2010)

1. *Rapport fra programsensor 2008* (omfatter basalmedisin og Gades institutt)
2. *Rapport fra programsensor IFI*
3. *Rapport fra programsensor IKF*
4. *Rapport fra programsensor ISF*
5. *Rapport fra programsensor IKM*
6. *Rapport fra programsensor SIH*
- 7.

Sterke fagmiljøer

Fakultetet har mange sterke fagmiljøer og engasjerte lærere. Uansett type endring av studieplanen må man påse at fagmiljøene ikke mister sin identitet og ansvarfølelse for studentenes læring. Uten sterke fagmiljøer er det ingenting å integrere. Men målet må være at fagmiljøene i større grad enn i dag greier å se sin egen plass i en større sammenheng hvor målet er felles for alle: nemlig å utdanne gode leger. Da kreves det kompromisser og samarbeid på tvers av faggrenser.

Ivaretagelse av god praksis

De seks delrapportene trekker frem eksempler på god utdanningspraksis – og det finnes helt sikkert flere enn de jeg har omtalt. I det videre arbeidet vil jeg anbefale at slike eksempler samles og analyseres – hva er det som gjør at noen har lyktes bedre enn andre? Hvorfor er studentene vesentlig mer fornøyd i sine tilbakemeldinger for enkelte fag enn for andre? Det er sjelden bare snakk om forskjeller i ressurstilgang. Slike gode eksempler bør om mulig videreføres i ny studieplan og ev overføres (med nødvendige modifikasjoner) til andre deler av studiet.

Fagintegrasjon

Studiet er i dag i meget stor grad fagdelt. Med få unntak undervises fag for seg (ev i parallell med andre, men uten bevisste integrerende tiltak) og eksamineres for seg. Dette kan ha sine fordeler hvis man ser på læringen på det enkelte fags premisser, men det er uheldig når det overordnede målet ikke er for eksempel anatomikunnskaper som sådan, men anatomikunnskaper som kan anvendes i en klinisk sammenheng. Oppbygningen av studiet vitner også om en del uheldige kompromisser med hensyn til fagenes plassering som reduserer muligheten for faglige synergieffekter. For eksempel er laboratoriefagene i stor grad plassert i egne bolker fremfor å være samordnet med relevante kliniske fag.

Allmennedisin, som et av studiets kliniske hovedfag, er i for stor grad samlet mot slutten av studiet, fremfor å være integrert eller i det minste samordnet med kliniske fag gjennom studiet. Det savnes også en gjennomtenkt langsgående ivaretagelse av fag/tema som etikk, *kunnskapshåndtering*, *pasientsikkerhet* og *systemtenkning* innen helsevesenet. *Klinisk kommunikasjon* ser ut til å få en god start for så å komme igjen helt på slutten av studiet. Her vil det trenge et gjennomtenkt opplegg som sikrer progresjon gjennom alle kliniske blokker og terminer.

Integrasjon må søkes oppnådd på to plan: Et er timeplanmessig koordinering av undervisning i ulike fag, slik at studentene får samme tema inn fra flere vinkler. Et annet plan er gjennom bruk av læringsformer som gjør det nødvendig for studentene å anvende kunnskaper fra ulike fag for forstå (oftest) kliniske problemstillinger. *Bare* timeplansmessig koordinering av fag med fortsatt bruk av overveiende enveis, formidlende undervisning vil ikke føre til målet.

Reell fagintegrasjon er krevende blant annet fordi det forutsetter betydelig kontakt mellom lærere på tvers av faggrenser. Det er ikke det samme som at lærere fra flere fag til daglig må undervise sammen (dvs flere lærere tilstede i samme undervisningsseanse) – dette er svært ressurskrevende (også administrativt) og viser seg vanskelig å opprettholde. Det er viktigere at det er tett samarbeid i planleggingen av undervisningen, og at studieledelsen er slik organisert at ansvaret for at samarbeidet fungerer er entydig plassert. Reell integrering krever også *integrerte eksamener* – som kjent er eksamen det sterkeste virkemiddelet hvis man ønsker å endre studentenes atferd.

Læringsmål/læringsutbytte

Beskrivelsene av innhold og mål er i dag heterogene, og til dels lite informative. Det er bra at fakultetet er i gang med å få læringsmål (utbytte) skrevet på en mer ensartet og informativ måte. Ikke minst er det vesentlig med større grad av operasjonalisering (fremfor formuleringer som ikke gjør det mulig å finne ut om målene er nådd). Selv om målbeskrivelsene ikke bør være svært detaljerte, må de gi studentene klar indikasjon på hva som forventes. De bør ikke minst gi informasjon om forventet mestringsnivå. I dag er det uklart hva som skal være førende for studentenes arbeid: forelesningskompendier, målbeskrivelser, fagpresentasjoner, lister over pensumbøker? Hvem bestemmer hva studentene skal lære i et fag? Studiets læringsmål kan ikke bare defineres som summen av hva hver enkelt lærer velger å formidle.

Klinisk, pasientnær undervisning

Dette er en meget ressurskrevende undervisningsform som samtidig er helt sentral for kvaliteten av et medisinstudium. Ved hjelp av den desentrale kliniske undervisningen får studentene mulighet for ganske variert klinisk erfaring. Tilbakemeldingene på utbyttet av den desentrale praksisen er med få unntak positive. Når det gjelder den kliniske undervisningen på HUS er (med noen unntak) studentenes tilbakemeldinger mye mer kritiske. Generelt tolker jeg studentenes kritikk som uttrykk for at de ikke opplever (igjen med unntak) de kliniske avdelingene på HUS som gode læringsmiljøer. Det virker som om oppleggene for pasientnær undervisning (eller læring) ofte blir for tilfeldige og ustrukturerte. Det er for eksempel ikke vanlig at studentene får tilbakemelding på (obligatoriske) journaler de skriver. Antallet studenter i grupper er ofte for høyt. Heller ikke synes smågruppeundervisningen å være lagt opp slik at det sikres at studentene får prøvd seg med en erfaren lege til stede som gir dem konkrete og spesifikke tilbakemeldinger. Det er også et savn av mer kontinuerlig lærerkontakt – dvs. at en klinisk lærer følger studentene gjennom noe tid (tutorordningen i nevrologi viser at dette lar seg gjøre, i alle fall i visse fag).

Geriatrici

Mitt inntrykk er at geriatri som fag trenger større oppmerksomhet ved fakultetet, og ikke minst en tydelig forankring i kliniske miljøer. I en ny studieplan ville jeg tro at geriatriske problemstillinger må synliggjøres og behandles på mange steder i studiet og ikke bare undervises som en bolk. Rimeligvis er det også i dag mange geriatriske problemstillinger som tas opp i ulike fag (avhengig av den enkelte lærers initiativ), men det finnes så vidt jeg har kunnet se ingen overordnet plan for hvordan geriatri skal ivaretas.

Fakultetets kvalitetssystem

Det foregår evaluering av undervisningen innenfor alle instituttene. Det finnes også flere eksempler på god praksis på dette området som burde kunne ha overføringsverdi. Opplegg og gjennomføring varierer imidlertid i stor grad også innad i instituttene, og det er ikke lett å vite hva som er fakultetets overordnede føringer når det gjelder kvalitetssystemet – verken når det gjelder rutiner for gjennomføring eller for oppfølging. Hvordan sikres for eksempel at studentene får sett evalueringresultatene? Jeg har lett forgjeves på fakultetets ellers meget gode websider etter omtale av kvalitetssystemet og hvordan det gjennomføres ved MOF. På instituttnivå finner jeg at bare enkelte har noen omtale av evaluering og evalueringresultater. Det ville vært ønskelig at kvalitetssystemet ble synlig høyt opp i hierarkiet av websider – i alle fall på hovedsiden for det enkelte program. Det bør så være lenker derfra som gjør det lett å finne mer detaljerte beskrivelser

av opplegg for og resultater av evaluering for de enkelte instituttene og fagene. Etter mitt syn bør evalueringsresultater legges ut uten passordbeskyttelse (men selvfølgelig med nødvendig redigering av personvern hensyn).