

MØTEINNKALLING

Utvalg: **Programstyret for medisin**
Møtested: MH U8.103, Tromsø
Møtedato: 13.06.2018
Tidspunkt: 13:15

Eventuelt forfall må meldes snarest til elin.holm@uit.no Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed.

Saksliste

<i>Saksnr</i>	<i>Tittel/beskrivelse</i>	<i>U.off.</i>	<i>Arkivref.</i>
	Orienteringssaker		
OS 8/18	Presentasjon av resultater fra forskningsprosjekt om legeutdanningen ved UiT v/ Sylvi Hovdenak		2018/2965
OS 9/18	Orientering om utfordringer med å skaffe praksisplasser for 5. årspraksis v/ May- Lill Johansen		
PS 23/18	Sak PM Nasjonal delprøve som avsluttende eksamen fra 2020		2016/97
PS 24/18	Samarbeid med NTNU om FVO- databasen		2018/2968
PS 25/18	Organisering av VITKOM - faglig ansvar/faglig myndighet		2016/1221
PS 26/18	Rutiner for skikkethetsvurdering - Legeutdanningen		2018/2971
PS 27/18	Rammer for opptak Profesjonsstudiet medisin 2018		2018/2983

Orienteringssaker

**OS 8/18 Presentasjon av resultater fra forskningsprosjekt om
legeutdanningen ved UiT v/ Sylvi Hovdenak 2018/2965**

ORIENTERINGSSAK

Til:
Programstyret for medisin

Møtedato:
13.06.2018

Sak:
8/18

Presentasjon av resultater fra forskningsprosjekt om legeutdanningen ved UiT v/
Sylvi Hovdenak

Sylvi Hovdenak kommer på programstyremøtet i juni og presenterer sine forskningsresultater.

Lenke til to artikler av Sylvi Hovdenak:

https://www.idunn.no/uniped/2015/03/profesjonalitet_i_legeutdanningen_omkunnskapskoder_pra_kt

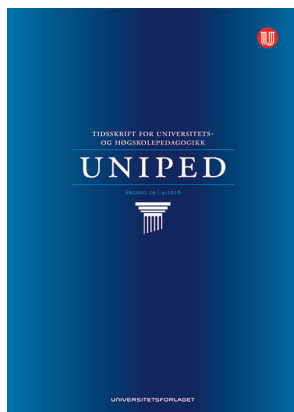
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20021518.2018.1451174#.WxGX8ycsz8A.email>

I tillegg er en artikkel vedlagt sakspapirene.

Elin Holm
rådgiver

elin.holm@uit.no
77 64 54 87

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur



Uniped, volume 39
no. 4-2016 p. 330–344
ISSN online: 1893-8981
DOI: 10.18261/issn.1893-8981-2016-04-05

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Fronesis som kunnskapsform i legeutdanningen

Sylvi Stenersen Hovdenak
Professor, dr. polit.
Det utdanningsvitenskapelige fakultet
Universitetet i Oslo
Professor II
Det helsevitenskapelige fakultet
UiT Norges arktiske universitet
s.s.hovdenak@ils.uio.no

SAMMENDRAG

I internasjonal forskning ser vi en økende interesse for den aristoteliske kunnskapsformen fronesis, praktisk klokskap, når det gjelder utvikling av profesjonalitet i ulike utdanningskontekster. I artikkelen blir fronesis som kunnskapsform diskutert, problematisert og relatert til dagens profesjonsutdanning i medisin. Videre stilles det grunnleggende spørsmålet om hvorfor fronesis bør ha en sentral posisjon i legeutdanningen. Denne problemstillingen søkes belyst ved hjelp av ulike faglige perspektiver hentet fra forskere som er opptatt av medisinsk utdanning. I artikkelen argumenteres det blant annet for at fronesis som kunnskapsform kan forstås som et motsvar til en stadig økende instrumentell tenkning relatert til profesjonell utdanning, profesjonell praksisutøvelse og politiske beslutninger. Det tredje spørsmålet som blir tatt opp i artikkelen er hvordan fronesis kan komme til uttrykk i legeutdanningen. For å belyse denne problemstillingen blir det presentert data fra evalueringen av revisjonen av studieplanen for profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet. Her refereres det til studentenes perspektiver på hva som kjennetegner en god legeutdanning, og i hvilken grad fronesis kommer til uttrykk i dagens og fremtidens legeutdanning. Det blir også pekt på hvilke fremtidige utfordringer som kan knyttes til den videre utviklingen av fronesis som kunnskapsform.

Nøkkelord

kunnskapsformer, fronesis, legeutdanning, læringsarenaer, profesjonell kompetanse

ABSTRACT

International research on professional education increasingly focuses on the Aristotelian form of knowledge named *phronesis*, sometimes prudence or practical wisdom. In this paper, the concept of *phronesis* will be discussed, problematized and related to medical education. The analysis of *phronesis* shows why this concept is fruitful when included in designing a curriculum in the making of physicians. Researchers who have been dealing with the concept

of *phronesis* are mentioned and cited in the paper, showing that this form of knowledge can be regarded as a response to an instrumentalised approach in medical education. Its use can be understood as seeking to fill a void in understanding professional work. Professional practice is more than technical application. Another important aspect is how *phronesis* can be expressed in medical education, and in this respect data from an ongoing study at the University of Tromsø, The Arctic University of Norway, is presented. The study program is being revised, and some of the students' perspectives on *phronesis* in medical education are reported and analysed. Future opportunities and challenges when including the concept of *phronesis* in designing education are discussed.

Keywords

medical education, forms of knowledge, *phronesis*, professional competence, students' perspectives

INNLEDNING

I artikkelen blir *fronesis*, eller praktisk klokskap, som kunnskapsform problematisert og diskutert før det blir vist til denne kunnskapsformens betydning for utvikling av profesjonalitet i legeutdanningen. Spørsmålet om hvorfor denne kunnskapsformen bør ha en sentral plass, utgjør et grunnleggende perspektiv i artikkelen. Videre pekes det på hvordan Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet (UiT) forsøker å operasjonalisere *fronesis* på profesjonsstudiet i medisin. I denne sammenhengen trekker artikkelen frem legestudenters refleksjoner om *fronesis* i legeutdanningen. Jeg argumenterer for at denne kunnskapsformen i større grad bør få en sentral plass i et fremtidig profesjonsstudium i medisin.

De forskningsspørsmålene som ligger til grunn for artikkelen, kan oppsummeres som følger: Hva kjennetegner *fronesis* som kunnskapsform? Hvorfor er *fronesis* viktig i legeutdanningen? Hvordan kan *fronesis* komme til uttrykk i undervisningen av legestudenter?

HVA KJENNETEGNER FRONESIS SOM KUNNSKAPSFORM?

Fronesis, praktisk klokskap, har fått mye oppmerksomhet i utdanningssammenheng, og særlig innenfor profesjonsutdanning i løpet av de siste årene. I forskningslitteraturen blir anvendelsen av denne kunnskapsformen beskrevet som en gjenoppdagelse, nytolkning og fornyelse, som for eksempel i antologien til Kinsella og Pitman (2012). Interessen for *fronesis* skyldes at dette er en kunnskapsform med konkret tilknytning til praksis. *Fronesis* har blitt et begrep som favner evnen til å overveie og beslutte seg for å utføre gode handlinger. Dette er viktig i enhver praksisutdanning. Vi skal i en kort historikk vende blikket mot begrepet *fronesis* slik det kommer til uttrykk hos Aristoteles (384–322 f. Kr.)

I introduksjonen til en engelsk utgave av Aristoteles' etiske hovedverk *Den nikomakiske etikk* beskriver Barnes (2004) Aristoteles som en av de mest innflytelsesrike moralfilosofene som vi i vår tid refererer til. I sentrum for den aristoteliske moralfilosofien står dydsbegrepet. Derfor kalles det også for dydsetikk. Ifølge Aristoteles er menneskelig dyd «den holdning som gjør mennesket godt, og som gjør at det utfører sin særegne oppgave vel» (Aristoteles, 1999, s. 71). For Aristoteles er det å være god og å realisere sitt potensial to sider av samme sak. Dette er også veien til lykke, som ifølge Aristoteles er livets mål.

Aristoteles lister opp en rekke moralske dyder som det er viktig å tilegne seg, mest kjent er mot, måtehold, vennlighet og rettferdighet. Tilegnelsen av de moralske dydene er forutsetningen for å kunne utvikle fronesis eller klokskap, som er en intellektuell dyd knyttet til praksis – den viser seg i godt utførte handlinger. Utgangspunktet for handlingen er overveielse og beslutning:

Derfor kan en beslutning ikke finne sted uten fornuft og tenkning eller uten moralsk holdning. For rett handling og det motsatte er ikke mulig uten tenkning og karakter. Tenkningen selv beveger imidlertid ingenting, men bare den som retter seg mot et mål og har med handling å gjøre (Aristoteles, 1999, s. 99).

Artikkelen bygger i stor grad på den amerikanske og internasjonalt anerkjente filosofen professor Martha Nussbaums (1997, 2000, 2001, 2010) tolkning av Aristoteles inn i vår tid. Nussbaum er en av våre fremste eksperter på dette feltet. Hun er opptatt av hvilken relevans antikkens filosofi har for dagens debatter på ulike samfunnsområder som for eksempel utdanning, politikk og etikk. I skandinavisk sammenheng har den svenske idéhistorikeren og pedagogen professor Bernt Gustavsson (2001, 2007) arbeidet innenfor samme tradisjon. Internasjonal utdanningsforskning bygger etter hvert på begreper fra denne klassiske tradisjonen, så også denne artikkelen.

I tillegg til fronesis regner Aristoteles også med to andre intellektuelle dyder, nemlig episteme og techne. De har fått bred omtale tidligere (Hovdenak, 2012; Hovdenak & Risør, 2015). Her skal det derfor bare kort nevnes at episteme angår vitenskapelig, objektiv og kontekstuavhengig kunnskap, i denne sammenhengen snakker vi om medisinsk teori. Techne viser seg i frembringelsen av konkrete produkter, og vil for eksempel handle om å ha utviklet spesielle ferdigheter i undersøkelsesmetodikk. Disse tre intellektuelle dydene markerer dermed tre ulike kunnskapsformer knyttet til viten (episteme), frembringelser (techne) og praksis (fronesis).

I et forsøk på ytterligere å klargjøre fronesis som kunnskapsform, vil det være fruktbart å se nærmere på en del av den faglitteraturen som diskuterer og problematiserer begrepet som ofte blir referert til som «phronesis», «prudence», «practical wisdom», eller på norsk «praktisk klokskap» (se for eksempel Aristoteles, 1999; Aristotle, 2004; Flyvbjerg, 2006; Gadamer, 1975; Gustavsson,

2001, 2007; Kinsella & Pitman, 2012; Nussbaum, 1997). Vi har også sett at forholdet mellom fronesis og de to andre kunnskapsformene, episteme og techne, har vært gjenstand for økende oppmerksomhet innen filosofi og utdanningsforskning (for eksempel Eikeland, 2008). Her skal det redegjøres nærmere for noen av de perspektivene som er kommet til uttrykk.

I boken *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions* (Kinsella & Pitman, 2012) diskuterer og problematiserer flere forskere fronesisbegrepet ut fra ulike perspektiver. Utgangspunktet for boken og dens forfattere er at bidragsyterne hevder at de over tid har registrert en økende grad av instrumentell tenkning relatert til profesjonell utdanning, profesjonell praksisutøvelse og politiske beslutninger. De argumenterer for at en instrumentell rasjonalitet i økende grad kommer til uttrykk i utdanningssystemet på ulike plan, nasjonalt og internasjonalt.

Med utgangspunkt i denne utviklingen uttrykker forskerne en viss uro relatert til hvilke implikasjoner en instrumentell rasjonalitet kan bidra med når det gjelder profesjonell utdanning, samtidig som de også etterlyser et mulig korrektiv til denne utviklingen. De leter etter «noe» viktig som kan fylle et tomrom i diskusjonen om profesjonell utdanning (Kinsella & Pitman, 2012). Det er i søken etter dette «noe» at flere forskere peker på Aristoteles' begrep om fronesis som et mulig redskap for utvikling av profesjonalitet, og som et motsvar til en økende grad av instrumentell rasjonalitet i utdanningssystemet. Begrepet fronesis kan derfor sies å være tatt i bruk igjen og videreutviklet i moderne tid som et motsvar til et instrumentelt syn på kunnskap og avhumanisering av kunnskapsbegrepet (Ellett, 2012; Frank, 2012; Hibbert, 2012; Sellman, 2012).

Eikeland (2008) problematiserer forholdet mellom episteme og fronesis og poengterer at fronesis ikke er en kunnskapsform som kan frikobles episteme. Fronesis handler om å vurdere den enkelte konkrete situasjonen ut fra faktiske forhold og etiske betraktninger der epistemiske kunnskaper også danner grunnlag for bedømmelsen. Videre presiserer Eikeland at fronesis som kunnskapsform stimulerer til analyser, refleksjon og fortolkninger om hva som vil være den beste løsningen. Han fremhever denne kunnskapsformens etiske perspektiv foran de andre kunnskapsformene.

Nussbaum (1997) har viet stor oppmerksomhet til de tre aristoteliske kunnskapsformene. Hun argumenterer for at episteme og techne ikke er tilstrekkelig som kunnskapsformer i utdanning. Fronesis, praktisk klokskap, er i Nussbaums tenkning en nødvendighet i det hun benevner som «cultivating humanity» i ulike utdanninger. Hennes argument er at i profesjonsutdanninger som handler om mellommenneskelige relasjoner, er fronesis som kunnskapsform av grunnleggende betydning. En god profesjonell bedømmelse inkluderer komplekse interaksjoner mellom det generelle og det partikulære. Her må ulike betraktninger veies opp mot hverandre for å definere hva som vil være en god handling i en gitt situasjon.

Gustavsson (2001, 2007) benevner fronesis som praktisk klokskap. Denne kunnskapsformen handler om å møte livets konkrete og komplekse situasjoner med lydhørhet, følsomhet og en åpenhet mot de muligheter som finnes. Både fronesis og techne er praktiske kunnskapsformer som knytter seg til menneskelige handlinger. Fronesis knyttes til menneskets etiske og politiske liv, mens techne knyttes til produksjon og resultater. Fronesis knyttes til handling som praxis, techne knyttes til handling som poiesis.

Flyvbjerg (2006) er opptatt av de aristoteliske kunnskapsformene og vier fronesis spesiell oppmerksomhet. Han sier følgende:

Phronesis er den intellektuelle aktivitet, som er relevant i forhold til *praxis*. Den fokuserer på det, der er variabelt. Det, som ikke kan fanges i universelle regler. Den forudsætter vekselvirkning mellom det generelle og det konkrete og kræver overvejelse, skøn og valg. Mere end noget andet kræver *phronesis* erfaring (Flyvbjerg, 2006, s. 73.)

Flyvbjerg argumenterer for at det i vår tid mer enn noensinne er behov for verdirasjonalitet som en balansering av, og et supplement til middelrasjonalitet. Det er i denne diskursen fronesis blir et viktig bidrag.

Fronesis som kunnskapsform spiller også en viktig rolle innenfor hermeneutisk tenkning der etiske betraktninger inngår som en vesentlig del:

Although practicing this virtue means that one distinguishes what should be done from what should not, it is not simply practical shrewdness and general cleverness. The distinction between what should and should not be done includes the distinction between the proper and the improper and thus presupposes a moral attitude, which it continues to develop (Gadamer, 1975, s. 22).

Formidlingen fra det universelle til det partikulære er basis for fronesisk tenkning. Kunnskap må settes inn i både et etisk og politisk perspektiv som gir rom for kritisk tenkning i den aktuelle situasjonen. Enhver ny situasjon krever en ny overveielse som tar utgangspunkt i tidligere handlinger. Denne forståelsen av fronesis synes det å være bred enighet om i faglitteraturen (for eksempel Birmingham, 2004; Montgomery, 2006; Ellett, 2012; Frank, 2012; Hibbert, 2012).

I antologien av Kinsella og Pitman (2012) blir det presisert at de forskjellige forfatternes respons på fronesisbegrepet åpner opp for flere tolkninger. Det er derfor viktig å understreke enda en gang at dagens forskning om fronesis som kunnskapsform åpner for nye fortolkninger, forståelser og anvendelser som er utviklet og tilpasset vår tid.

Anvendelsen av fronesis som egen kunnskapsform bidrar til en dypere og mer analytisk differensiert forståelse av kunnskapsbegrepet som for øvrig kan sies å fremstå som et altomfattende og ullent begrep i norsk utdanningsforskning (Erstad og Hovdenak, 2010).

Gjennomgangen av relevant faglitteratur om fronesis som kunnskapsform, viser at forskerne i hovedsak deler forståelsen av denne kunnskapsformens innhold og anvendelse, der noen aspekter blir gjenkjent og gjentas: Fronesis er et motsvar til en stadig økende instrumentell rasjonalitet som kommer til uttrykk i utdanningssystemet. Denne kunnskapsformen utvikles i et samspill mellom erfaring og refleksjon. Fronesis kan ikke ses isolert fra de to andre aristoteliske kunnskapsformene. Ethiske implikasjoner spiller en viktig rolle når handling skal iverksettes. Fronesis som kunnskapsform er sentral i profesjonsutdanninger som handler om mellommenneskelige relasjoner.

Et fundamentalt spørsmål er hvorfor fronesis kan være et konstruktivt begrep i utviklingen av fremtidens legeutdanning.

HVORFOR ER FRONESIS SOM KUNNSKAPSFORM VIKTIG I LEGEUTDANNINGEN?

I boken *Medical Education. Past, Present and Future. Handing on Learning* argumenterer Calman (2006) for utdanningens grunnleggende betydning for å utdanne og å utvikle gode leger (cultivating a good doctor). Han anvender begrepet kompetanse i flere av sine betraktninger rundt det å være en dyktig lege, og spør hvordan vi kan måle kompetanse. Svaret er som følger: «Competence is measured by the ability to put into practice the knowledge, skills and attitudes which have been learned and understood. It is this integration in practice which is the crucial part, not simply the acquisition of knowledge and skills» (Calman, 2006, s. 401.) I Calmans definisjon av kompetanse gjenkjenner vi de tre aristoteliske kunnskapsformene episteme, techne og fronesis. Vi ser også at det er integrasjonen av de ulike kunnskapsformene i praksisfeltet som blir sett på som helt avgjørende for legens kompetanse. I denne tenkningen blir utøvelsen av profesjonalitet relatert til den konkrete situasjonen mellom lege og pasient der det forventes at legen skal handle. Calman presiserer betydningen av integrasjonen mellom kunnskapsformene i møtet mellom lege og pasient idet han sier at det ikke er ervervelsen av kunnskaper og ferdigheter i seg selv som er avgjørende, men anvendelsen av dem i et konkret tilfelle. Vi ser at i denne situasjonen blir legens holdninger og etiske kompetanse, fronesis, integrert med episteme og techne. Dette er en kontinuerlig prosess i praktiseringen av medisin, og det er en viktig karakteristikk av medisinsk profesjonalitet. «Doctors need to continue to search for new 'paths' to find better ways of healing and delivering care» (Calman, 2006, s. 488).

Den etiske dimensjonen blir tillagt stor vekt i Calmans betraktninger om legeutdanning der faren for teknisk utøvelse (technical training) kan komme til å overskygge en utdanning som også har rom for etiske problemstillinger. Han frykter for en utvikling der studentene fylles med faktakunnskaper, og der det er liten tid til å reflektere og gå i dybden på den kunnskapen som presenteres, samt å sette den inn i meningsfulle sammenhenger. Budskapet er klart: Klinisk undervisning er og blir viktig i legeutdanningen. Det er i denne undervisnings-

konteksten studentene i særlig grad kan bli oppmuntret til refleksjon, problemløsning og det å forholde seg til kompliserte og vanskelige spørsmål. Calman anvender begrepet «wisdom», riktignok uten å referere til begrepet fronesis. Han sier følgende:

Wisdom is the ability to look at a problem – a complex and uncertain one – and to come to a judgment on the appropriate course of action. It is not easy and takes experience and a long practice, but it is an essential part of being a doctor. It takes the doctor into theories of complexity and the management of very difficult problems, and combines the need for detailed knowledge with a broader holism about the patient and the community (Calman, 2006, s. 471).

Calman konkluderer i boken med at forskning om hva som kjennetegner god legeutdanning er nødvendig og bør oppmuntres. Han sier videre: «Ethical issues will remain of crucial importance as will experience, wisdom and judgment» (Calman, 2006, s. 504). I bokens argumentasjon og budskap gjenkjenner vi teorien om ulike kunnskapsformers betydning, og samspillet mellom dem for utvikling av profesjonalitet i legeutdanningen. Vi ser at fronesis som kunnskapsform får stor oppmerksomhet i argumentasjonen uten at begrepet blir anvendt direkte.

Montgomery (2006) er i boken *How Doctors Think* opptatt av at medisin bør forstås som en form for praksis der omsorg for pasienten er i fokus: «The widespread misdescription of medicine as a science and the failure to appreciate its chief virtue, clinical judgment or phronesis, amount to a visual field defect in the understanding of medicine» (Montgomery, 2006, s. 5). Hun argumenterer for at medisin ikke er en ren vitenskapelig disiplin, men at medisin som praktisk utøvelse relateres til vitenskapelig kunnskap. Hennes perspektiv er at leger ofte arbeider i situasjoner som kjennetegnes av usikkerhet. Det er i denne sammenhengen fronesis blir operasjonalisert som en grunnleggende kunnskapsform i legeutdanningen, beskrevet som «the flexible, interpretive capacity that enables moral reasoners (...) to determine the best action to take when knowledge depends on circumstance» (s. 5).

Montgomery argumenterer for at fronesis bør innta en sterk posisjon i utdanningen av leger: «In medicine, morality and clinical practice require phronesis, the practical rationality that characterizes both a reliable moral agent and a physician» (s. 41). Og hun fortsetter sin argumentasjon med at: «(...) medical education is necessarily a moral education, for it is training to choose what is best to do in the world of action. Its goal is the cultivation of phronesis, the practical reason essential to clinical judgment» (s. 41). Hun hevder at i omsorgen for den enkelte pasient er absolutte svar uoppnåelige, og at bare episteme som kunnskapsform derfor ikke er tilfredsstillende innenfor medisin fordi fagområdet kjennetegnes av fortolkninger og usikkerhet i kliniske bedømmelser. Legen må derfor både forholde seg til episteme og fronesis når kliniske avgjørelser skal tas. Med referanse til Aristoteles beskriver også Montgomery, i lik-

het med de andre forskerne som det refereres til i artikkelen, erfaringens betydning i utviklingen av fronesis. En hovedmålsetting må være å bidra til utdanning av leger som utvikler god klinisk bedømmelse. I denne sammenhengen blir oppmerksomheten også rettet mot begrepet «phronesiology» som kontrast til «epistemology» for å beskrive den praktiske rasjonaliteten som kommer til uttrykk i konkrete situasjoner der legen arbeider med å finne gode løsninger for sin pasient.

Hibbert (2012) argumenterer for nødvendigheten av å utvikle fronesis som kunnskapsform i legeutdanningen av hensyn til legens profesjonalitet og ansvarlighet, og for å unngå at en instrumentell rasjonalitet skal dominere i kliniske bedømmelser. Hun er opptatt av å skape forståelse for at diversitet i læringspotensial forekommer på alle nivåer, også blant legestudenter. For å stimulere til gode læringssituasjoner må det også legges til rette for gode refleksjonsstunder. Slike rammer er vesentlige for oppøvelsen av fronesis, og bidrar til en mer systematisk undervisning og læring av denne kunnskapsformen.

Hibbert hevder at i profesjonell utøving generelt, der medisin ikke er noe unntak, har den dominante diskursen i lang tid vært preget av tekniske og vitenskapelige tilnærminger der spesielt leger blir trenet i å ta høyde for maksimal sikkerhet, og der effektivitet, tekniske ferdigheter og målbare resultater blir høyt belønnet. Denne typen instrumentell rasjonalitet har imidlertid sine begrensninger. Nettopp fordi denne rasjonaliteten har vært den dominante i legeutdanningen, blir problemet desto større når den nyutdannede legen møter praksisfeltet og opplever at den kliniske bedømmelsen også blir preget av usikkerhet i den totale omsorgen for pasienten: «The capacity to understand precisely *which* action is best suited to a particular situation draws on the notion of phronetic action» (Hibbert, 2012, s. 66.) Denne refleksive dimensjonen betraktes som grunnleggende, og er et aspekt som kommer klart til uttrykk også hos Kinsella (2012, s. 37) som sier: «Whatever else phronesis might be, we can safely say that it involves reflection.»

Refleksjonens betydning blir også understreket av Frank (2012), som sier at refleksiv praksis starter med å stille spørsmål. Det er når man stiller spørsmål ved den daglige rutinen at refleksjonsprosesser kan starte. «In these reflective moments, the subject of action and the object of action are linked; not quite merged, but fully dependent on each other» (Frank, 2012, s. 54). Frank refererer til Sokrates som avbrøt folk og ba dem tenke over det de tok for gitt. Han spør hvilke spørsmål helsearbeidere stiller seg hvis de ønsker å praktisere fronesis som kunnskapsform. Refleksjon i en fokusert og anvendt form innenfor medisin kan kjennetegnes ved at man stiller spørsmål ved hvilke krav som er relevante i ethvert møte mellom lege og pasient, for deretter å spørre hvilke krav som bør ha prioritet i denne spesielle konsultasjonen. Gjennom slike prosesser er håpet at en form for praktisk klokskap kan utvikles som en veiledende kraft. «The name that is increasingly given to that practical wisdom is Aristotle's term, *phronesis*» (Frank, 2012, s. 57.)

Sellman (2012) sier at fronesis har en helt spesiell posisjon i profesjonelt liv, og også han peker på denne kunnskapsformen som et alternativ til en teknisk rasjonalitet. Fronesis består både av en kognitiv og en emosjonell dimensjon. Sellman anvender begrepet «professional phronesis» for å skille mellom novisen og eksperten. Han knytter «professional phronesis» til den kompetente praksisutøver, og beskriver personen som følger: «(...) rather, the competent practitioner aspires toward the Aristotelian ideal of doing the right thing to the right person at the right time in the right way and for the right reason» (Sellman, 2012, s. 127). Her er en klar advarsel mot utviklingen av tekniske ferdigheter på bekostning av fronesis. Også Pitman (2012) anvender begrepet fronesisk profesjonalitet, og understreker betydningen av fronesis i profesjonell utdanning. Han sier: «If the educators of professionals fail to motivate their students toward a phronetic professional life, they will fail not only the profession but all in society it professes to serve» (Pitman, 2012, s. 145.)

Vågan (2009) har undersøkt hvordan legestudenter konstruerer sin profesjonelle identitet ved hjelp av kliniske erfaringer tidlig i studieforløpet. Han konkluderer blant annet med å peke på nødvendigheten av at lærerne stimulerer studentene til å reflektere over erfaringer fra egen praksis, og at lærerne hjelper dem til større grad av bevisstgjøring ved å diskutere nærmere kompleksiteten knyttet til medisinske konsultasjoner. Vågan (2009, s. 59) sier: «The findings (...) indicate that without such possibilities of articulation students are left on their own to reflect and make sense of the medical and interactional challenges faced in education». I sin studie anvender ikke Vågan et begrepsapparat hentet fra forskning om fronesis, men vi ser likevel klare forbindelseslinjer mellom hans analyse og argumentasjon og tenkningen som fronesisforskningen bygger på.

I legeutdanningen handler fronesis om refleksjon over bedømmelse av komplekse situasjoner i praksisfeltet hvor man deretter handler ut fra det som blir vurdert som den beste løsning i den aktuelle konteksten. I denne prosessen blir den generelle epistemiske kunnskapen relatert til en partikulær situasjon og vurdert ut fra det.

Spørsmålet videre er hvordan man kan legge til rette for at fronesis som kunnskapsform blir ivaretatt i legeutdanningen.

HVORDAN KAN FRONESIS SOM KUNNSKAPSFORM KOMME TIL UTTRYKK I LEGEUTDANNINGEN?

For å diskutere ovennevnte spørsmål, rettes oppmerksomheten mot profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet (UiT) der en revidert studieplan er under implementering. Vi har i et tidligere arbeid funnet at fronesis som kunnskapsform har styrket sin posisjon i den reviderte studieplanen sammenlignet med den forrige. En viktig begrunnelse er at den nye studieplanens innhold og struktur ivaretar og muliggjør en fronesisk kunnskapsform (Hovdenak & Risør, 2015). Studien som relateres til et

studentperspektiv viser, som vi skal se, at opplevelsen av fronesis som kunnskapsform kommer til uttrykk på ulike læringsarenaer og i ulike undervisningssituasjoner.

Før presentasjon og diskusjon av sentrale funn, skal det kort redegjøres for anvendt metode i datainnsamlingen av dette empiriske materialet.

Metodisk tilnærming

Studentperspektivet som her presenteres, bygger i hovedsak på individuelle intervjuer av to forskjellige studentkull, 2011- og 2012-kullet, der sistnevnte følger ny studieplan. I et par tilfeller har det vært gjennomført gruppeintervju bestående av to personer. 20 studenter fra hvert kull er intervjuet, 12 kvinner og 8 menn som gjenspeiler kjønnsfordelingen i kullene. Intervjuene har vart i 45–60 minutter. En semistrukturert intervjuguide har vært benyttet. Samtlige intervjuer er blitt ordrett transkribert. Tekstene er tematisk kategorisert og kodet, og både deduktiv og induktiv koding har vært benyttet. Analyse og fortolkning har tatt utgangspunkt i samspill og integrasjon mellom teoretiske begreper og empiri. Funnene fra de to studentkullene er blitt sammenlignet. Datainnsamlingen har foregått i tre omganger fra studieåret 2012/2013 til våren 2015.

Sentrale funn

Analysen viser at fronesis som kunnskapsform har en sterk posisjon blant studentene. De understreker betydningen av samspillet mellom de ulike kunnskapsformene episteme, techne og fronesis, samtidig som de i særlig grad poengterer den refleksive, kommunikative og etiske dimensjonen som er ivaretatt gjennom den nye studieplanen. I de tre årene den reviderte studieplanen har vært i bruk, har studentene uttrykt at de ser på praktisk klokskap som en kunnskapsform det er særdeles viktig å utvikle. De opplever at dette perspektivet er ivaretatt. Det er langs fronesisdimensjonen vi finner en av de største forskjellene mellom den tidligere og den reviderte studieplanen. Datamaterialet viser at studentene som følger den tidligere planen ikke opplever at den etiske dimensjonen blir tilstrekkelig godt ivaretatt i undervisningen. I den grad det etiske perspektivet er ivaretatt, blir det opp til den enkelte legelærer å fokusere denne dimensjonen. Etikkundervisningen er ikke obligatorisk, med det resultat at svært få møter. Dette har kunnet skje fordi den tidligere studieplanen som disse studentene følger, mangler en overordnet struktur som rammer inn viktige aspekter som burde være forpliktende. I denne studieplanen som fases ut om to år, er undervisningens innhold i stor grad blitt definert av den enkelte legelærer (Hovdenak & Risør, 2015).

Videre i denne empiriske presentasjonen skiller vi mellom de ulike læringsarenaene som studentene møter. Vi snakker om forelesninger i auditoriet, seminarundervisning med caseoppgaver som gruppearbeid, obligatorisk profkom-gruppe (profesjonell kompetanse), og praktisk klinisk undervisning (PKU) på

avdelinger og poliklinikk, legevakt og legekantor. Vi skal se nærmere på hvordan studentene opplever undervisningen på noen av disse ulike læringsarenaene, og i hvilken grad fronesis som kunnskapsform blir ivaretatt. Det er studentenes opplevelser av den reviderte studieplanen som utgjør det empiriske grunnlaget.

Auditoriet, forelesningen og fronesis

Alle studentene som er intervjuet går på forelesningene. På denne læringsarenaen er det episteme som kunnskapsform som hovedsakelig er fokusert, noe som også er forventet av studentene. Kvaliteten kan riktignok variere noe. Et av aspektene som imidlertid kjennetegner den gode forelesningen, er at foreleseren stimulerer til meningsfull læring i den betydning at studentene ser relevansen av medisinsk teori. Det skjer for eksempel når læreren eksemplifiserer ved hjelp av egne erfaringer og opplevelser. Slike eksempler fungerer motiverende, og stimulerer til refleksjon blant studentene. Disse lærerne blir fremhevet som dyktige forelesere. Her blir medisinsk teori kontekstualisert til praksisfeltet. I denne situasjonen der den generelle epistemiske kunnskapsformen har forrang, blir det likevel gjort forsøk på å transformere kunnskapen til en spesiell kontekst som krever refleksjon. Studentene opplever samspillet og diskusjonen rundt ulike kunnskapsformers anvendelse som en motiverende læringssituasjon der de stimuleres til å forstå den generelle kunnskapen anvendt i forhold til en spesifikk sykdomshistorie. De fleste legelærere er i besittelse av viktige erfaringer fra sin legepraksis som unge legestudenter gjerne lar seg innvie i. En slik læringsprosess krever bevissthet fra lærerne om ulike kunnskapsformers betydning og samspillet mellom dem.

Seminargrupper, case og fronesis

Caseundervisning i seminargrupper er en annen undervisningsform som vektlegges i den reviderte studieplanen. Den gode undervisningssituasjonen, sett fra et studentperspektiv, er kjennetegnet av god sammenheng mellom auditoriets forelesning og seminargruppens casebaserte undervisning. I arbeidet med casene opplever studentene at den casebaserte seminargruppeundervisningen fører dem enda et steg nærmere en fronesisk tenkemåte. I denne situasjonen skal gruppen diskutere seg frem til en løsning som er til det beste for pasienten. Det betyr at de ulike kunnskapsformene settes i spill. Den reviderte studieplanen har en struktur som forutsetter en videreføring og bearbeiding av den epistemiske individuelle kunnskapen som er ervervet i forelesningen. Første steg i denne prosessen er seminargruppene der det forventes at hver deltaker kommer med innspill i en kollektiv læringsprosess som bringer studentene videre. Samtlige studenter i undersøkelsen sier at de alltid kommer forberedt til seminargruppene. I prosessen med å utvikle sin profesjonalitet der fronesis som kunnskapsform er grunnleggende viktig, blir seminarformen det nivået der studenten gjør sitt første stopp for å kontekstualisere den generelle epistemiske kunnskapen. Denne systematiske undervisningen i seminargruppene er en annen viktig forskjell mellom de to kullene som deltar i evalueringen. Følgende utsagn representerer studentperspektivet:

Jeg synes det har vært greit å lære ting. Først å få det forelest, så å lese på egen hånd og så ta det opp og diskutere i casegruppa.

Praksisfeltet og fronesis

Praksisfeltet som læringsarena er sammensatt av flere arenaer som samlet utgjør det som her betegnes som praksisfeltet. Vi snakker om observasjonspraksis på legekontor, om PKU på sykehuset, om legevaktpraksis, og om profkom. Vi begynner med sistnevnte.

Den kommunikative og etiske dimensjonen har fått en sentral posisjon i den nye studieplanen. Her er det opprettet langsgående obligatoriske basisgrupper bestående av rundt 8 studenter. Disse basisgruppene har fått betegnelsen profkom. Gruppene, som er stabile gjennom hele studietiden, blir ledet av to mentorer som begge er leger. De to første årene besto undervisningen hovedsakelig av videoopptak av rollespill relatert til definerte problemstillinger som ble diskutert i samlet gruppe. Ut fra studentevalueringen etter tredjeåret er det nå viktig å unngå at denne formen blir for dominerende i fortsettelsen. Studentene er fornøyd med, og ser relevansen av profkom, men flere peker på at det bør være mulighet for at gruppen sammen med sine mentorer i større grad får definere innholdet i basisgruppene ut fra ønsker og behov der etiske problemstillinger er overordnet. Evalueringen etter tredjeåret viser at flere grupper forholder seg fleksibelt til basisgruppens innhold i den forstand at det er mulig å diskutere aktuelle problemstillinger, inkludert studentenes erfaringer i møte med pasienter. Her er noen representative studentuttalelser:

Basisgruppene og profkom har fungert godt, synes jeg. Kommunikasjon er viktig. De beste legene jeg har vært borti er de som kan snakke med pasientene så de forstår.

Man fikk veldig mye ut av de to første årene, og det var veldig bra. Men nå synes jeg profkom har stagnert litt. Jeg savner litt det å diskutere de etiske dilemmaene som kommer fram i hverdagen. Siste gangen gjorde vi det, og da var det bra.

De siste gangene har vi ikke sett like mange filmer. Vi har diskutert mer problemstillinger rundt pasienten og ting som vi har tenkt på.

Når det gjelder PKU og studentenes opplevelse av god undervisning, er spørsmålet hovedsakelig om undervisningen foregår med eller uten pasient. Dette er et absolutt avgjørende punkt, og det skal sies at de fleste PKU-ene er med pasienter. I disse læringssituasjonene ligger det til rette for en fronesisk tilnærming, men som flere av studentene påpeker, vil det avhenge av den enkelte lærer i hvilken grad vedkommende trekker inn en fronesisk kunnskapsdimensjon. Hvis ikke bevisstheten om fronesis som kunnskapsform er til stede, kan denne undervisningen like gjerne ende opp som det vi har sett Calman (2006) benevner som «technical training» i stedet for «medical education», der en instrumentell tilnærming forstått som en enkel mål-middel-tenkning, poiesis som handling, kommer til uttrykk. Dette er en utfordring som bør få større opp-

merksomhet i den videre implementeringen av studieplanen. Studentuttalelsen som følger viser til betydningen av «medical education»:

PKU har stort sett fungert veldig bra. Det er noen ganger det ikke har vært så bra. (...) Vi har snakket med pasientene og så har vi undersøkt. Så har vi samlet oss igjen etterpå og gått gjennom kasusene og diskutert hva som feiler dem og behandling og alt sånn der.

Studieåret 2014/2015 er første gangen studentene har praksis på legevakta. Dette gjelder for begge kullene, 2011 og 2012. Tiltaket har vært en suksess slik studentene har opplevd situasjonen. I denne praksisen har studentene vært sammen to og to med en erfaren lege som mentor og «backup». Når dette tiltaket har fått så god mottakelse, kan det forstås i sammenheng med at studentene er plassert som ansvarlige i en autentisk situasjon der de må aktivere hele sitt kunnskapsgrunnlag. Dette er en situasjon der de tre aristoteliske kunnskapsformene blir integrert. Studenten må kunne en del medisinsk teori, hun må kunne undersøkelsesmetodikk og sist, men ikke minst, må vedkommende være i stand til å kommunisere med pasienten, reflektere ut fra pasientens ståsted og behov for så å handle. Studentene må være i stand til å etablere en helhetsforståelse. I disse konsultasjonene opplevde studentene at de ulike kunnskapsformene ble integrert. Et viktig poeng er at studentene som umiddelbar oppfølging av konsultasjonen, hadde en samtale med sin mentor og medstudent der de drøftet og reflekterte over hele hendelsesforløpet. Denne reflekterende gjennomgangen kombinert med en diskuterende og problematiserende tilbakemelding har vært særdeles viktig for studentene. I intervjuene fremhever samtlige studenter at de opplever at i disse læringssituasjonene blir fronesis, praktisk klokskap, løftet frem:

Legevakta synes jeg er veldig bra. Her får man muligheten til å prøve seg selvstendig, og det tror jeg er veldig bra for å modnes innenfor yrket. Og så har man noen å diskutere med.

Legevakta, nei, det må vi bare skryte av, det var fantastisk. Det er kanskje der jeg har lært mest. Det var en bratt læringskurve. Også fikk jeg tilbakemelding, ikke kjeft akkurat, men kritikk. Og vi kunne diskutere.

Okay, der var pasienten, og så fikk du prøve deg skikkelig. Og så satt egentlig bare legen og medstudent og så på. Og så fikk man hjelp underveis hvis man trengte det. Man fikk gode tilbakemeldinger etterpå, og vi diskuterte. Så dette var veldig, veldig bra.

Fronesis er ikke en kunnskapsform man kan «lese seg til». Vi har sett at fronesis som kunnskapsform ikke kan forstås isolert. Det er en kunnskapsform som må samspille med episteme og techne for å lykkes, og som bidrar med en grunnleggende viktig dimensjon når vi snakker om utvikling av profesjonalitet. Videre er fronesis en kunnskapsform som i stor grad bygger på erfaring og refleksjon.

Det er viktig å presisere at studentene fra begge kullene, 2011 og 2012, legger stor vekt på den etiske, kommunikative og mellommenneskelige dimensjonen i lege-pasient-forholdet, samtidig som de også presiserer nødvendigheten av solide medisinskfaglige kunnskaper.

Så langt har evalueringen vist at Det helsevitenskapelige fakultet er på rett vei og har lagt opp til et utdanningsløp som gjør det mulig å ivareta og stimulere til utvikling av en profesjonalitet der fronesis som kunnskapsform får en grunnleggende posisjon. Her er imidlertid et forbedrings- og utviklingspotensial som først og fremst handler om å skape større bevissthet hos den enkelte lærer om betydningen av fronesis som kunnskapsform i profesjonsutdanningen.

OPPSUMMERING

Vi har sett at i internasjonal litteratur er det en økende interesse for fronesis, eller praktisk klokskap, som kunnskapsform i utviklingen av profesjonalitet.

I artikkelen har fronesis blitt diskutert og relatert til dagens profesjonsutdanning i medisin. Et sentralt spørsmål som har blitt belyst, er hvorfor denne kunnskapsformen bør ha en viktig posisjon i legeutdanningen. Videre i artikkelen har vi spurt hvordan fronesis kan komme til uttrykk. Dette spørsmålet er besvart ved å vise til evalueringen av revidert studieplan for profesjonsstudiet i medisin ved UiT. Her har Det helsevitenskapelige fakultet lagt opp til et utdanningsløp der det er mulig å ivareta og å stimulere til utvikling av fronesis i et annet omfang enn tidligere gjennom studieplanens struktur og innhold. Imidlertid er det både et forbedrings- og utviklingspotensial her som i første omgang handler om å skape bevissthet om fronesis som kunnskapsform blant aktørene i profesjonsutdanningen i medisin.

Så langt viser evalueringen at fakultetet er på rett vei i revisjonen av studieplanen. Det er ikke lenger fritt frem for den privatpraktiserende legelærer å definere innholdet etter som det passer. Etter tre år med revidert studieplan er konklusjonen, begrunnet ut fra studentkullenes evalueringer og den nye studieplanens struktur, at fronesis som kunnskapsform har styrket sin posisjon i profesjonsutdanningen. Utfordringen videre er å stimulere og videreutvikle praktisk klokskap ved hjelp av en systematisk, bevisst og tilpasset opplæring blant dagens legestudenter og morgendagens leger.

LITTERATUR

- Aristotle (2004). *The Nicomachean Ethics*. London: Penguin Classics.
- Aristoteles (1999). *Etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barnes, J. (2004). Introduction. I Aristotle, *The Nicomachean Ethics*. London: Penguin Classics.
- Birmingham, C. (2004). Phronesis. A model for pedagogical reflection. *Journal of Teacher Education*, 55(4), 313–324.

- Calman, K. C. (2006). *Medical Education. Past, Present and Future. Handing on Learning*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Eikeland, O. (2008). *The Ways of Aristotle. Aristotelian phrónêsis, Aristotelian philosophy of dialogue, and action research*. Bern: Peter Lang.
- Ellett, F. S. jr. (2012). Practical rationality and a recovery of Aristotle's «phronesis» for the professions. I E. A. Kinsella & A. Pitman, (Red.), *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions* (13–33). Boston: SensePublishers.
- Erstad, O., & Hovdenak, S. S. (2010). Kunnskap på dagsorden. I S. S. Hovdenak & O. Erstad, (red.), *Kunnskap i skolen* (9–16). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Flyvbjerg, B. (2006). *Rationalitet og magt. Det konkrete videnskap*. København: Akademisk Forlag.
- Frank, A. W. (2012). Reflective health care practice. Claims, Phronesis and Dialogue. I E. A. Kinsella & A. Pitman (red.), *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions* (s. 53–60). Boston: SensePublishers.
- Gadamer, H.-G. (1975). *Truth and Method*. London: Shed & Ward Stagbooks.
- Gustavsson, B. (2001). *Vidensfilosofi*. Århus: Klim.
- Gustavsson, B. (2007). Bildning som tolkning och förståelse. I B. Gustavsson (red.), *Bildningens Förvandlingar* (s. 71–86). Göteborg: Daidalos.
- Hibbert, K. (2012). Cultivating Capacity: Phronesis, Learning and Diversity in Professional Education. I E. A. Kinsella & A. Pitman (Red.), *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions* (s. 61–71). Boston: SensePublishers.
- Hovdenak, S. S. (2012). Kunnskap og danning i skolen. Om relasjonen mellom ulike kunnskapsformer. I A. G. Eikseth, C. F. Dons, & N. Garm (Red.), *Utdanning mellom styring og danning. Et nordisk panorama* (s. 47–62). Trondheim: Akademika forlag.
- Hovdenak, S. S., & Risør, T. (2015). Profesjonalitet i legeutdanningen: Om kunnskapskoder, praktiske synteser og koherens. En analyse av studieplanen for profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet. *UNIPED*, 3, 213–228.
- Kinsella, E.A. (2012). Practitioner reflection and judgement as phronesis: A continuum of reflection and considerations as phronetic judgement. I E. A. Kinsella & A. Pitman (Red.), *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions*. (35–52). Boston: SensePublishers.
- Kinsella, E. A. & Pitman, A. (red.) (2012). *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions*. Boston: SensePublishers.
- Montgomery, K. (2006). *How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Nussbaum, M. C. (1997). *Cultivating humanity: A classical defence of reform in liberal education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nussbaum, M. C. (2000). *Känslans skärpa tankens inlevelse. Essäer om etik och politik*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- Nussbaum, M. C. (2001). *Upheavals of Thought. The Intelligence of Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nussbaum, M. C. (2010). *Not for Profit. Why Democracy Needs the Humanities*. New Jersey: Princeton University Press.
- Pitman, A. (2012). Professionalism and professionalization: Hostile ground for growing phronesis? I E. A. Kinsella & A. Pitman (Red.), *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions* (s. 131–146). Boston: SensePublishers.
- Sellman, D. (2012). Reclaiming Competence for Professional Phronesis. I E. A. Kinsella & A. Pitman (Red.), *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions* (115–130). Boston: SensePublishers.
- Stigen, A. (1999). Innledning. I Aristoteles, *Etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vågan, A. (2009). *Physicians in the making*. Avhandling for graden Ph.d. Senter for profesjonsstudier. Oslo: Høgskolen i Oslo.

OS 9/18 Orientering om utfordringer med å skaffe praksisplasser for 5. årspraksis v/ May- Lill Johansen /

SAKSFRAMLEGG

Til:
Programstyret for medisin

Møtedato:
13.06.2018

Sak:
23/18

Sak PM Nasjonal delprøve som avsluttende eksamen fra 2020

Innstilling til vedtak:

1. Programstyret for medisin støtter oppfordringen fra nasjonalt fakultetsmøte i medisin og anbefaling fra Studieplanutvalget for medisin og vedtar at nasjonal delprøve omgjøres til eksamen fra 2020.
2. Programstyret for medisin godkjenner at nasjonal delprøve blir et arbeidskrav i 2019.

Begrunnelse:

Dekanmøtet går inn for å gjøre nasjonal delprøve til nasjonal, skriftlig eksamen for medisin fra 2020.

Da vil alle fag være representert. I 2019 vil det kjøres pilot hvor nasjonal delprøve inneholder alle fag, og består av 240 MCQ spørsmål som skal besvares på 2x3 timer. I 2019 vil nasjonal delprøve være plassert i mars/april, men når man gjør den til eksamen vil den bli plassert i mai/juni.

Studieplanutvalget behandlet saken i møte 6.juni (SPU 23-18) og vedtok:

SPU støtter dekanmøtets vedtak om å gjøre nasjonal delprøve om til eksamen i 2020, og vil starte arbeidet med utredning av hvilke konsekvenser dette får for plassering av muntlig eksamen. SPU vil råde medlemmene fra dagens eksamenskommisjon til å melde sin interesse for å delta i fagkomiteer i nasjonal delprøve for neste år. SPU går inn for at nasjonal delprøve blir et arbeidskrav for 2019.

Gunnar Leivseth
Leder for Programstyret for medisin /
Instituttleder IKM—

Katrine Wennevold
Leder av SPU / Studieplansjef

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur

SAKSFRAMLEGG

Til:
Programstyret for medisin

Møtedato:
13.06.2018

Sak:
24/18

Samarbeid med NTNU om FVO- databasen

Innstilling til vedtak:

Programstyret medisin går inn for å videreføre avtalen med NTNU om bruk av FVO- databasen i 3 år som i vedlagte kontrakt.

Begrunnelse:

I 2016 signerte UIT en kontrakt med NTNU om samarbeid rundt flervalgsoppgaver i felles database. UiT betaler en 25 % stilling og det går til programmerere som skal programmere UiT sin egen database for FVO- oppgaver og med mulighet til å kopiere mellom databaser. Denne kontrakten hadde varighet på 2 år, og går ut sommeren 2018.

I Tromsø har man i løpet av det siste året fått til en databehandleravtale for utveksling av brukere mellom NTNU og UiT, og selve databasen med lokale kategorier har blitt opprettet. Det ligger nå til rette for en storstilt bruk av databasen for alle undervisere. Fordelen med bruk av denne databasen er at alle eksamensoppgaver kan skrives rett inn i databasen, og eksamenskommisjonene kan kommentere på hverandre sine oppgaver inni selve databasen. Man unngår dermed at eksamensoppgaver sendes rundt på e-post mellom medlemmer av eksamenskommisjonene. Denne funksjonaliteten finnes ikke i UiT sitt eksamenssystem Wiseflow. Det er tidligere vedtatt økt andel av flervalgsoppgaver ved skriftlige kunnskapstester ved UiT, og lagring av oppgaver i FVO databasen er ønskelig.

NTNU bruker denne databasen som lagringsplass for alle flervalgsoppgaver. UiB har også tatt i bruk databasen, og UiO er på trappene. Nasjonal delprøve bruker også denne databasen til å opprette oppgaver, kommentere på hverandre sine oppgaver og til å lagre oppgaver. Alle undervisere får en startbonus i banken på 10 spørsmål. Det betyr at de får gratis 10 spørsmål etter eget valg som de kan hente fra de øvrige deltakerinstitusjonene sine databaser. Deretter må man betale med spørsmål. Per spørsmål man selv lager og som har blitt brukt på en eksamen kan man få ett tilbake.

Det er planlagt opplæring i bruk av databasen og i skriving av flervalgsoppgaver i regi av studieplansjefen høsten 2018.

Denne avtalen koster om lag kr 170 000,- pr år. Samarbeidet er i prøveperioden finansiert over Helsefaks strategiske midler. Ved en forlenging av samarbeidet er dette en utgift som må belastes ELU i framtiden. Dette vil for 2018 innebære en belastning i budsjettet på kr 70 000,-. Halvet året er finansiert av strategiske midler.

Katrine Wennevold
studieplansjef

—
katrine.wennevold@uit.no
77 62 33 75

Eva Gjerdrum
seksjonsleder legeutdanningen

—
eva.gjerdrum@uit.no
77 64 59 90

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur

Avtale vedrørende tilgang til NTNUs database for flervalgsoppgaver til bruk på profesjonsstudiet i medisin

1. Samarbeidsparter

Samarbeidsparter er Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Det helsevitenskapelige fakultet (Helsefak) ved UiT Norges arktiske universitet (UiT).

2. Formål

Avtalen regulerer samarbeidet mellom MH og Helsefak vedrørende tilgang til og tilpasning av NTNUs database for flervalgsoppgaver (FVO, ett-beste-svar) for bruk på eksamener på profesjonsstudiet i medisin.

3. NTNUs forpliktelser

MH forplikter seg til å tilby Helsefak en egen database for FVO i NTNUs eksisterende system. Ansatte ved Helsefak logger seg inn via FEIDE for å jobbe i databasen. Alle FVO koples til lokalt tilpassede læringsmål ved Helsefak og klassifiseres etter kognitivt nivå, fag- eller undervisningsenhet eller andre kategorier. Helsefak får tilgang til en egen modul for eksamenskommisjoner.

MH forplikter seg til å tilby kontinuerlig tilpasning og forbedring av databasen innenfor en 25 %-stilling (se under). MH gir lesetilgang til alle spørsmål i databasen som har vært brukt på minst én eksamen ved MH, og tilgang til å kopiere oppgaver som beskrevet under.

4. UiTs forpliktelser

Helsefak forplikter seg til:

- å stille med superbruker(e) som kan drive opplæring lokalt og være kontaktperson(er) for vitenskapelig ansatte ved Helsefak;
- å stille med kontaktperson innenfor IT som kan bidra til å sette opp autentisering via FEIDE;
- å stille med en vitenskapelig ansatt som har det overordnede faglige ansvaret for innholdet i databasen;
- å stille med læringsmål og eventuelt andre kategorier som oppgavene skal knyttes til, som er utvetydige og maskinlesbare;
- å stille med eget mottak som tar imot alle henvendelser fra brukere ved Helsefak og som sender faktiske feil videre til MH;
- å legge inn like mange oppgaver i egen database som Helsefak kopierer ut fra andre databaser (MH og andre medisinske fakulteter/Nasjonal delprøve i medisin);
- å dele egne oppgaver med andre brukere av databasen etter samme modell.

5. Ressurser og økonomiske forhold

MH skal ikke ha betaling for tilgang til selve databasen eller spørsmålene som finnes der.

MH får dekket kostnader for tilpasning av databasen til lokale behov og vedlikehold med arbeidsomfang tilsvarende en 25 %-stilling. Stillingsandelen beregnes ut ifra lønnstrinn 59, finansieres av Helsefak og inngår i utviklerstilling ved MHs IT-enhet.

6. Avtalens varighet

Avtalen gjelder fra 01.08.18 til 31.07.21. Avtalen tas opp til evaluering og eventuelt reforhandling innen avtaleperiodens slutt.

7. Tvisteløsning

Tvister søkes løst gjennom forhandlinger. Dersom dette ikke lykkes innen én måned etter at forhandlinger er begjært, kan tvisten bringes inn for Nord-Troms tingrett.

Trondheim/Tromsø, den

Björn Gustafsson
dekan
Fakultet for medisin og helsevitenskap
NTNU

Thrina Loennechen
dekan
Det helsevitenskapelige fakultet
UiT Norges arktiske universitet

SAKSFRAMLEGG

Til:
Programstyret for medisin

Møtedato:
13.06.2018

Sak:
25/18

Organisering av VITKOM - faglig ansvar/faglig myndighet

Innstilling til vedtak:

- Det bes om PM utreder/avklarer hvordan VITKOM kan organiseres slik at leder av VITKOM får utvidet programansvaret til også å omfatte faglig myndighet til å pålegge komited medlemmene arbeidsoppgaver, og trekke inn andre ressurspersoner fra instituttene
- Det bes om at PM pålegger instituttene å avklare vikarsituasjonen for VITKOM, og at vikar for leder må sees i et lengre perspektiv. I en overgangsperiode bør vikariatet for leder utlyses med 50% stillingsandel i en to-års periode med oppstart senest 1.1.2019, med mulighet til forlengelse/overgang 100% stilling da perioden er over
- Det bes om at PM pålegger IKM/ISM å finne personer som går inn i VITKOM fra studieåret 2018/19 med et forpliktende engasjement

Begrunnelse:

VITKOM og PROFKOM ble opprettet av Programstyret for medisin. Under opprettelsen forpliktet instituttene å skaffe undervisningskrefter til de ulike undervisningsformene utarbeidet av komiteene. For PROFKOM har dette fungert noe bedre enn for VITKOM.

VITKOM var i mange år Valgfrioppgaven på andrestudieåret og masteroppgaven på femtestudieåret. Det var ingen klar sammenheng mellom de to oppgavene.

Fra høsten 2014 har VITKOM utarbeidet en fagplan (vedlegg 1 og 2 for detaljer) for å bygge opp vitenskapelig kompetanse blant studentene. Det er spirallæring der kompleksiteten i de ulike undervisningselementene øker, samtidig som studentene får større ansvar for oppsummeringer av temaene etter progresjon i studiet. Det er en klar sammenheng mellom undervisning i VITEN og hva som kommer senere på 2-3-4 studieår i kunnskapshåndtering, og det er en klar sammenheng mellom Valgfrioppgaven og masteroppgaven (mal for layout, abstrakt, referanser osv.).

De ulike elementene som VITKOM har innført gir studentene innsikt i egen utvikling av vitenskapelig kompetanse over studieårene. VITKOM gir tilbakemelding på prosjektskisser til Valgfrioppgaven på andrestudieåret. VITKOM sensurerer Valgfrioppgaven med å gi refereebaserte tilbakemeldinger på gode og mindre gode sider ved oppgavene, før de blir godkjent for presentasjon. VITKOM har evaluert alle prosjektbeskrivelsene for masteroppgaver i den nye studieplanen for å se om prosjektbeskrivelsene for masteroppgaver reflekterer økt undervisning i den nye studieplanen i temaene VITEN/Kunnskapshåndtering. I tillegg har VITKOM opprettet undervisning i Pasientsikkerhets- og forbedringsarbeid som starter 4 studieår, og løper gjennom

femte- og sjettstudieår. Dette opplegget er i tråd med nasjonale føringer for hva som forventes at studentene skal kunne da de er ferdige med studiet. Læringsmålene er i tråd med de nasjonale forslagene i Rethosarbeidet.

VITKOM har vært bemannet med en leder (50% VITKOM/50% forskning), og representanter fra hvert av instituttene, en representant fra FHI/Kunnskapssenteret (20%, fra 2015, senere finansiert av ISM), samt en representant fra allmennmedisin (fra 2017), og en ekstern finansiert representant fra ISM (10%), med ansvarsområde pasientsikkerhets- og forbedringsarbeid (side 4)

Utfordring

Leder av VITKOM har ingen faglig myndighet ovenfor de som sitter i VITKOM- komiteen. De som er oppnevnt kan la være å gjennomføre oppgaver de blir tildelt ut fra for stort arbeidspress i andre sammenhenger. Videre er de ulike undervisningsformene som VITKOM har implementert på 2-3-4 studieåret ressurskrevende da undervisningen foregår for det meste som gruppearbeid med påfølgende presentasjoner. Her igjen må VITKOM spille på interessen til ulike personer med interesse for kunnskapshåndtering. I mange tilfeller har det vært vanskelig å finne ressurspersoner til de undervisningsformene VITKOM har lagt opp til. VITKOM har ingen faglig myndighet til å trekke inn ansatte fra de ulike instituttene. VITKOM har heller ingen myndighet til å få ressurspersoner som opplagt mangler nødvendig kunnskap i kunnskapshåndtering til å stille på kurs (i regi av VITKOM eller andre).

VITKOM har i inneværende år vært i manko på fagpersoner fra IKM og ISM (vedlegg 3). Fra IKM har ikke VITKOM hatt representant siden 2015. For studieåret 2018-2019 går jeg som leder i forskningspermisjon fra 1. januar, mens IMB sin representant har forskningspermisjon fra 1. august (2018), og representanten fra allmennmedisin tar svangerskapspermisjon fra 5. oktober. I tillegg har personen i ekstrastillingen fra ISM/FHI/Kunnskapssenteret sagt opp sin stilling fra 30. juni 2018. Det er 10 søkere på ny stilling, hvor tidspunkt for ansettelse kan skje på slutten av året eller fra 1.1.2019. (Vedlegg 3).

Bemanningssituasjonen for VITKOM er mangelfull fra høsten av, og dette forsterkes ytterligere fra 1.1.2019 uten at det tilføres «vikarer», eller at IKM og ISM gjør noe med forpliktelsene de har til å bemanne VITKOM. Da noe av undervisningen er flyttet fra vår semesteret til høstsemesteret (Tilrettelagt fordypning) blir arbeidsoppgavene i vårsemesteret noe mindre enn hva det har vært de senere årene.

Gunnar Leivseth
leder Programstyret medisin

—
gunnar.leivseth@uit.no
77 62 08 91

Finn Egil Skjeldestad
leder VITKOM

—
finn.e.skjeldestad@uit.no
77 64 64 01

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur

Fagplan: Vitenskapelig kompetanse i medisinerutdanningen, Det helsevitenskapelig fakultet, UiT Norges arktiske Universitet

Definisjon av vitenskapelig kompetanse

Vitenskapelig kompetanse omhandler grunnleggende prinsipper i medisinsk forskningsmetode i form av **epidemiologi, klinisk epidemiologi, biostatistikk, vitenskapelig kunnskapsevaluering, pasientsikkerhet- og kvalitetsforbedringsarbeid.**

Undervisningen legger vekt på å gi studentene en forståelse av hvordan man ved hjelp av epidemiologiske metoder og statistiske analyser utfordrer og fornyer medisinsk kunnskap.

Epidemiologi er studiet av sykdommer og skaders fordeling, og årsaker i en befolkning, samt bruken av denne kunnskapen i forebygging av helseproblemer.

Klinisk epidemiologi er læren om kliniske beslutninger, spesielt om beslutninger under usikkerhet. Klinisk beslutningsanalyse tilstreber å gjøre premissene for medisinske beslutninger klare, og sikre samsvar mellom premisser og konklusjon i beslutningene.

Biostatistikk er bruk av statistiske metoder på medisinske problemstillinger.

Vitenskapelig kunnskapshåndtering er systematisk arbeid for å finne og vurdere medisinsk litteratur, for å identifisere gyldig, pålitelig og oppdatert kunnskap som grunnlag for kliniske og samfunnsmedisinske beslutninger.

Pasientsikkerhet- og kvalitetsforbedringsarbeid handler om å organisere helsetjenesten slik at det lages rom for forbedring, utvikling og samhandling med formål å gi optimal helsegevinst og minimal risiko for skade for pasientene

Fagenhetens medlemmer (ansvarlige for undervisningen)

Epidemiologi: Bjarne K. Jacobsen, Maja-Lisa Løchen, Inger Torhild Gram, Torkjel Sandanger, Finn Egil Skjeldestad

Klinisk epidemiologi:

Biostatistikk: Tormod Brenn, Tom Wilsgaard

Kunnskapshåndtering: Finn Egil Skjeldestad

Pasientsikkerhet- og kvalitetsforbedringsarbeid: Barthold Vonen, Benedikte Dyrhaug Stoknes, Kristin Jannicke Pedersen

Overordnet målsetning for undervisningen

Målsettingen for undervisningen i vitenskapelig kompetanse er å gi studentene

- en bred metodisk plattform som grunnlag for livslang læring og fornyelse av medisinsk kunnskap
- et tilstrekkelig grunnlag for videreutdanning i forskningsforståelse, kunnskapsevaluering og pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringsarbeid i etterutdanningen av leger uavhengig av spesialitet som velges
- et metode grunnlag for kritisk forståelse av hvordan medisinsk kunnskap genereres, utfordres og fornyes gjennom undervisning og forskning, og formidles i møte med pasienter, pårørende og samfunn

Fagenhetens undervisning

Undervisningen i Vitenskapelig kompetanse er langsgående fra første til siste studieåret.

Introduksjonen til fagfeltet gjennomføres sammen med andre helseprofesjonsutdanninger i første studieåret. Teorigrunnlaget for fagfeltet undervises de 8 første ukene av andre studieåret. All annen undervisning er integrert eller tematisk tilrettelagt i de ulike terminene.

Progresjon i kunnskapstilegnelse for vitenskapelig kompetanse synliggjør studentene gjennom prosjektoppgaver med påfølgende presentasjoner våren andre studieåret (oppgave valgfri fordypning) og høsten siste studieåret (masteroppgave). I tillegg oppsummerer studentene erfaringer og læring fra «Pasientsikkerhet- og kvalitetsforbedringsarbeid» gjennom heldagsseminarer høsten siste studieåret (fra høsten 2019).

Vitenskapelig kompetanse har delt inn læringsutbytte etter kompetanseområde (fagfelt).

Del A: Introduksjon kunnskapsforståelse og biostatistikk (første studieår)

Del B: Generell epidemiologi, klinisk epidemiologi, kvalitative metoder, forebyggende medisin, biostatistikk og kunnskapshåndtering (andre og tredje studieår)

Del C: Prosjekt- og masteroppgave (andre, fjerde, femte og sjette studieår)

Del D: Pasientsikkerhet- og kvalitetsforbedringsarbeid (fjerde, femte og sjette studieår)

Læringsutbytte

Del A - Introduksjon kunnskapsforståelse og statistikk

Første studieår (høst MED 1501)

Introduksjon til kunnskapsforståelse

Studentene skal kunne:

- redegjøre for ulike kunnskapsformer i helsefag
- beskrive likheter og forskjeller mellom kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode
- finne vitenskapelige publikasjoner ved bruk av bibliotek, databaser og elektroniske søkeverktøy
- vurdere kildenes troverdighet og egnethet
- henvise til kilder på en korrekt måte
- tilegne seg og presentere fagstoff muntlig og skriftlig på en strukturert måte

Første studieår (vår MED 1501)

Introduksjon til statistikk

Studentene skal kunne:

- beskrive data ved hjelp av de vanligste deskriptive teknikker som benyttes på ulike datatyper (senter- og spredningsmål, histogram, frekvens- og krysstabell, spredningsplott, korrelasjonskoeffisient)
- redegjøre for normalfordelingen og dens egenskaper
- vurdere om utvalg er representative og oppfyller vilkår for bruk av statistiske tester
- spesifisere hypoteser og kjenne til begreper relatert til hypotesetesting (Type I feil, Type II feil, p-verdi, styrke)
- velge korrekt statistisk testmetode (basert på normalfordeling, t-fordeling, ikke-parametriske tester)
- beregne konfidensintervall (basert på t-fordeling og normalfordeling) og vite hva det angir
- foreta nødvendige beregninger med kalkulator og benytte tabeller for å finne verdier for sannsynlighet

Del B - Generell epidemiologi, klinisk epidemiologi, forebyggende medisin, biostatistikk og kunnskapshåndtering

Andre studieår (høst MED 2501 – delemne 2.1)

Generell epidemiologi

Studentene skal kunne:

- forklare epidemiologiens betydning for kunnskapsgrunnlaget i forebygging og klinikk
- anvende mål for sykdomsfrekvens og risiko, og beskrive risikofaktorer og årsaksbegrepet
- beskrive ulike helseregistre og meldesystemer for sykdom i Norge
- anvende aldersjustering
- forklare tilfeldige og systematiske feil
- forklare formålet med og beskrive styrker/svakheter av ulike design i observasjons- og eksperimentelle studier
- anvende grunnleggende prinsipper for formulering av spørsmål i et spørreskjema

Klinisk epidemiologi

Studentene skal kunne

- anvende metoder for nyttevurdering av diagnostiske tester
- anvende prinsippene for beslutningsanalyser for enkle kliniske problemstillinger

Kvalitative metoder

Studenten skal kunne

- redegjøre for formålet med kvalitative metoder, typer kvalitative metoder, former for datainnsamling, organisering/analyse av data, redegjøre for grunnleggende prinsipper for formulering av spørsmål

Forebyggende medisin

Studentene skal kunne

- forklare strategier for individrettet og befolkningsrettet forebyggende helsearbeid (arbeides videre med på et senere tidspunkt)

Statistikk

Kort repetisjon av innføring i statistikk fra 1. studieår (spirallæring).

Studentene skal kunne

- evaluere holdbarhet av statistiske beregninger i rapporter om vitenskapelige undersøkelser, samt statistikkens plass i medisinsk forskning
- redegjøre for begrepene tilfeldighet og sannsynlighet
- teste sammenheng mellom nominale variable ved bruk av kji-kvadrat-test
- definere Spearman og Pearson korrelasjonskoeffisient og kunne forstå og ta i bruk enkel linear regresjon.
- gjøre kort rede for bruken av multivariable regresjonsmodeller (lineær, logistisk og Cox regresjon)
- anvende uni- og multivariable statistiske metoder ved bruk av statistikkpakke SPSS

Kunnskapshåndtering (del 1 - introduksjon)

Studentene skal kunne

- lage et presist forskningsspørsmål med en kort prosjektplan som presenteres både muntlig og med abstrakt
- lage et forskningsspørsmål som besvares gjennom en PICO's-tabell (Population/intervention/comparison/outcome(s)/design)
- kunne redegjøre for «kunnskapspyramiden» og dokumentasjons hierarki (nivå)
- forstå prinsipper for hvordan artikler evalueres (opp-/nedgraderes) i GRADE systemet
- kunne oppsummere vitenskapelig artikler etter sjekkliste tilpasset studiedesign

Andre studieår (vår MED 2501 – delemne 2.5 Del B)

Kunnskapshåndtering (del 2 – tilrettelagt fordypning - gruppearbeid)

Kort repetisjon av PICO's, prinsipper for oppsummering av vitenskapelige artikler etter sjekkliste tilpasset design, opp-nedgradering av kvalitet, elektroniske søkestrategier, lese statistikk i artikler m.m. (spirallæring – tema tilrettelegges, studentene lager syntese av kunnskap fra enkelt artikler)

Faglærerne velger ut en problemstilling for et tema som belyses gjennom 3-5 artikler, hvor studentene skal kunne

- evaluere enkelt artikler etter sjekkliste for ulike studiedesign
- oppsummere kunnskapen fra de utvalgte artiklene
- diskutere styrker og svakheter i anvendt studiedesign/kunnskap oppsummert
- presentere problemstilling/syntese av kunnskapen for kullet

- stille kritiske spørsmål/kommentere en annen faglig presentasjon

Tredje studieår (høst/vinter MED 2510 - temabeskrivelse)

Kunnskapshåndtering (del 3 – integrert fordypning - gruppearbeid)

Fra aktuelle «case» skal studentene implementere kunnskapsbasert praksis i arbeid med kliniske problemstillinger, formulere kliniske kunnskapsutfordrende spørsmål, innhente forskningsbasert kunnskap gjennom litteratursøk og presentere oppsummering av 2-4 vitenskapelig originalartikler som svar på problemstillingen i forbindelse med «case-gjennomgang». Spirallæring – utfordre kunnskap – studentene har ansvaret for prosessen.

Studentene skal kunne

- formulere en klinisk problemstilling i henhold til PICO (patient, intervention, comparison, outcome og design)
- utvikle enkel søkestrategi og gjennomføre enkle søk i vitenskapelige databaser
- presentere syntese av resultatene fra utvalgte vitenskapelige originalartikler som svar på problemstillingen
- reflektere over hvordan medisinsk praksis endres i takt med kunnskapsgrunnlaget

Del C - Prosjekt- og masteroppgave

Andre studieår (vinter/vår MED 2501 – delemne 2.5A)

Valgfri fordypning (prosjektoppgave)

Studenten skal kunne

- formulere en problemstilling i et selvvalgt fagfelt (utenfor kjernepensum)
- belyse, utforske og reflektere over erfaringer fra det valgte fagfeltet
- skrive strukturert rapport om problemstillingen fra valgte fagfelt
- søke, innhente, bruke og gjengi referanser
- presentere oppgaven for kullet

Fjerde, femte og sjette studieår (MED 3950)

Masteroppgave

Prosjektbeskrivelsen for masteroppgaven ferdigstilles fjerde studieåret. Masteroppgaven innleveres på slutten av femte studieåret og presenteres under Forskningsdagene på sjette studieåret.

Gjennom masteroppgaven skal studenten kunne

- initiere og planlegge et vitenskapelig arbeid i et avgrenset tema (prosjektbeskrivelse fjerde studieår)
- arbeide strukturert med problemutvikling og løsninger innenfor valgte tema
- foreta reflekterte valg av vitenskapelige metoder innenfor rammene av prosjektet
- bruke metoder for informasjonsinnhenting/-bearbeiding
- vurdere vitenskapelig dokumentasjon kritisk
- sammenfatte/disponere en medisinskvitenskapelig rapport
- øve ferdigheter til presis vitenskapelig formulering/skrivemåte
- presentere egen vitenskapelig oppgave (sjette studieår)
- forsvare/diskutere eget vitenskapelig arbeid i en faglig sammenheng (sjette studieår)

Del D - Pasientsikkerhet- og kvalitetsforbedringsarbeid

Fjerde, femte og sjette studieår (temabeskrivelser)

Fjerdestudieår

Gis introduksjon til tema, og studentene skal kunne

- kjenne til sentrale begreper, tilnærminger og metoder innenfor pasientsikkerhetsfeltet
- definere hva en pasientskade er (og kjenne til ulike betraktninger rundt begrepet), og kunne argumentere for/mot om en hendelse er en pasientskade
- kunne beskrive pasientsikkerhet ut fra et systemperspektiv
- ha kunnskap om hva som kjennetegner en god pasientsikkerhetskultur, og hvordan pasientsikkerhetskulturen kan påvirkes både positivt og negativt
- kjenne til forbedringssirkelen (PDSA/Demmings sirkel) og hvordan den kan brukes til å gjennomføre forbedringsprosjekter i praksis inkludert relevante målinger for gjennomføring og evaluering
- kjenne til de mest brukte verktøyene innenfor pasientsikkerhet, pasientnær kvalitet og forbedringsarbeid i nasjonalt og internasjonalt helsevesen

Femtestudieår

Under utplasseringen i 5-testudieåret skal studentene (gruppearbeid) følge et pågående pasientsikkerhets-kvalitetsforbedringsprosjekt på sykehus, i kommunal regi eller som forvaltes av den offentlige helseadministrasjonen (FHI, Helsedirektoratet, fylkeslege osv.), og skal sette seg inn i

- bakgrunn, gjennomføring (personell involvert, måleinstrumenter, milepølseevaluering osv.), resultater og oppsummere status for valgte prosjekt. Dette presenteres på 6. studieår.

Sjettestudieår

Videreføring av undervisningen fra fjerdestudieåret (spirallæring).

Studentene skal kunne

- kunne bruke og formidle sentrale metoder innenfor pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringsarbeid
- kunne bruke et systemperspektiv for forbedring av pasientsikkerhet (uønskede hendelser, avvik, klager)
- kunne gjøre rede for tiltak som påvirker pasientsikkerhetskulturen og arbeidsmiljø (teamarbeid, risikotavler, tavlemøte, ISBAR)
- kunne bruke forbedringsmodellen (PDSA/Demmings sirkel) og driverdiagram til å gjennomføre forbedringsprosjekter i praksis (Egne erfaringer, praktiske oppgaver)
- kunne definere målsetning for et forbedringsprosjekt
- kunne bruke egne målinger for gjennomføring og evaluering av forbedringsprosjekter
- kjenne til hvilke forutsetninger som må til for å lykkes med kvalitetsforbedring

Studentenes pasientsikkerhets-kvalitetsforbedringsdag

- presentere observerte prosjekt fra 5-studieåret

Undervisningsformer, omfang, arbeidskrav og pensumlister

gis detaljert i

- emne-,
- delemne- og
- temabeskrivelser for de ulike kompetanseområdene.

Testing av arbeidskrav og læringsutbytte

- Skriftlig eksamener
 - VITEN utgjør 25% av 2-års-eksamen
 - Kunnskapshåndtering inngår i skriftlige eksamener for hvert studieår, mens Pasientsikkerhet- og kvalitetsforbedringsarbeid inngår i skriftlige eksamener for 4- og 6-studieår
- Godkjenning av oppgaver med presentasjon (Valgfri fordypning 2-studieår, master oppgave 5- og 6-studieår)
- Godkjenning av arbeidskrav, deltakelse i gruppearbeid (2-, 3-, 4, og 6-studieår) (Dokumentert i arbeidskravboken for hvert studieår)

Vitenskapelig kompetanse i den nye studieplanen		
	Viten/ kunnskapshåndtering	Pasientsikkerhet/ kvalitetsforbedringsarbeid
1-år-høst	HEL 0700 (Introduksjon) MED-1501 (tematisk introduksjon)	
2-år-høst	VITEN-epidemiologi/ statistikk/kunnskapshåndtering	
2-år-vår	Vitenskapelig fordypning (anvendelse)	
	-Valgfri fordypning (VF1) Presentasjon oppgave	
	-Tilrettelagt fordypning (kunnskapshåndtering)	
3-år-høst	-Casebasert fordypning (kunnskapshåndtering) <i>(ikke implementert)</i>	
4-år-høst	Valgfri fordypning (VF2) (Prosjektbeskrivelse masteroppgave)	
4-år-vår	Tilrettelagt fordypning (Retningslinjer/kliniske veiledere) (kunnskapshåndtering)	Introduksjon til Pasientsikkerhet/ kvalitetsforbedringsarbeid Forberedelse oppgave 5-studieåret
5-år-høst	Ferdigstille masteroppgave	Gjennomføre/ferdigstille oppgave (Rapportere et pågående prosjekt i pasientsikkerhets- kvalitetsforbedringsarbeid)
5-år-vår		
6-år-høst	Presentasjon masteroppgave	Mer integrert undervisning Seminardag – rapportere prosjekter

Medlemmer VITKOM					
Navn	Stillingsandel (%)	Institutt	Finansiert av	2017/2018	2018/2019
Kristin <u>Fenton</u>	20	IMB	IMB	x	01.08.2018
Inger Torhild Gran	20	ISM	ISM		?
?	20	IKM	IKM (midler øremærket VITKOM)	Ingen	?
Johanna Laue	20	ISM (allm.)	ISM	x	05.10.2018
«ny – ekstern»	20	ISM	ISM	x	?
Barthold Vonen*	10	ISM	SKDE	x	*
Benedikte <u>Stoknes</u> *	15	ISM	<u>Fak. Adm.</u>	x	*
Kristin J. Pedersen*	15	ISM	<u>Fak. Adm.</u>	x	*
Finn Egil Skjeldestad	50	ISM	<u>Fak. Adm.</u>	x	01.01.2019
«Vikar FES»	?		<u>Fak. Adm.</u>		?
Torben <u>Wisborg</u>	?	Finmarks- modellen	<u>Fak. Adm.</u>		01.09.2018
*Kun pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringsarbeid					

SAKSFRAMLEGG

Til:
Programstyret for medisin

Møtedato:
13.06.2018

Sak:
26/18

Rutiner for skikkethetsvurdering - Legeutdanningen

Innstilling til vedtak:

Programstyret medisin godkjenner vedlagte Rutinebeskrivelse for skikkethetsvurdering for legeutdanningen

Begrunnelse:

Legeutdanningen omfattes av skikkethetsvurdering. Forvaltninga av skikkethetsvurdering ved UiT er regulert av følgende lover og bestemmelser:

- Lov om universiteter og høyskoler §4-10
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker
- Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning
- Regler om klagenemnda ved UiT IIIc

Bekymringsmeldinger og tvilsmeldinger om studenter oppstår i ulike former for alvorlighetsgrad, og meldes inn av faglærere, praksisveiledere, medstudenter, venner, familie og studieadministrasjonen. Hvem som mottar meldingen varierer. Det er varierende kunnskap om skikkethetsvurdering blant både studenter og ansatte, og det er derfor behov for en klar rutinebeskrivelse som sier noe om hvem som gjør hva.

Det skilles mellom løpende og særskilt skikkethetsvurdering.

a) Løpende skikkethetsvurdering skjer gjennom hele studiet og er knyttet til ordinær studentoppfølging gjennom eksamener, undervisning, praksis, veiledning og studentsamtaler.

Eksempler: bekymringsmeldinger om studenters adferd i praksis, studenters helse o.l.

b) Særskilt skikkethetsvurdering gjennomføres hvis det er begrunnet tvil om en student er skikket.

Særskilt skikkethetsvurdering skal kun benyttes i spesielle tilfeller der andre formelle og uformelle tiltak underveis i studiet ikke har ført til endringer i studentens adferd.

Eksempler: særdeles graverende adferd, lovbrudd eller tilfeller der veiledning og andre virkemidler underveis i studiet ikke har avhjulpet situasjonen

Ved særskilt skikkethetsvurdering skal det sendes tvilsmelding til institusjonsansvarlig som skal håndtere saken.

Gunnar Leivseth
leder programstyret medisin

—
gunnar.leivseth@uit.no
77 62 08 91

Elin Holm
rådgiver

—
elin.holm@uit.no
77 64 54 87

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur

RUTINE FOR SKIKKETHETSVURDERING VED LEGEUTDANNINGEN

Godkjent av Programstyret medisin 13.06.18

- 1) Ved alle typer skikkethetssaker er studiekonsulent for aktuell student den første som skal kontaktes. Studiekonsulent har ansvaret for å referatføre alle samtaler/møter om saken. Referatene skal lagres i Ephorte.
- 2) Studiekonsulent kontakter studieleder og seksjonsleder for en vurdering av aktuell sak. Studiekonsulent, seksjonsleder og studieleder vurderer sammen om det er andre som bør involveres i saken (mentor, praksisveileder, seksjonsleder, institusjonsansvarlig o.l.)
- 3) For saker som faller inn under *Løpende skikkethetsvurdering*:
 - Studenten kalles inn til samtale med studiekonsulent, studieleder, seksjonsleder og/eller mentor e.l. Av hensyn til studenten bør det ikke være mer enn max tre personer fra fakultetet. Hvem dette bør være avgjøres i hvert enkelt tilfelle. Studenten kan ta med seg venn/familiemedlem til møtet om ønskelig.
 - I møtet informeres studenten om saken, og det gjøres avtale om videre møter og oppfølging
- 4) For saker som faller inn under *Særskilt skikkethetsvurdering*:
 - Tvilsmelding sendes direkte til institusjonsansvarlig. Tvilsmeldingen kan ikke leveres inn anonymt og skal i utgangspunktet signeres av den som melder inn saken. I tilfeller der en student melder inn en alvorlig sak, men ikke ønsker at medstudenten skal vite om det, kan tvilsmelding signeres av studieleder og studiekonsulent, på bakgrunn av studentens historie. Ved tvilsmelding overtas saken formelt av institusjonsansvarlig. Studiekonsulent følger opp saken ved behov og er kontaktperson for ELU i saken.

SAKSFRAMLEGG

Til:
Programstyret for medisin

Møtedato:
13.06.2018

Sak:
27/18

Rammer for opptak Profesjonsstudiet medisin 2018

Innstilling til vedtak:

Programstyret for medisin godkjenner følgende rammer for opptaket 2018:

- 1) Plan for opptaket 2018 har som målsetning at MK18 ved studiestart har 120 studenter. Disse utgjøres av nye studenter som starter på MED-1501, samt de som må ha et års permisjon grunnet fullt MK17 og dermed følger kullet fra 2019.
- 2) MK17 vil kun fylles opp med studenter som har hatt et års tvunget permisjon studieåret 2017/2018, samt eventuelle studenter som dumper kull fra MK16 etter stryk på eksamen MED-2501.
- 3) Studieplansjef Katrine Wennevold får fullmakt fra Programstyret medisin til å fungere som opptaksansvarlig sommeren 2018.

Begrunnelse:

Profesjonsstudiet medisin ved UiT har fra og med høsten 2016 finansiering for 116 studieplasser. Aktivitetskravet fra KD defineres ut i fra antall studenter som uteksamineres fra programmet. Aktivitetstallet for medisinstudiet er 84 kandidater uteksaminert per år. Tallet 84 er satt ut i fra et snitt av det vi har uteksaminert de siste årene, og med økt antall studieplasser vil vi kunne komme til å få økt aktivitetskrav om noen år.

Så langt fakultetet har kapasitet, er det ikke noe i veien for at fakultetet tar opp flere studenter enn 116. Størrelsen på kullene må likevel ikke være større enn at undervisningen også lar seg gjennomføre hos våre samarbeidspartnere, helseforetakene og kommunehelsetjenesten. Med hensyn til gjennomføring av undervisning og aktivitetskrav, anbefales det at kullene balanseres med tallet 116 men at det er ønskelig at førsteårskullet starter med 120 nye studenter første dag da det erfaringsmessig er noe frafall.

I beregningen av årlig opptakskapasitet må vi ta høyde for:

- Hvor mange eksisterende studenter vil dumpe fra MK17 til MK18 etter kontinuasjonseksamen? Eksakt tall for MK17 er ikke avklart før i slutten av august når sensur for kontinuasjonseksamen MED-1501 er klar.
- Tidligere har vi også vært nødt til å beregne hvor mange søkere som har tatt 1. året tidligere og vil søke opprykk til 2. året. Per i dag (før sensur MED-1501) er MK17 på 113 studenter (inkl. åtte studenter som har vært i permisjon 2017/2018 grunnet bestått MED-

1501 fra tidligere som skal inn på kullet fra og med høsten 2018), så det vil ikke være plass til mer enn noen få studenter, da man også må ta høyde for de som eventuelt dumper kull fra MK16.

- Erfaringsmessig vil det være noe frafall fra 1. studieår i løpet av det første semesteret. Dette er i hovedsak studenter som får tilbud om studieplass ved UiO, UiB eller NTNU, samt enkelte som slutter av andre årsaker.

Beregningen for opptaket for 2018, baserer seg på erfaringer fra 2017.

- Det sendes ut tilbud til 145 søkere, med ønske om 120 ja- svar.
- Det forventes at det vil være flere studenter på MK18 som har tatt MED-1501 som odo-student. Grunnet nesten helt fullt MK17, vil det derfor være noen studenter som må ut i påtvungen permisjon. MK18 studieåret 2018/2019 kan dermed risikere å være noe mindre enn 116, men kullet vil bli fullt igjen når de starter på 2. året når studenter med påtvungen permisjon kommer tilbake.

For sommerens opptaksarbeid trenger administrasjonen en person med fullmakt som kan fungere som opptaksansvarlig. Dette for eventuelle vurderinger av søkere som søker på særskilt grunnlag.

Gunnar Leivseth
leder Programstyret medisin

—
gunnar.leivseth@uit.no
77 62 08 91

Elin Holm
rådgiver

—
elin.holm@uit.no
77 64 54 87

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur