

MØTEINNKALLING

Utvalg: **Programstyret for medisin**
Møtested: MH U8.103, Tromsø
Møtedato: 12.12.2018
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>
PS 39/18	Forslag til endret varighet på delemne 5.5 Praksis i psykiatri i MED-3503		2016/95
PS 40/18	Revidering av utfyllende bestemmelser for eksamen i emnet MED-2510		2016/4690
	Orienteringssaker		
OS 15/18	Diskusjonssak: Utredning om økt opptak Profesjonsstudiet medisin		2018/5213
OS 16/18	Orientering fra prosjektsekretariatet i RETHOS		2016/97

SAKSFRAMLEGG

Til:
Programstyret for medisin

Møtedato:
12.12.2018

Sak:
39/18

Forslag til endret varighet på delemne 5.5 Praksis i psykiatri i MED-3503

Innstilling til vedtak:

Programstyret går inn for å forkorte delemne 5.4 med en uke fra og med høsten 2019. Programstyret vil utrede hvordan man best kan få utnyttet den frigjorte uken fra psykiatripraksis, herunder plassering av felles undervisning for MED-3503.

Begrunnelse:

Delemne 5.4 ble opprettet som et nytt element i ny studieplan. Det var planlagt at mer praksis i psykiatri skulle gis i femte studieår, og mindre på 6.studieår. Delemne 5.4 var planlagt med fire uker utplassering på DPS og psykiatriske sykehus i landsdelen.

Evaluering etter første gjennomkjøring av delemne 5.4 viste at mange studenter opplevde at de fikk delta på færre aktiviteter under praksisen enn de forventet, og at det var et mindre læringsutbytte enn 4 uker skulle tilsi. Det var utfordrende å få til en praksis tilsvarende den som er beskrevet i delemnebeskrivelsen. Mange studenter savnet mer praksis innen akutte psykiatriske tilstander.

Dessverre var evaluering etter andre gjennomkjøring nokså lik den første evalueringen. I tillegg har innføring av psykiatripraksis ført til utfordringer for emnet MED-3503 i forhold til logistikken med fire ulike delemner som ikke nødvendigvis er samlokalisert. Dette fører til at studentene er spredt, og det er vanskelig å samkjøre undervisning som kunne og burde vært gitt felles, slik som EKG-kurs, gipsekurs, suturkurs og kollokvier. Dette fører til stor belastning på små fagmiljøer på de mindre sykehusene, ettersom undervisningen må gjentas flere ganger.

Saken ble tatt opp i SPU 06.11.18 med følgende forslag til vedtak:

Emnekomiteen for MED 3503 og delemnekomiteen for delemne 5.4 bes se på sammensetningen av emnet og vurdere om det er aktuelt å endre på varighet av psykiatripraksis, eller innholdet i praksis slik at læringsutbyttet nås på en bedre måte.

Etter diskusjon i SPU kom man fram til at følgende vedtak var mer hensiktsmessig:

Etter forslag fra psykiatrimiljøet ble det vedtatt å gå inn for 3 uker psykiatri fra og med skoleåret 2019/2020. Det ble vedtatt og se på muligheter for å plassere den frigjorte uken i starten av praksis slik at alle studenter starter med gipse-, EKG, suturkurs. Endelig organisering av psykiatripraksis og sykehuspraksis vedtas etter at utredningen er ferdig.

Det ble også vedtatt at det må lages muligheter for deltakelse i kollokvier på skype for å minske belastningen på lærere ute, og at studenter i psykiatripraksis må få mulighet til å delta på disse når de er borte fra de somatiske sykehusene.

Det ble deretter utredet muligheten for å opprette en felles uke i starten av høstsemesteret. Imidlertid ville dette ved nærmere undersøkelse ikke lette logistikken nevneverdig. Deretter kom det et nytt forslag fra emneledelsen for MED-3503 om å opprette denne fellesundervisningen på våren etter eksamen i MED-2521. Denne muligheten ble behandlet i SPU 04.12.18. Det ble da vedtatt:

«En uke psykiatripraksis fjernes fra MED-3503, på bakgrunn av studentevaluering. Den frigjorte tiden settes av til fellesundervisning i sykehuspraksis. SPU foreslår at det utredes om hvorvidt denne fellesundervisningen kan legges til uka etter eksamen MED-2521.»

Gunnar Leivseth
leder programstyret medisin

—
Gunnar.leivseth@uit.no
77 62 08 91

Katrine Wennevold
studieplansjef

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

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur

EVALUERING MED-3503 UTPLASSERING I PSYKIATRI

STUDIEÅRET 2017/2018

Tromsø, august 2018

INNLEDNING

Delemnet praksisutplasseringen i psykiatri ble innført som en fast del av emnet sykehusutplassering i studieåret 2016/2017.

Det ble gjort mange erfaringer gjennom det først studieåret og disse ble sammen med studentenes tilbakemeldinger (questback og muntlig) grunnlag for endringer før oppstart av studieåret 2017/2018. Endringene var knyttet både til ferdighetslisten, som var et stort tema, og selve praksisgjennomføringen. Ut fra tilbakemeldingene har de lokale koordinatorene jobbet mye med å legge til rette for en så lærerik og ikke minst meningsfull praksis som mulig. Evalueringen viser at vi klarer å presentere et stimulerende læringsmiljø for størsteparten av studentene.

BAKGRUNN

Det helsevitenskaplige fakultet ved Universitetet i Tromsø innførte i 2012 ny studieplan for profesjonsstudiet i medisin. Studieplanen inneholder for 5.studieår emnet MED-3503, Praksis i sykehus, som omfatter 18 ukers (desentralisert) praksisperiode i spesialisthelsetjenesten. Studentene vil være utplassert ved sykehus i Nord-Norge. Praksisperioden er inndelt i praksis ved 1) medisinsk avdeling (6 uker), 2) kirurgisk avdeling (6 uker), 3) gynekologisk avdeling/poliklinikk (2 uker) og 4) psykiatrisk avdeling/distriktpsykiatrisk avdeling (4 uker). I praksisperioden fungerer studentene som tilnærmet ordinære arbeidstakere hva angår arbeidstid.

Studentene har i løpet av de 4 første studieårene hatt fagene Mentale funksjoner I (delemne 2.8) og II (delemne 4.8). Praktisk klinisk undervisning gjennomføres som gruppeundervisning på UNN som del av begge disse delemnene, men hovedtyngden av praktisk klinisk undervisning foregår nå altså på 5. studieår, der også psykiatrifaget har fått sin plass.

Utplasseringen på 4 uker foregår ved et distriktpsykiatrisk senter (DPS). De distriktpsykiatriske sentrene har ansvaret for et generelt tilbud innen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste med både døgntilbud og dagtilbud/poliklinikk.

Praksisutplasseringen i psykiatri har fått navnet Mentale funksjoner III (MF III).

Målet med innføringen av en slik praksistjeneste i psykiatri er å gi studentene en mer inngående erfaring i møte med pasienter med psykiske problemer og rusmiddelavhengighet enn det som har vært gitt tidligere.

Ut fra de tilgjengelige praksisplassene er det forsøkt så langt det lar seg gjøre å lage geografisk inndelte pakkelsninger. Dette innebærer at antallet studenter på det enkelte sted kan variere noe i antall. Studentene blir delt inn i grupper slik at det er 1/3 av klassen som har psykiatripraksis samtidig. Utplasseringen er lagt til uke 35-38. uke 2-5 og uke 8-11.

EVALUERING

Gjennomføring

Skriftlig evaluering av praksisutplasseringen har vært gjennomført ved bruk av et anonymisert evalueringsskjema (Questback). Spørreskjema ble administrert i uken etter endt praksis. Samme skjema ble benyttet ved evalueringen av pilotutplasseringen i 2015, ved evalueringen av studieåret 2016/2017 og nå for studieåret 2017/2018. Det vil også bli benyttet videre. Skjemaet er utarbeidet og forsøkt tilpasset delemnet. Det er gitt mulighet for kommentarer i fritext og forslag til endringer. Studentene har gitt mange tilbakemeldinger i skjemaets fritextfelt, noe som er til stor nytte i det videre arbeidet.

Det har ikke blitt gjort en oppdeling av om studentene kom i første gruppe om høsten eller om de tilhørte de to gruppene etter jul. Dette vil bli gjort i det neste studieåret.

I mai 2018 ble det også avholdt koordinatormøte i Tromsø. Questbacksvarene forelå før møtet. Hovedtema for møtet var å diskutere de viktigste utfordringene basert på evalueringen. Koordinatorenes evaluering gjenspeiles også i oppsummeringen i rapporten.

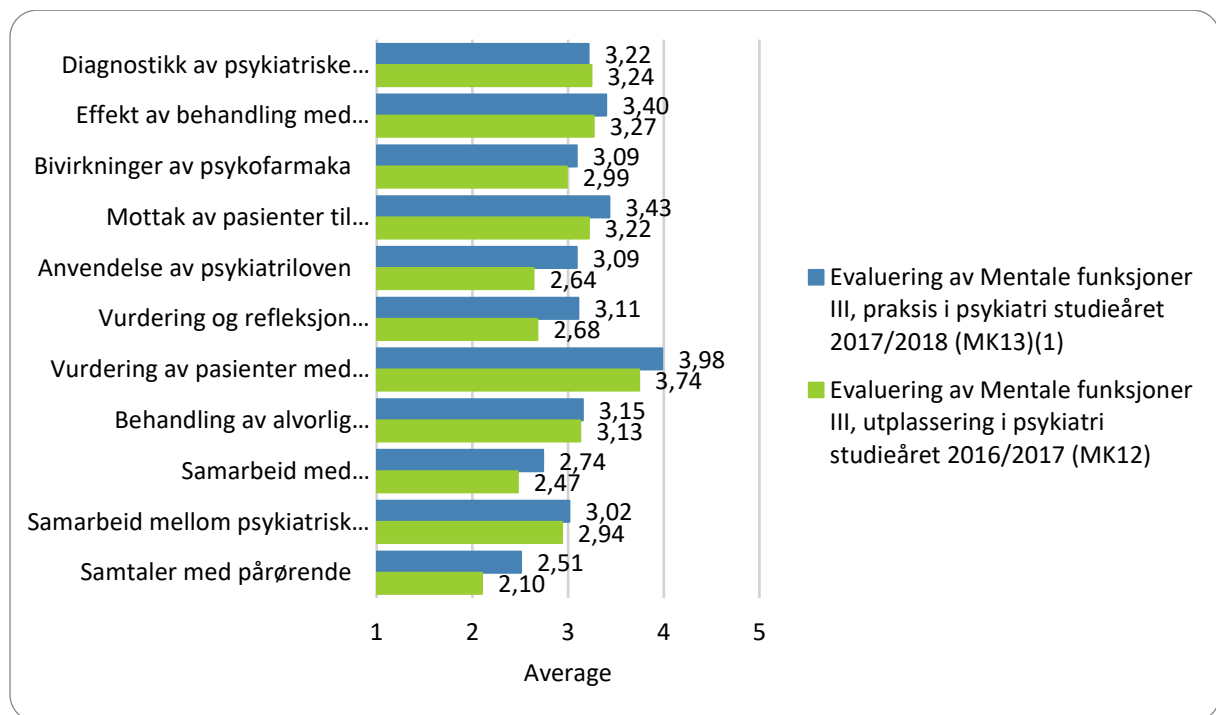
Oppsummering

Jeg har valgt ut noen områder jeg mener er helt sentrale i arbeidet med å utvikle praksisutplasseringen i psykiatri videre.

Figurene er fra evalueringen og sammenfatningen av resultatene.

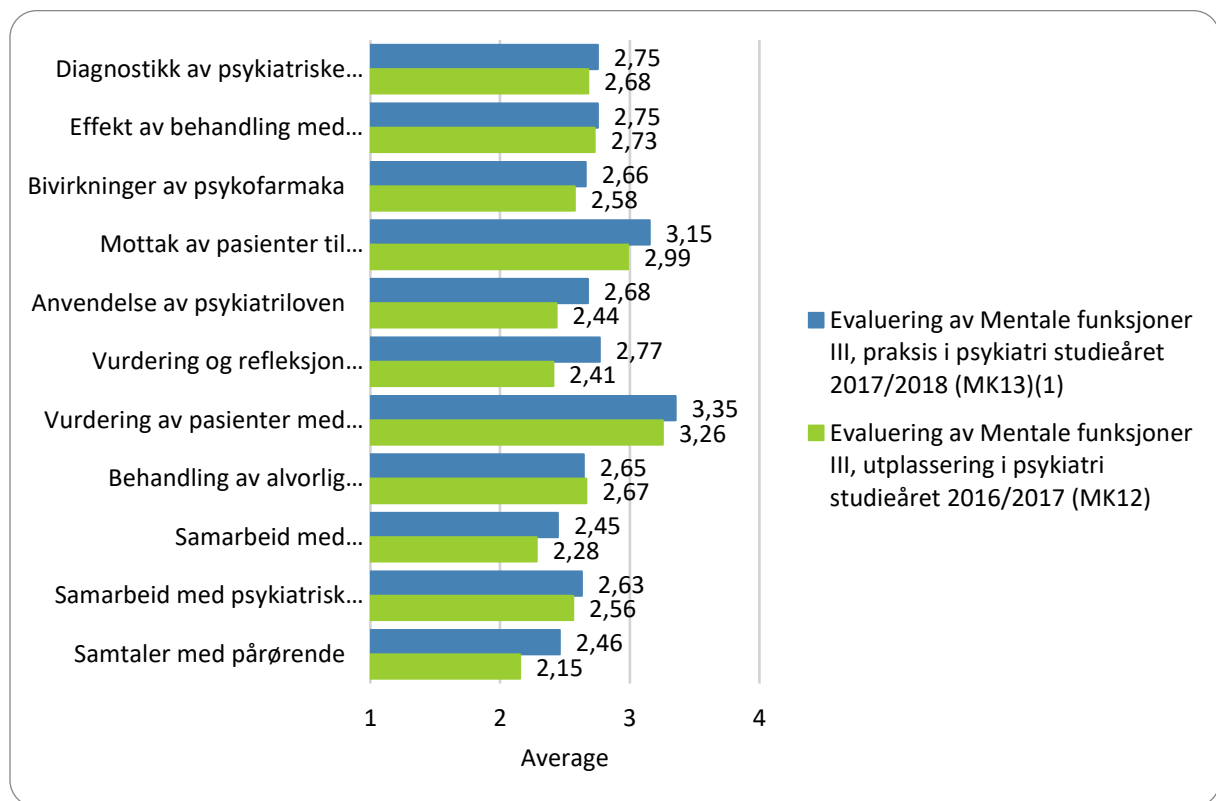
Resultat fra studentenes questback:

Utsagn: I arbeidet har jeg fått erfaring med:



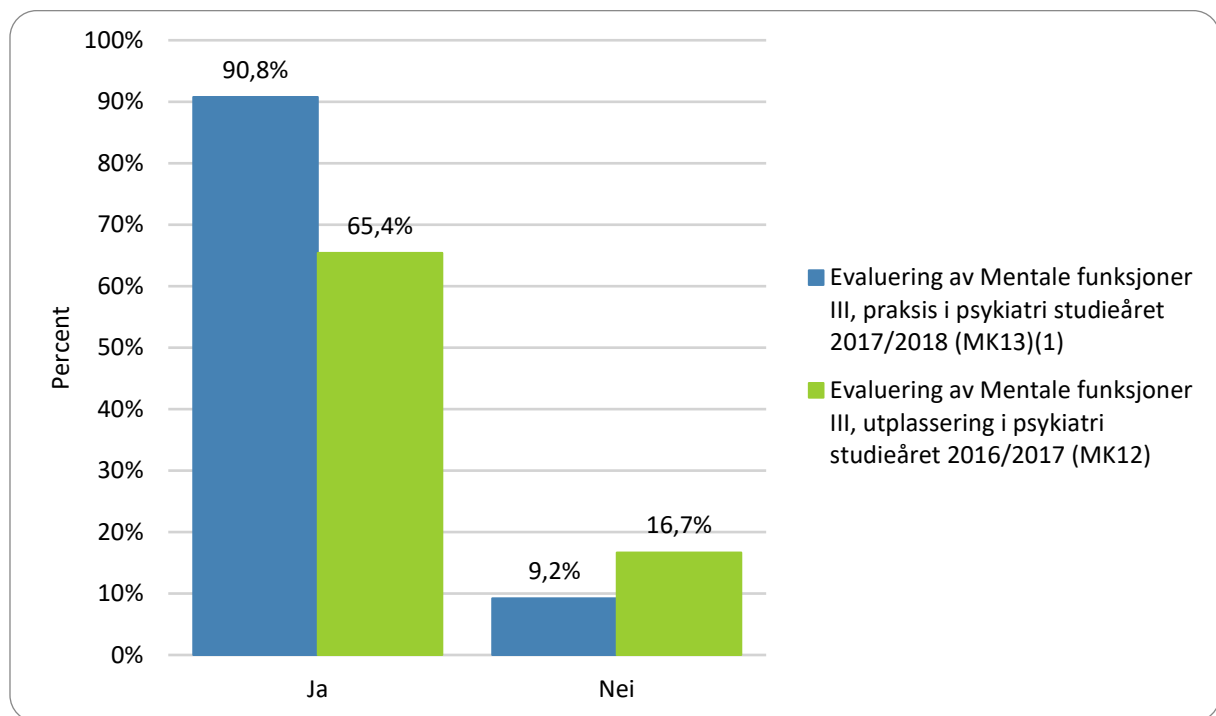
Kommentar: Arbeidspresstet angis å være passe for de fleste og de utfordringer som var knyttet til ferdighetslisten både i forhold til antall gjennomførte oppgaver og erfaringsområder er nå blitt evaluert og tilpasset slik at alle skal ha mulighet til å få dem gjennomført uavhengig av praksissted. Grad av gjennomføring har gjennomgående økt for alle arbeidsområder.

Utsagn: Jeg har fått oppgaver som har passet til mine faglige forutsetninger i faget:



Kommentar: Studentene ønsker å ha selvstendige oppgaver knyttet til utredning og behandling. Studentene har fått mye undervisning i psykiatri og er kunnskapsrike. Vi ønsker å unngå at det blir en observasjonspraksis der studentene kun er med og oppfordres til å stille spørsmål.

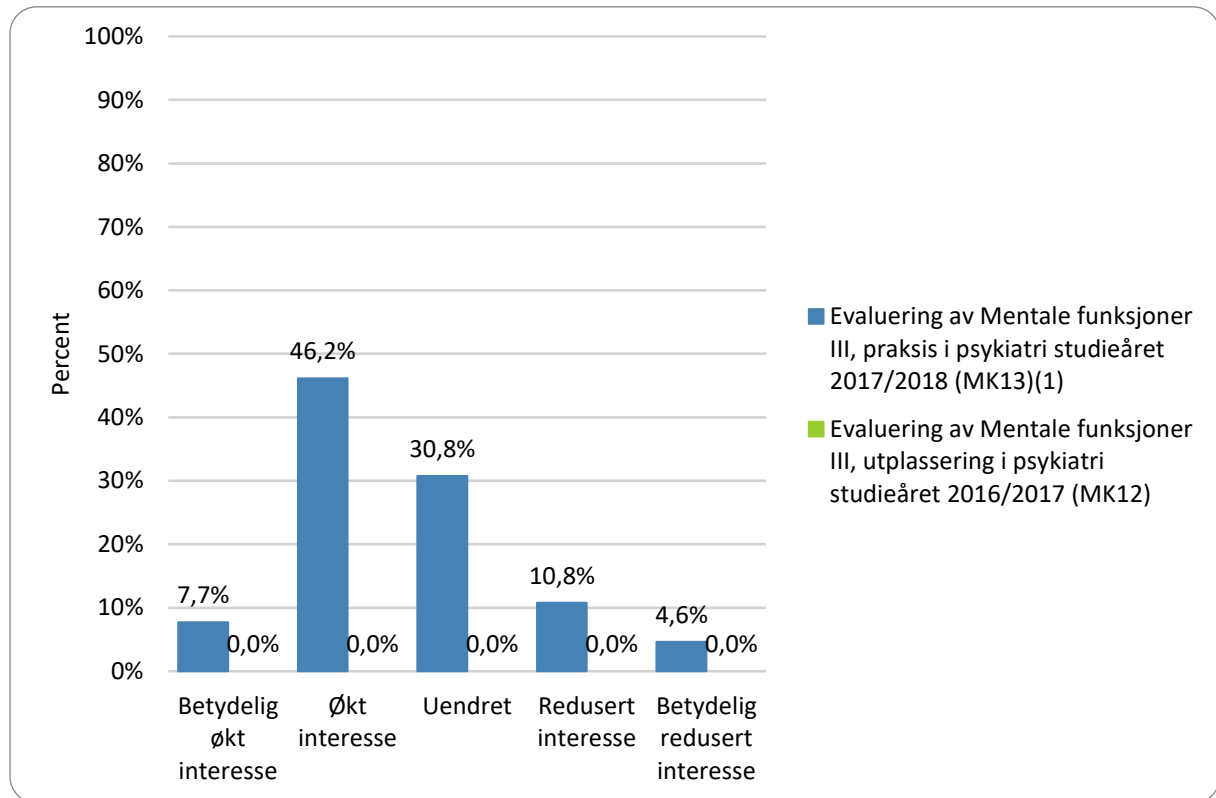
Utsagn: Jeg har fått oppnevnt fast veileder:



Kommentar: Det virker nå å være en god rutine for veiledning og at studentene får oppnevnt faste veiledere. Vi ønsker at det skal være gode muligheter for veiledning, både den strukturerte veiledningen men og mulighet for ad-hoc veiledning i det daglige.

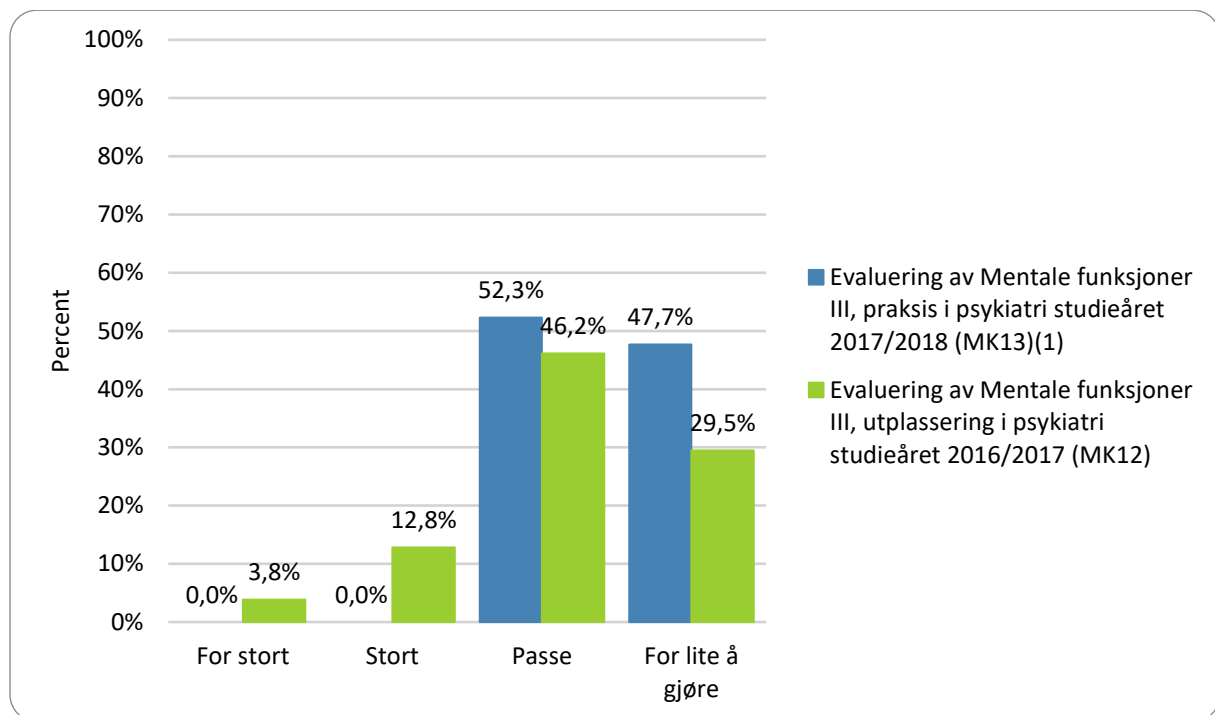
Utsagn: Har din interesse for faget psykiatri endret seg i løpet av utplasseringen:

(Vi har kun data fra i år)



Kommentar: Interessen for faget har økt for svært mange og vi klarer å gi dem gode betingelser for læring under veiledning.

Utsagn: Arbeidspresset har vært:



Kommentar: Det er en utfordring består etter to år med gjennomført utplassering at ca 50 % mener arbeidsmengden er for liten. Det angis å være for mye ledig tid og for lite pasientkontakt.

KOORDINATORENES OPPSUMMERING:

- Det er stor forskjell på gruppen før jul og de to etter jul i forhold til selvstendighet og at dette må det tas hensyn til i planleggingen av studentprogrammet.
- Alle angir nå å ha rutiner på kontakten med studentene og et opplegg som i de fleste tilfeller ser ut til å være et godt utgangspunkt for det videre arbeidet.
- Koordinatorene angir å ha funnet rammen for koordinatorrollen og at det er særlig viktig å være tilgjengelig for studentene slik at eventuelle problemer og utfordringer kan løses raskt.
- Det er gjort noen endringer i ferdighetsskjema med noe mer generelle formuleringer. Dette gjør at studentene i større grad også kan være med på utredninger gjort av andre yrkesgrupper.
- Etter avtale med koordinator har vi blitt enige om at det er ønskelig at studentene er med på vakt der det er mulig.

- Det etterspørres et infoskriv fra universitetet om hva studentene faktisk kan gjøre og hva de kan. Dette for å kunne tilpasse hva de kan gjøre alene i behandlingsforløpene og hva de trenger veiledning til. Flere opplever det noe utfordrende å skille ut legeoppgaver og det å finne «studentvennlige» pasienter som studentene kan følge opp selvstendig. Det er nå også sendt ut en skriftlig tydeliggjøring til alle involverte, der det fremgår hvilke arbeidsoppgaver studentene skal ha, hva de har av teoretisk kunnskap og hvem som har ansvaret for studentene på det enkelte DPS.
- Det forsøkes å benytte alle arenaer innenfor et DPS der studentene kan få pasientkontakt. Poliklinikk viser seg å være utfordrende særlig i langsgående forløp med samtalebehandling. Dette gjelder ikke for eksempel utredningsforløp, der studentene bør være med og bidra aktivt.
- Koordinatorene ønsker konkrete tilbakemeldinger fra questbacksvarene etter hver runde med studenter, for hele tiden å kunne evaluere egen praksis og forbedre opplegget.

KONKLUSJON STUDENTEVALUERING:

- Studentene har gjennomgående hatt en praksisperiode der undervisningen gir mulighet for oppnåelse av læringsmålene.
- Erfaring innenfor alle læringsområder har økt siden fjorårets evaluering
- Det er gledelig at 50 % av studentene angir en økt interesse for faget basert på praksisperioden.
- Det er en utfordring at 50 % angir å ha for lite å gjøre (se nedenfor)
- Det er ønsket fra studentene å få være med på følgevakter samt mulighet for rullering på flere av enhetene innenfor DPSet i tillegg til langtidsavdelingen. Flere har angitt det å være med på vakt som svært lærerikt. Dette er diskutert med koordinatorene og vil bli forsøkt i året som kommer på flere av lokalisasjonene.
- Der studentene har vært med i poliklinikken angis det som svært lærerikt.
- I fritekstfeltet angis det å ha hatt ansvar over noe tid for oppfølging å ha vært lærerikt.
- Antall studenter på hvert sted bør være to for å kunne jobbe sammen. Flere enn to blir utfordrende på de mindre stedene i forhold til arbeidsoppgaver.

VIKTIGSTE FORBEDRINGSOMRÅDER:

1. For få arbeidsoppgaver enkelte steder

Gjennom i de to foregående evalueringene er dette et tilbakevendende tema. Det har vært vanskelig å få god nok tilgang på pasienter, og studentenes ønske om «mengdetrening» i det å jobbe med pasienter innenfor psykisk helsevern og rus. Dette framgår både av questbacksvarene og kommentarer i frifeltet. Resultatet fra evalueringen viser imidlertid en klar forbedring fra forrige kull, over 50% mener i år at arbeidsmengde er passe. Dette er en gledelig utvikling.

Det er vanskelig å se ut av de svarene som er angitt om det er trender for eksempel i forhold til størrelsen på enhetene eller erfaring med utplasserte studenter som er avgjørende for hvor mye dødtid studentene angir, eller hvor fornøyde de er med praksisutplasseringen.

Slik vi vurderer det er antallet pasienter som enten er innlagt ved et DPS eller har en kontakt med DPSen, og der kontakten er av en slik karakter at 5 års medisinstudenter kunne jobbet med dem, mer enn stort nok.

En av studentene har summert problemstillingen godt, sitat fra frifeltsvaret:

Svarene mine i denne evalueringen henger sammen med arbeidsmengde. På spørsmål om "hvor lærerikt" ulike arbeidsoppgaver har vært er det ofte slik at det jeg har vært med på har vært svært lærerikt, men hvis jeg bare har deltatt i en problemstilling én gang på fire uker har jeg ikke lært så veldig mye om det. M.a.o. må svarene i denne undersøkelsen sees i samsvar med at den totale arbeidsmengden har vært for lav. Likevel er den helhetlige oppfatningen positiv. Det har tross alt vært svært lærerikt med fire ukers psykiatripraksis, og jeg håper det blir enda bedre!

2. Å få utnyttet andre deler av DPS enn sengepostene til læring

Koordinatorene gjør en stor innsats for å tilrettelegge så godt som mulig. Dette handler nok i stor grad om at det tar tid å innarbeide nye arbeidsmåter og rutiner i virksomheter som ikke har hatt medisinerstudenter utplassert tidligere. Målet er at studentene skal bli en integrert del av driften, men endringsprosessen vil ta tid. Totalt sett er det en klar utvikling i riktig retning. Bruk av poliklinikk i roligere perioder krever både at koordinatorene og veiledere er tilretteleggere, men og at poliklinikkene involveres aktivt som læringsarena også for medisinstudenter.

Målet med innføringen av praksisutplassering i psykiatri er å gi studentene en mer inngående erfaring i møte med pasienter med psykiske problemer og rusmiddelavhengighet enn det tilfellet var forut for innføringen i studieåret 2016/2017. 2 år etter innføringen av

den nye praksisutplassering i psykiatri er det fortsatt utfordringer og områder som kan forbedres.

Ut fra de svar og tilbakemeldinger som er gitt etter årets utplassering, der 50% av studentene angir at arbeidsmengden er for lav, er hovedutfordringen vår nå å få øket mengden pasientkontakt for studentene. Ferdighetslisten er laget på en måte som oppfordrer til dette, og det er et mål at studentene skal delta i alle deler av et pasientforløp og ikke bare i det som tradisjonelt sett er legeoppgaver. Dette vil det være et øket fokus på i året som kommer.

Vi mener pasientgrunnlaget er stort nok og at det i stor grad nå handler om å gi studentene mer praktisk mengdetrening og erfaring i alle deler av pasientbehandlingen. I tillegg er det ønskelig å forsøke å få til mer deltakelse i poliklinikken.

Koordinatorerne er helt sentrale i arbeidet og er klar over alle de områdene som fungerer god og de utfordringer som består og som må løses før studieåret 2018/2019.

Det er ingen store endringer i koordinatorgruppen slik at erfaringene videreføres og kontinuiteten som en sentral del av videreutviklingen og forbedringsarbeidet er bevart.

Jeg ønsker også å takke for innsatsen som er gjort i året som har gått og for det arbeidet som legges ned i å utvikle læringsarenaen videre.

SAKSFRAMLEGG

Til:
Programstyret for medisin

Møtedato:
12.12.2018

Sak:
40/18

Revidering av utfyllende bestemmelser for eksamen i emnet MED-2510

Innstilling til vedtak:

Programstyret i medisin godkjenner vedlagte «utfyllende bestemmelser for eksamen i emnet MED-2510»

Begrunnelse:

Saken har vært oppe i SPU 5.juni 2018. Enstemmig vedtatt der.
Se vedlegg for den reviderte bestemmelsen.

Gunnar Leivseth
leder programstyret medisin
—
gunnar.leivseth@uit.no
77 62 08 91

Stine Skogdal
rådgiver
—
stine.skogdal@uit.no
77 64 53 91

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur

Utfyllende bestemmelser for eksamen MED-2510

Vedtatt av programstyret 12.12.18 og gjelder fra samme dato.

§1 Eksamensformat

Eksamen er digital. Hver eksamen består av ca 10 % flervalgsoppgaver og inntil 90 % MCQ. Eksamenskommisjonen definerer selv hvor mange flervalgsoppgaver eksamen skal bestå av.

§2 Varighet og hjelpemidler

Skriftlig skoleeksamen. Varighet 6 timer. Ingen tillate hjelpemidler.

Det utdeles kladdeark til bruk under eksamen, men disse samles ikke inn.

§3 Eksamensforberedende periode

Mellom siste undervisningsdag og eksamen skal det være en eksamensforberedende periode på minimum 1 uke.

§4 Innhold

1-4 år: Eksamen utgjør alle delemner i emnet, inklusive profkom og vitkom, på MED-2510.

Minst 60 % består av basalfag. Oppgavesettet vil bestå av ca. 100-120 oppgaver totalt.

§5 Oppnevning av eksamenskommisjon

Programstyret medisin oppnevner eksamenskommisjonen.

Kommisjonen settes sammen av en representant for hvert delemne.

Ekstern sensor for MED-1501 Medisin og odontologi år 1 og MED-2501 Medisin år 2 skal inneha relevant kompetanse i forhold til emnets innhold.

Ekstern sensor for MED-2510 Medisin år 3, MED-2502, International semester, MED-2521 Medisin år 4 vår og MED-3601 Medisin år 6 skal være spesialist i allmennmedisin.

Ekstern sensor bidrar til utarbeidelse og kvalitetssikring av eksamensoppgavene. For emner med kortsvarsoppgaver vil ekstern sensor også delta i sensurering av kortsvarsoppgaver.

§6 Eksamenskommisjonens mandat

Eksamenskommisjonen skal innhente forslag til eksamensoppgaver fra sine respektive delemner, og har ansvar for videre bearbeidelse av oppgavene og valg av endelige oppgaver i henhold til emnets blueprint (oversikt over spørsmål fordelt på fagområde/tema).

Eksamenskommisjonen må også sørge for at blueprint til enhver tid er oppdatert i henhold til emnets læringsmål.

Forslag til eksamensoppgaver og sensorveiledning, både til ordinær og utsatt eksamen, oversendes til Permanent Eksamensutvalg (PEU) senest 15. mars (1. nov for høstsemesteret) for godkjenning. PEU har så to uker på seg til å komme med sine innspill til eksamenskommisjonen.

Endelig eksamenssett, både til ordinær og utsatt eksamen, godkjent av PEU, skal være lagt inn i digitalt eksamenssystem senest 2 uker før eksamensdato.

§7 Vurdering

Ved bedømmelse av studentenes besvarelse gis "bestått" / "ikke bestått". Strykgrense bestemmes ved anerkjent metode for standardsetting. Det skal opplyses hvilken metode eksamenskommisjonen benytter når eksamenssettene sendes til PEU. Det anbefales at eksamenskommisjonene anvender Cohens metode for ordinær eksamen.

§8 Kontinuasjoneksamen og utsatt eksamen

Kontinuasjoneksamen og utsatt eksamen arrangeres uken før semesterstart.

§9 Tilbakemelding til studentene og begrunnelse for karakter

I digital eksamensplattform kan kandidaten se egen score og begrunnelse for en eventuell ikke bestått sensur.

§10 Klage

Kandidatene har tre ukers klagefrist fra den dato de får sensur. Klage over eksamensresultatet skal fremmes skriftlig til Seksjon for utdanningstjenester. Klagekommisjonen får oversendt de påklagede eksamensbesvarelser, oppgavesettet og fasit med begrunnelse, samt oversikt over standardsetting benyttet til å sette strykgrense.

Klagesensur regnes som et nytt vedtak og kan ikke påklages.

Orienteringssaker

**OS 15/18 Diskusjonssak: Utredning om økt opptak Profesjonsstudiet
medisin 2018/5213**

ORIENTERINGSSAK

Til:
Programstyret for medisin

Møtedato:
12.12.2018

Sak:
15/18

Diskusjonssak: Utredning om økt opptak Profesjonsstudiet medisin

Det helsevitenskapelige fakultet er bedt om å svare på en bestilling fra nasjonal arbeidsgruppe nedsatt av KD, om spørsmål knyttet til mulig opptak av flere studenter ved profesjonsstudiet i medisin. Saken har vært diskutert ved flere anledninger i Programstyret. Vedlagt følger et foreløpig rapportutkast basert på innspill fra en rekke sentrale aktører knyttet til studieprogrammet. Det helsevitenskapelige fakultets arbeidsgruppe har startet med bearbeidingen av innspillene, samt diskusjoner rundt konklusjonene de ulike delene av rapporten skal føre frem til.

Programstyret bes om å diskutere de ulike delene av rapporten, og komme med sine innspill til arbeidsgruppen.

Gunnar Leivseth
leder programstyret medisin

—
gunnar.leivseth@uit.no
77 62 08 91

Eva Gjerdrum
seksjonsleder legeutdanningen

—
eva.gjerdrum@uit.no
77 64 59 90
—

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur

Økt opptak til medisinerstudiet - utredning av kapasitet og muligheter.

Innledning

Helsefak og legeutdanningen er bedt om å svare på en bestilling med spørsmål og begrunnelser knyttet til mulighetene for økt opptak av medisinerstudenter. Se vedlagt brev og bestilling fra nasjonal arbeidsgruppe nedsatt av Kunnskapsdepartementet.

Helsefaks dekan satte 18.10 ned følgende arbeidsgruppe som skal arbeide med å svare på bestillingen på vegne av Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT:

- Terje Steigen, prodekan klinisk undervisning. Leder av gruppa
- Eva Gjerdrum, Seksjonsleder Legeutdanningen
- Katrine Wennevold, Studieplansjef
- Gunnar Leivseth, Leder Programstyret medisin og instituttleder IKM
- Rolf Ole Lindsethmo, Hovedkoordinator praksis i sykehus
- May Lill Johansen, Hovedkoordinator praksis i primærhelsetjenesten
- Håkon Lindekleiv, Fag og forskningsdirektør, UNN
- Kevin Wang, medisinerstudent på 4. året og medlem av Programstyret for medisin

Mandat og arbeidsform:

Gruppen fordeler utredningsarbeidet mellom seg med utgangspunkt i hver deltakers kompetanseområde knyttet til oppgaven, og skal i arbeidet sitt involvere Instituttlederne ved ISM og IMB, Praksiskoordinatorerne i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i Nordland, Troms og Finnmark, stedsansvarlige i Hammerfest og Bodø og studieadministrasjonen ved Legeutdanningen. Gruppens mandat fremgår utover dette av bestillingen til fakultetene fra nasjonal arbeidsgruppe nedsatt av KD. Vedlegg.

Dekanens gruppe har utarbeidet et første utkast til rapport som grunnlag for diskusjon i felles ledermøte mellom UNN og Helsefak den 26. november. Med utgangspunkt i hver gruppedeltakers kompetanse og er de blitt bedt om å svare på følgende spørsmål knyttet til bestillingen vi har fått. Se vedlegg.

1. Er det mulig å øke antallet studenter **innenfor dagens studiemodell** ved fakultetet f.o.m høsten 2020?
 - a. Hvis ja, oppgi antallet som kan tilbys og hvilke rammefaktorer som setter et tak.
 - b. Hvis nei, oppgi begrensende faktorer.
2. Dersom fakultetet ble tildelt eller bedt om å opprette flere studieplasser, hvilke muligheter ser dere for å klare det og hvilke forutsetninger må eventuelt oppfylles? Siden det forrige spørsmålet knytter seg til dagens studiemodell, skal vi her beskrive og drøfte de mulighetene vi ser for **økt opptak med evt. nye omlegginger av studiemodellen**.
 - a. Beskriv et scenarium eller flere for hva som må til for økning av studenttallet.
 - b. Hvor mange studenter er det mulig å ta opp innenfor de scenarier som dere beskriver.

Den nasjonale arbeidsgruppa og departementet er spesielt opptatt av kapasiteten knyttet til praksisplasser både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Derfor er det viktig at rapporten er nøye med å beskrive:

1. Eventuelle utfordringer med kapasiteten på aktuelle praksisarenaer i dagens studiemodell og dagen opptak.
2. Utfordringer med praksisplasser ved økning av opptak innenfor dagens modell.
3. Kapasiteten i praksisplasser i en eventuell fremtidig ny studiemodell.

Rapporten og innspillene fra gruppens deltakere er delt inn i følgende tema:

- Praksis i primærhelsetjenesten
- Klinisk undervisning og PKU i primærhelsetjenesten
- Praksis i spesialisthelsetjenesten
- Klinisk undervisning og PKU i spesialisthelsetjenesten/UNN
- Praksis og klinisk undervisning i psykiatri
- Basisfag/preklinikk og teoretisk undervisning
- Innspill fra desentralisert utdanning 5. og 6. året i Bodø og Hammerfest
- Studentenes syn på økt opptak

Vi gjør uttrykkelig oppmerksom på at dette utkastet er i en svært tidlig fase, innspillene er ikke behandlet i felles gruppemøte enda eller i organer ved Helsefak, og de er til dels sprikende i sine anbefalinger. Dette utkastet er satt sammen for at Felles ledermøte skal ha et godt diskusjonsgrunnlag i behandlingen av saken i sitt møte.

1. Praksis i primærhelsetjenesten, 8 uker i 5. studieår

Studieåret 2018/2019 har vi 106 studenter i 5. års praksis, en økning på 18 studenter fra året før. Det var vanskelig for koordinatorgruppa å skaffe så mange nye praksisplasser i løpet av et år. Fra høsten 2019 har vi 116 studenter som skal ha praksis – dvs at vi trenger ytterligere 10 nye plasser, i tillegg til at vi må stabilisere plassene som ble skaffet sist. De negative svarene fra en del legekantor tyder på at det dels er mangel på kontorplass til student, og dels mangel på motiverte og kompetente veiledere. Flere av de meste erfarne allmennlegene i Nord-Norge er nå i ferd med å pensjonere seg, og en del fastlegehjemler står tomme. Med økt arbeidspress i allmennpraksis (av ulike årsaker) og uendret finansiering, er nyrekruttering utfordrende. Yngre leger mer interessert i fritid, og tar på seg færre oppgaver. Mange legekantor har også flere utdanningskandidater, både LIS 1 og LIS3, og de formelle kravene til både supervisjon og veiledning for disse har økt. Nå er det også kommet krav til formell kompetanse praksisveiledere i helseutdanningene. Vi ser det derfor ikke realistisk med ytterligere økning av antall praksisplasser innenfor dagens studiemodell og med dagens ressurser. Sannheten er at vi sliter med å skaffe nok plasser til de 116 studentene som skal starte i praksis til høsten. En prøveordning vi gjerne vil prøve ut i 2019 (inspirert av NTNU) er noen få dobbeltplasser, der to studenter deler på kontor, praksislærer og bolig.

En mulig fremtidig modell vil være å ha fire praksisperioder i året i stedet for tre. Da vil den fjerde gruppa ha praksis i primærhelsetjenesten fra midten av mars til slutten av mai. De studentene som er i den siste praksisgruppa må skrive sin masteroppgave tidligere på 5. året, og de vil få studentlisens to måneder etter de studentene som er i de tre første gruppene. Hvor mange ekstra praksisplasser en slik ordning vil gi, avhenger av hvor mange legekantor som kunne tenke seg å ha studenter fire perioder i året. I dag er det bare halvparten av de 42 kontorene vi har kontrakt med som tar imot tre studenter i året, resten tar to studenter i året. På grunn av problemene med rekruttering og stabilisering av de plassene vi allerede trenger med dagens studenttall, vil vi gi et forsiktig estimat på 10 mulige nye praksisplasser gjennom å øke til fire årlige praksisperioder.

2. Klinisk undervisning i primærhelsetjenesten

I følge den nye studieplanen fra 2012 skal allmennmedisin ha en sentral plass i undervisningen på alle studieår. De første fire årene er undervisningen casebasert, og allmennleger skal være med på

caseutvikling, caseveiledning og casegjennomgang i alle delemner. Dette sliter vi med å få til i dagens modell på grunn av store rekrutteringsvansker til akademiske stillinger i allmennmedisin ved UiT. Dersom studenttallet øker vil dette gjøre situasjonen vanskeligere. Å undervise i større grupper er ikke noe godt pedagogisk alternativ.

De tre første studieårene har studentene to dagers kortpraksis på allmennlegekontor, henholdsvis på høsten, uka før jul og uka før påske. Selv om disse ukene er valgt med omhu med tanke på at studentene kan reise til sine hjemsteder i praksis, er det opptil en fjerdedel av kullet som ønsker å ha praksis i Tromsø. Ofte er det flere studenter som ønsker praksis her enn det er Tromsø-leger som ønsker å student i praksisen sin. Økt travelhet i allmennpraksis har nok bidratt til dette, og det er vanskelig å se for seg en endring uten at arbeidsbetingelsene i fastlegeordningen blir vesentlig bedre, og undervisning blir en del av fastlegejobben.

Allmennmedisin tilbyr i dag praktisk kliniske uketjenester (PKUer) til 3, 4 og 6 års medisinstudenter. Modellen er den samme for alle årene: To og to studenter møter enten på legevakta eller på legekontor, de har konsultasjon med en pasient hver, og får tilbakemelding fra klinisk universitetslektor og fra medstudent, varighet ca 2 timer. Dette er en ressurskrevende men pedagogisk svært vellykket modell som gir en bratt læringskurve spesielt for de ferskeste studentene. På 6. året fungerer PKUene som prøveeksamen i allmennmedisin. Også til stillingene som klinisk universitetslektor for PKUer har det i perioder vært vanskelig å rekruttere. Etableringen av et nytt universitetslegekontor på campus fra høsten 2019, der fastlønnet fastlegejobb skal kombineres med 40 prosent stilling som universitetslektor, kan avhjelpe noe. Uansett vil en økning i antall studieplasser være utfordrende for denne viktige læringsaktiviteten.

1. Praksis i spesialisthelsetjenesten

Isolert sett ut fra praksis i spesialisthelsetjenesten, mener vi det er mulig å øke antallet studenter innenfor dagens studiemodell ved fakultetet f.o.m høsten 2020.

Gjennomføring av 5. års praksis ved UNN Tromsø har til nå vært forbeholdt studenter med spesielle behov, familiære forhold etc. Dette har resultert i svært varierende antall 5. års studenter ved UNN Tromsø gjennom de siste 10 årene (8-16 studenter), dog er kapasiteten betydelig høyere. Vi mener at UNN Tromsø kan ta imot totalt 25 medisinerstudenter. I tillegg kan antallet praksisplasser i Harstad og Narvik økes med henholdsvis 3 og 2, totalt 5 plasser.

Utfordringer:

Tid til undervisning er en begrensende faktor. Bistillingsavtalen må legge til rette for at de som har universitetstilknytning får den nødvendige tid til undervisning. Denne avtalen er under revisjon nå. Andre begrensende faktorer er tilgang på pasienter og undervisere i en travel sykehushverdag. I vår region er det relativt få pasienter innlagt. Noen arenaer er klart begrenset av pasienttilgangen, eksempelvis gynekologi og obstetikk. Vi ser allerede at jordmor-utdanningen strever med å få nok fødsler til jordmor-studentene. Lokalisering og plass er en begrensning, rom for undervisning og rom for journalskriving. Hvis all undervisning skal skje fra 08-16 er det vanskelig å øke antallet studenter. Det er vanskelig å finne ledig legetid for undervisning.

For å få dette til forutsettes en del moderate praktiske endringer, uten endring av studiemodellen:

- Organiseringen av praksis i somatisk spesialisthelsetjeneste er uløselig knyttet til praksis i primærhelsetjenesten og i psykiatri. Det er uttrykt behov for økning fra 3 til 4 praksisperioder for å kunne øke antallet praksisplasser i de to sistnevnte spesialiteter. Dette vil således medføre behov den samme økningen i antall praksisperioder i somatisk

spesialisthelsetjeneste.

- I dagens studiemodell gjennomgår 5. års studenter obligatoriske kurs i gipsing, suturering, radiologisk undersøkelser og EKG, organisert og gjennomført ved praksissykehuset. Vårt inntrykk fra praksisevalueringer er at kursingen av studentene er av variabel kvalitet og omfang fra sykehus til sykehus. Ved økning av antall studenter og derav behov for økning fra 3 til 4 praksisperioder vil en kunne effektivisere denne obligatoriske kursingen for å unngå repeterte kurs og unødig belastning på lokalt personell. Vi anbefaler derfor en sentral oppstarts-uke hvor gipsekurs, suturkurs og andre felles ferdigheter legges inn før klinisk praksis begynner. Denne kunne eventuelt ligge på slutten av 4. studieår, etter eksamen. En sentralisering av disse kursene til UNN/UiT på slutten av 4. år ville avlaste lokale koordinatorene og personell på de mindre lokalsykehusene og sørge for en uniform kursing av studentene forut for praksisåret.
- I den praktisk kliniske undervisningen bør man legge opp en arbeidsplan/turnus som fordeler studentene utover dagen/ettermiddagen og kveld/natt. Dette kan løses ved at noen møter klokken 12 istedenfor klokken 08. Dette vil legge til rette for følgevakt, journalskriving og pasientkontakt.
- Vi må se for oss andre læringsarenaer, som simuleringssenter, innleide pasienter, kveldspoliklinikker og lignende. Slike endringer forutsetter lokal forankring i den enkelte institusjon og forankring i Helse Nord for å sikre finansiering av fagfolk i undervisningsrollen. Dette vil også kunne avhjelpe behov i utdanningen av leger i spesialisering (LIS).
- Noe nettbasert undervisning kan utvikles, dette kan være med å sikre «basis» for klinisk arbeid sammen med kollokvier som sikrer kontakt mellom mentor og student.
- Det vil sannsynlig være kapasitetsproblemer ved gynekologisk avdeling for gjennomføring av praksis og obligatoriske elementer av denne. En må derfor vurdere å redusere krav om aktiv deltakelse ved fødsler og heller kreve at studentene har vært med på og observert fødsel, gjerne sammen med jordmor-studenter. Avklaring av dette i forhold til nasjonale krav er nødvendig.

Andre forhold som må avklares ellers endres:

- Bistillingsavtalen UNN/UiT må avklares og legge til rette for at man har 50/50 %, %50/70 % eller andre varianter av bistillinger som gir legen i bistillingen avsatt tid til undervisning i hverdagen.
- Som incentiv til lokalkoordinatorernes gode innsats bør honoraret per student tilfalle koordinatorgruppen for faglig utvikling.
- Tilbud fra UiT om noe pedagogisk kursing av koordinatorene og andre undervisere i sykehus. Vi tenker oss her et begrenset nettbasert kurs med en eller to korte samlinger. Dette vil avhjelpe behov både i student- og LIS-utdanning.
- Noen nye, eller omfordeling av bistillinger vil være nødvendig (se psykiatri/rus) for å gjennomføre undervisning av studentene 1.-4. og 5.-6. år.

3. Klinisk undervisning og PKU i spesialisthelsetjenesten/UNN

Det er vanskelig å kunne tilby praktisk-klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten til flere medisinstudenter ved UiT innenfor dagens studiemodell.

Dagens studiemodell er i stor grad basert på den tradisjonelle praktisk-klinisk undervisningen der studenter undersøker selv og får demonstrert funn på inneliggende pasienter. De siste 20 årene har spesialisthelsetjenesten hatt en betydelig omlegging av driften fra døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk. Videre er liggetiden betydelig redusert og turnover i kliniske avdelinger økt betydelig. Den praktisk-kliniske undervisningen av dagens antall medisinstudenter er allerede utfordrende.

Det kan være mulig å øke kapasiteten ved å endre den praktisk-kliniske undervisningen ytterligere. Dette kan gjøres gjennom å utvide undervisningstiden til også å inkludere ettermiddager og kvelder, i større grad benytter poliklinisk virksomhet, kanskje leie inn pasienter som bor i nærheten av sykehuset og som kan bidra i undervisningen selv om de ikke har planlagt behandling ved sykehuset og i større grad ha undervisere i hovedstilling. En slik endring vil kreve en bred prosess som det ikke er mulig å starte eller fullføre innen januar 2019.

Det er en forutsetning at spesialisthelsetjenesten tilføres ekstra ressurser dersom antall studenter skal økes. Spesialisthelsetjenesten er allerede pålagt betydelige omstillingskrav både gjennom tildelinger på statsbudsjettet og ved at nye tilbud og den nye spesialistutdanningen for leger skal skje innenfor dagens budsjettrammer. Det er ikke ledige leger som kan utføre mer undervisning på grunnstudiet. Deltagelse av medisinstudenter på avdelingene er positivt, men erfaringsmessig kan dette medføre driftsutfordringer ettersom en lege ofte bruker lengre tid på å behandle en pasient dersom en student deltar. Å øke antall studenter i dagens studentgrupper er et alternativ, men tilbakemeldingen fra lærere og studenter er at dagens grupper er for store. Større studentgrupper kan redusere kvalitet og øke belastningen på pasientene.

4. Praksis i psykiatrien

Utplassering i psykiatri ved et lokalt DPS i regionen foregår nå ved 14 enheter. Vi benytter alle enhetene som er tilgjengelige. Det har vært ønskelig med minst to studenter ved hver enhet for at studentene skal kunne ha nytte av hverandre og jobbe sammen, men og av mer organisatoriske årsaker. Ved UNN-Åsgård og i Bodø er antallet 6-8 studenter i hver omgang. Studentene er utplassert i tre omganger a 4 uker.

Psykiatrikoordinator vurderer det ikke mulig med en økning i antall studenter pr. omgang. Kapasiteten er allerede presset. Det vil imidlertid være mulig å ha en ekstra omgang med studenter i løpet av studieåret og det vil da være organisatorisk mulig med en økning av antallet studenter i utplasseringen i psykiatri dersom 5. året ses på isolert. Det er ikke diskutert med de ansvarlige for 2. året og 4. året hvorvidt det er mulig å øke i forhold til kapasiteten på PKU, men det er gitt et tilsvarende svar fra ansvarlig for undervisningen i rusmiddelavhengighet som følger. Vi trenger også mer tid før et endelig svar kan gis og dette svaret må ses på som et foreløpig svar.

5. Klinisk undervisning i psykiatrien

Uttalelsen gjelder undervisning i faget Rus- og avhengighetsmedisin.

Undervisningen av medisinerstudenter innen Rus- og avhengighetsmedisin er lagt til 2. 4. og 6. studieår. Undervisningen består av fellesforelesninger, praktisk klinisk undervisning (PKU) i grupper og case-baserte undervisning i grupper. Klinisk orientert fellesundervisning innen Rus og avhengighetsmedisin har gjennom mange år vært besørget av en person for 2., 4. og 6. studieår. Klinisk orientert gruppeundervisning fordeles mellom overleger ved Rusavdelingen. Gruppebasert undervisning er ressurskrevende, særlig når slik undervisning legges til kliniske avdelinger eller når slik undervisning må besørges av leger ved kliniske avdelinger.

Ny studiemodell har ført til økt utplassering av studenter på 6. studieår i Bodø og Finnmark. I Tromsø er studentene utplassert i ulike enheter ved Rusavdelingen UNN HF, noe som har gitt en betydelig økt arbeidsbelastning for leger ved avdelingen de siste årene. Ingen leger ved Rusavdelingen UNN HF har, per i dag, bistilling ved UiT for å ivareta denne undervisningen. Under disse vilkårene er PKU og case-basert undervisning vanskelig å organisere og gjennomføre. Økt opptak av medisinerstudenter vil føre til økt belastning på legene ved Rusavdelingen og vil være vanskelig å gjennomføre uten at det tilføres ressurser til avdelingen.

Samlet vurdering klinisk undervisning i rus og psykiatri:

- 1 Er det mulig å øke antallet studenter **innenfor dagens studiemodell** ved fakultetet f.o.m høsten 2020?

Nei. Begrensende faktor er ressurser som trengs ved gruppebasert undervisning ved Rusavdelingen UNN HF.

- 2 Dersom fakultetet ble tildelt eller bedt om å opprette flere studieplasser, hvilke muligheter ser dere for å klare det og hvilke forutsetninger må eventuelt oppfylles ved **nye omlegginger av studiemodellen**?

Det vil være mulighet til å øke studentantallet ved å øke ressurser til gruppebasert undervisning ved Rusavdelingen UNN HF.

Det må ansettes overlege(r) i bistilling, knyttet til Rusavdelingen for å ivareta denne undervisningsformen.

Dersom studenttallet fører til økning i antall grupper, vil arbeidsbelastningen øke betydelig.

6. Basisfag/preklinikk og teoretisk undervisning

Er det mulig å øke antallet studenter innenfor dagens studiemodell ved fakultetet f.o.m høsten 2020?

Ja, inntil 25. I de to første studieårene foregår en stor del av undervisningen i grupper. For all gruppeundervisning som foregår på legeutdanningen vil utfordringene for en stor del være av ressursmessig art. Det vil bli behov for flere grupper, og dermed flere kvalifiserte undervisere. Dette gjelder for all type undervisning, teoretisk, praktisk og klinisk undervisning. Dagens studiemodell har et stort innslag av studentaktiv læring i form av grupper/lab/case. Ved en økning av studentantallet bør forholdet mellom forelesninger og grupper/lab/case vurderes.

På de to første studieårene er det per i dag sprengt kapasitet i forhold til tilgjengelig laboratorieareal, slik at en økning på 25 eller mer vil bety at det må dannes nye grupper. Det kan bety at det ikke er plass i en normal timeplan (8-16) og innebærer at undervisningstidsrommet må utvides. For å øke kapasiteten må det gjøres endringer i Ex.phil slik at det frigjøres mere tid på timeplanen til annen undervisning. Antall studenter på basisgrupper som driver med gruppearbeider under veiledning, må økes.

Økt bruk av eldre studenter, som er en ressurs, i undervisning bør vurderes. Det bør være en utvelgelse av de som er mest motivert/egnet for å oppnå best mulig kvalitet.

Dersom fakultetet ble tildelt eller bedt om å opprette flere studieplasser, hvilke muligheter ser dere for å klare det og hvilke forutsetninger må eventuelt oppfylles? Her beskrives et scenarium for økt opptak med evt. nye omlegginger av studiemodellen.

- Økt antall studieplasser vil medføre noen tilpasninger i studieplanen, som f.eks. økte gruppestørrelser og utvidelse av undervisningstid. Det forutsettes at dette ikke medfører en ny revisjon av studiemodellen som ble avsluttet i 2017.

- Bistillingsavtalen UiT/UNN må avklares og legges til rette for at man har 50/50 %, 50/70 % eller andre varianter av bistillinger som gir den ansatte i bistillingen avsatt tid til undervisning i hverdagen
- Vi må se for oss andre læringsarenaer, som simuleringssenter og mer bruk av digitale læringsverktøy.

Innenfor dette scenariet er det mulig å øke opptaket med 25-30 studenter.

7. Innspill fra desentralisert utdanning 5. og 6. studieår i Bodø

Innenfor dagens studiemodell vil et økt opptak av studenter fra høsten 2020, slå inn for Bodømodellen høsten 2024. På det tidspunktet vil sykehusutbyggingen som Nordlandssykehuset har vært igjennom de siste 7 årene være ferdig og undervisningen på revidert studieplan vil sitte godt. Med disse forutsetningene ser vi for oss at å øke studenttallet i Bodø med 50% (fra 24 til 36) skal kunne være realistisk, gitt at universitetet i Tromsø sørger for forutsigbare økonomiske rammer som ikke gjør oss sårbare for svingninger i undervisningstilskuddet fra Helse Nord. Om vi går for en slik løsning, vil vi ha behov for flere undervisere (innenfor noen, ikke nødvendigvis alle fagfelt) og en styrket lokal studieadministrasjon.

Om man skulle tenke endringer av nåværende studiemodell, for eksempel et desentralisert 3+4. studieår (slik de har gjort ved NTNU med Levanger og Namsos), ser vi for oss at vi fra 2022 kunne tatt i mot 6 studenter på 3. studieår og økt med 6 studenter årlig inntil vi ender på 36 studenter på 3-6. studieår. For eksempel noe sånt som dette:

År	3. år	4. år	5. år	6. år
2022	6	0	24	24
2023	12	6	24	24
2024	18	12	30	24
2025	24	18	36	30
2026	30	24	36	36
2027	36	30	36	36
2028	36	36	36	36

Om vi skulle bli enige om å gå for en slik løsning (eller noe liknende), vil behovet for undervisningsressurser, administrasjon og fasiliteter bli ytterligere forsterket.

Dette er hva vi tenker, som et første utspill i denne prosessen. Vi er positive til å se på mulighetene for å øke og bidra sterkere inn i utdanningen av legestudenter i Nord-Norge. Så får vi diskutere detaljer som ulike fagfelts styrker og svakheter i Bodø/Nordland, finansiering og evt utbedrede fasiliteter i neste omgang.

8. Innspill fra desentralisert utdanning 5. og 6. studieår i Hammerfest.

Det er ikke mulig å svare godt på spørsmålet om økt studenttall innenfor den tidsfristen som her er gitt. Finnmarksmodellen driftes av undervisere fra Finnmarkssykehuset, tre kommuner og UNN (regionale fag). Finansieringen er i all hovedsak ekstern. Dette gjenspeiler også organiseringen som er i prosjektfasen. Vi har enda ikke hatt 12 studenter på 6. året og har ikke erfaringer fra full drift, men vi ser at undervisningsressursene vi har tilgjengelig blir brukt opp med 2 x 6 studenter i rotasjon.

De tre kommunene finansierer for eksempel stillinger til undervisere på ISM. Kommunene Alta, Karasjok og Hammerfest må derfor alle involveres i et eventuelt spørsmål om økt studenttall. Finnmarkssykehusets ledelse avslutter nå byggeprosjekter i Kirkenes, Karasjok og Alta samtidig som prosjekteringen av nytt sykehus i Hammerfest er på sitt mest intense. Det har vært en helt urealistisk

oppgave å forsøke å samle beslutningstakere i respektive organisasjoner på disse få ukene som har vært til rådighet. Vi har derimot diskutert temaet i prosjektstaben hvor 6. års koordinatorene fra kommunene har deltatt. Temaet er også berørt når programstyret besøkte Hammerfest 14- 15. 11. Innspillet er i stor grad tuftet på diskusjonen i prosjektstaben pluss mine utfyllende tanker.

Per i dag er stemningen i kommunene at de ønsker at ISM skal finansiere stillingene som i dag er finansiert av hver av kommunene. Dette er nylig tatt opp med ass direktør Nylund når han besøkte Alta kommune i høst. Det er kjent at lønnsbetingelsene er dårlig tilpasset en fastleges utgifter. Dette utgjør en dobbelt begrensende faktor;

a) ISM må overta finansieringen

b) er det flere fastleger som brenner så for undervisning at man vil tape lønns inntjening?

I spesialisthelsetjenesten ved Klinikk Hammerfest er det pågående rekruttering innenfor de regionale fagene nevrologi, hud, revmatologi, onkologi, øye og ØNH. For fagene nevrologi og hud er det foreløpig uavklart når stedlig spesialist for undervisning vil være på plass. I onkologi jobbes det med å få flere stedlige onkologer og i ØNH og øye vil det være spesialister med bistillinger på plass i 2020. Rekrutteringsarbeidet skjer i et samarbeid mellom prosjektledelsen, UNN, IKM og Finnmarkssykehuset. Spesialistene som er i klinikk Hammerfest (omfatter både Hammerfest, Karasjok og Alta) er svært involvert i alle byggeprosjekter og planlegging av fremtid drift (ambulering fra Hammerfest til Alta og Karasjok). I tillegg kommer prosjektering av nytt sykehus i Hammerfest, undervisning/veiledning av 5. og 6. års studentene og implementering av ny spesialistutdanning.

Oppsummert og overordnet mener prosjektstaben at Finnmarksmodellen må få erfaringer med 12 studenter på begge studieår samt noe mer tid til å få fram flere bærende akademikere så det blir flere til å dele på oppgavene. Likevel besvares spørsmålene da vi legger til grunn en optimisme for fremtiden og at miljøet i Finnmark nettopp vil bli sterkere slik prosjektet har planer for. Oppbyggingen av Finnmarksmodellen understøttes av særlig Helsefak, UNN og FIN, i et eget arbeid utover undervisningsarbeidet.

Er det mulig å tilby flere studentplasser fra høsten 2020? Et større MK-20 vil ikke merkes vesentlig i klinikk/praksis i Finnmark før ved 5. studieår, gitt samme studieplan som i dag. Det vil si høsten 2025.

Det betyr at når rekrutteringsarbeidet har lyktes, academia har blitt sterkere og finansiering av kommunale stillinger er på plass så kan det være grunnlag for å starte diskusjonen om økt undervisningsansvar til Finnmark. Hvor mange av studentene på et kull er i en livssituasjon der de kan delta på en desentralisert studiemodell?

Dersom fakultetet ble tildelt eller bedt om å opprette flere studieplasser, hvilke muligheter ser dere for å klare det og hvilke forutsetninger må eventuelt oppfylles?

Dette kan bety flere i antall eller desentralisering tidligere i studiet. Digitalisering av undervisningsplattformer er foreløpig kommet kort ved medisinerutdanningen på UiT og kan gi nye muligheter for at studentene desentraliseres tidligere i studiet ved at undervisningen understøttes av digitale løsninger. **Det vil være å foretrekke at studentene desentraliseres tidligere enn at flere desentraliserte studiemodeller introduseres for 5. og 6. året, utover Finnmark og Bodø.**

Begrunnelsen er erfarings basert med ståsted Finnmark - og handler om at et godt samarbeid mellom studiested og organiseringen internt på Helsefak foreløpig ansees som «nybrottsarbeid» jfr etablering av ny organisering hvor ELU og programråd opprettes og nylig etablert Felles Utdannings Utvalg Finnmark.

Det vil også være bra for student og underviser å følge enkeltpersoners utvikling over flere år ved en modell der studentene desentraliseres tidligere enn 5. året. Det ansvarlig gjør både student og underviser.

Utfordringer med kapasiteten på aktuelle praksisarenaer i dagens studiemodell og dagen opptak: I Finnmark er **nok gruppestørrelse på 6 oppad maksimalt for våre læringsarenaer**. Særlig gjelder det Karasjok (psykiatri og allmennpraksis) og pediatrik avdeling ved Hammerfest sykehus. Sistnevnte er antakelig den mest begrensede faktor ettersom fødselstallet i Finnmark har gått jevnt nedover de siste 15 år. Tilsvarende ser tallene for inntak til vgs skole på årskull ut slik at tilflytning av unge ikke kompenserer for færre fødte Finnmarkinger. I primærhelsetjenesten har flere nye legekontor i Finnmark tatt imot 5. års studenter dette studieåret (n = 28 studenter) og mye av kapasiteten er allerede hentet ut med nåværende kullstørrelse.

Utfordringer med praksisplasser ved økning av opptak innenfor dagens modell: Dårligere kvalitet på undervisningen. Flere studenter per pasientkonsultasjon.

Kapasiteten i praksisplasser i en eventuell fremtidig ny studiemodell: Kapasiteten er uendret men kan utnyttes bedre ved å utnytte hele døgnet (turnus) i for eksempel 4. studieår. Men da må kunnskap i større grad tilføres gjennom digitale plattformer og ikke i samtid ettersom kullet vil være spredt utover døgnet og på flere praksisarenaer/studiested.

9. Et studentperspektiv på økt opptak av medisinstudenter i Tromsø.

Det er mulig å øke antall medisinstudenter, men det finnes begrensninger. Allerede med dagens studentantall merkes det veldig godt at vi er mange. Som 4. årsstudent og tillitsvalgt ser studentrepresentanten i arbeidsgruppen disse begrensningene:

- Det er i enkelte delemner allerede for store grupper når vi er på sykehuset. Studentene opplever at leger tar med seg deler av gruppen og andre blir stående igjen, fordi det ikke var plass å ta med seg alle til pasient. Jeg vil derfor si at man ikke burde øke gruppestørrelsene ytterligere.
- Perioder med mange studenter på sykehuset fører til at både leger og pasienter blir undervisningstrette. Det nevnes ofte av legene at vi er mange. Og vi merker at det derfor ofte er bedre å ha PKUer i starten av delemnene enn på slutten. Enda flere studenter kan gjøre belastningen større.
- En del undervisning må man selv melde seg på gjennom SPIPS. Her er det ofte vanskelig å få melde seg til et passende tidspunkt og det blir ofte fullt veldig fort med dagens studentantall.
- Med store studentgrupper på sykehuset er man avhengige av at det er flere leger som har mulighet til å ha med seg studenter slik at gruppen deles opp. Det fungerer utmerket på avdelinger med god tid og engasjerte leger. Andre avdelinger kan det være kun en underviser som har tatt på seg for mye, fordi ingen andre hadde tid eller lyst.
- Har lyst til å legge oppmerksomhet på oppfølging og tilbakemelding til studentene. Medisin i Tromsø er, med kun en eksamen i året og få innleveringer, et veldig selvstendig studium. Dialog med forelesere og tilbakemeldinger i undervisningen blir derfor ekstra viktig, men det kan tenkes at dette blir vanskeligere med økt studentmasse. Det er allerede lett å forsvinne i mengden.
- Det er mye bra undervisning i grupper på medisinstudiet i Tromsø. Herunder førstehjelpsuka, histologilab, undersøkelse av bevegelesapparatet, disseksjoner, casearbeid og mer. Det er ressurskrevende, men jeg ønsker ikke at et økt antall studenter skal føre til at god undervisning må taes ut av studiet.

Om man skulle øke opptaket av studenter er det spesielt den kliniske undervisningen på sykehuset som må endres. Det er ikke mulig å øke gruppestørrelsen mer enn i dag, men det er kanskje mulig å lage flere grupper. Om man i tillegg klarer å engasjere flere av legene på UNN til å bli interesserte i undervisning vil det også bli lettere å være en stor gruppe studenter. Man må også sørge for å kunne gi en viss tilbakemelding og oppfølging til den potensielt større mengden medisinstudenter i Tromsø. På bakgrunn av erfaringene som student og samtaler med medstudenter tror jeg ikke man burde øke antall studenter med mer enn maksimalt 20.

10. Konklusjon

Simulering og desentralisert undervisning

Det er ikke uten videre mulig å se for seg hvordan man skal øke antall studenter innenfor dagens studiemodell. Det kan imidlertid vær mulig å tenke seg løsninger som kunne bidra til å gjøre det mulig å ta opp flere studenter ved UiT.

Den ene muligheten er å satse mer på simulering enn det som er tilfellet i dag. Mange studiesteder i utlandet har egne personer som de bruker som simulerte pasienter. Dette kan være skuespillere eller legfolk som får egnet undervisning. På denne måten kan studentene lære om kommunikasjon, undersøkelse og diagnostikk under kontrollerte betingelser. For å få til dette kreves det imidlertid midler til å bygge opp en slik "pool" av simulerte pasienter som får opptrening og instruksjon i hvordan dette skal fungere. Dette krever en egen ansatt for å administrere disse, og en skuespiller som kan instruere. I tillegg må det lages pasientkasusistikker som de simulerte pasientene skal spille. Denne undervisningen kan i stor grad erstatte PKU på 2-4 studieår, mens PKU senere i studiet må fortsatt inneholde vanlige pasienter for å kunne gi utfordringer til studentene. Imidlertid vil tilfanget av pasienter for 5 og 6 studieår øke hvis man lar studenter på yngre kull benytte seg mer av simulering.

Ved hjelp av teknologi kan man få til at simulerte pasienter har patologiske hjerte og lungelyder ved auskultasjon, og selv om det er vanskelig å få til kliniske funn ved simulering for øvrige problemstillinger er det kanskje ikke umulig. I tillegg kan man bruke dukker og muligens virtual reality i fremtidens simulering, men dette krever midler til etablering av en simuleringslab med egnet utstyr.

En annen mulighet er å satse på økende grad av desentralisert undervisning. Dette er prøvd i andre land med spredt befolkning, som Skottland, Canada og Australia med stort hell. Tromsø har allerede erfaring med desentralisert undervisning i Bodø og Finnmark. NTNU har også startet et slikt prosjekt høsten 2018. Studentene får lære medisin i distrikt, og med økt fokus på læring innen primærhelsetjenesten. En slik modell ville fungert aller best om finansieringen av undervisning av helsepersonell i primærhelsetjenester ble etablert fra sentralt hold først. Uten dette krever det økt støtte til universitetene for å betale allmennleger i distrikt for å bidra til slik undervisning.

ORIENTERINGSSAK

Til:
Programstyret for medisin

Møtedato:
12.12.2018

Sak:
16/18

Orientering fra prosjektsekretariatet i RETHOS

Vedlagt følger e-post fra UiTs representant i RETHOS, Arthur Revhaug, samt høring om forslag til nasjonal faglig retningslinje for medisinutdanningen.

Elin Holm
seniorrådgiver

elin.holm@uit.no
77 64 54 87

Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur

From: [Katrine Wennevold](#)
To: [Eva Gjerdrum](#); [Elin Holm](#)
Subject: FW: Orientering fra prosjektsekretariatet i RETHOS
Date: 29. november 2018 15:42:01
Attachments: [image001.png](#)

From: Arthur Revhaug <arthur.revhaug@uit.no>
Sent: torsdag 29. november 2018 14:16
To: Terje Steigen <terje.steigen@uit.no>; Katrine Wennevold <katrine.wennevold@uit.no>; Geir F Lorem <geir.lorem@uit.no>; Gunnar Leivseth <gunnar.leivseth@uit.no>
Subject: Fwd: Orientering fra prosjektsekretariatet i RETHOS

Hei!

Her er siste info fra RETHOS sekretariatet i KD

Høringsforslaget er nesten identisk med det siste jeg sendte dere sist

Ledelsen har sikkert en plan for hvordan høringen skal gjøres hos oss. Min sterke oppfordring er i alle fall å sørge for at alle får anledning til å kommentere/bli hørt. Så langt har det jo vært svært få som har engasjert seg..

Minner igjen om Implementeringskonferansen 19. mars for de som skal ivareta implementeringen.

Mvh

Arthur

Emne: Orientering fra prosjektsekretariatet i RETHOS

Hei alle sammen i programgruppene for fase 2 –utdanningene i RETHOS!

Da er høringen sendt ut og publisert på regjeringens sider:
<https://www.regjeringen.no/no/dokument/id20000006/?documenttype=dokumenter/h%c3%b8ringer&ownerid=586>

Tusen takk for den fine innsatsen fra dere alle! Nå blir det spennende å se på tilbakemeldingene!

Fristen for å gi høringsinnspill er 3. mars 2019, og etter det vil prosjektsekretariatet samle og strukturere innspillene og sende de over til dere. [Dere vil også få hvert enkelt høringsinnspill slik at dere kan gå til "kildene"](#). Dere har da en plikt til å vurdere alle innspill.

Det er fortsatt ikke klart om retningslinjene skal forskriftsfestes eller ikke. Saken ligger hos politisk ledelse. Vi vil orientere dere så snart vi vet noe. Ved en eventuell forskriftsfesting av retningslinjene, vil prosjektsekretariatet ta

ansvar for å konvertere disse til forskrifter. Det vil ikke innebære innholdsmessige endringer.

4. februar er det høringskonferanse på Oslo kongressenter. Vi forventer da at leder og nestleder møter. Dersom det ikke er mulig, så er det fint om dere sier ifra til prosjektsekretariatet så raskt som mulig. Konferansen er åpen for alle, men siden den kun er obligatorisk for leder og nestleder, så har vi ikke mulighet til å refundere kostnader for øvrige medlemmer. På konferansen er det forventet at gruppene presenterer sine retningslinjer, og har en dialog med de som er til stede på parallellsesjonene. Vi kommer tilbake med program og mer informasjon.

19. mars er det implementeringskonferanse. Konferansen vil særlig omhandle departementets forventninger til uh-sektoren fremover og på det arbeidet de skal gjøre for å følge opp retningslinjene. Programgruppene vil ikke ha noen formell rolle på denne konferansen, men vi oppfordrer dere til å komme, særlig dere fra uh-sektoren. Vi oppfordrer dere også til å invitere de som skal arbeide med implementering av retningslinjene ved institusjonene. Kanskje noen allerede har startet implementeringen og kan vise frem noen gode eksempler? Dersom dere har slike gode eksempler fra egen institusjon eller andre, så gi oss gjerne et hint! Det er fint om dere gir oss det ev hint innen 15. desember slik at vi både kan ta kontakt og få innpasset det i programmet på konferansen. Konferansen er åpen for alle, men siden det ikke er obligatorisk oppmøte for programgruppene, kan prosjektet heller ikke refundere utgifter til denne konferansen.

Til våren vil det komme en midtveis-evaluering av retningslinjearbeidet (egenevaluering). Da vil det komme en questback som vi ber dere svare på. Deres erfaringer er svært viktige for oss og for innrettingen av det videre arbeidet.

Noen av dere har lurt på hva som skjer fremover og etter prosjektavslutning. RETHOS- prosjektet varer frem til sommeren 2020, og vi vil være deres kontaktpersoner frem til da. Det nye styringssystemet med de oppnevnte programgruppene og retningslinjearbeidet er ment å bestå, men den varige organiseringen på dette arbeidet vet vi foreløpig ikke.

Prosjektsekretariatet tar sikte på årlige samlinger for programgruppene for å se på utviklingstrekk, politiske satsingsområder, nye stortingsmeldinger og annet som kan være relevant for retningslinjene. Utover det har leder et ansvar for å ta kontakt med sekretariatet hvis noe melder seg. Medlemmene for øvrig bør også henvende seg til leder og oss hvis de har noe å ta opp, særlig hvis det skjer noe dere mener har betydning for innholdet i retningslinjene.



Med vennlig hilsen
Irene Sørås
Prosjektleder
Kunnskapsdepartementet
Mobil: 90853750

Epost: irene.soras@kd.dep.no

www.regjeringen.no/Rethos

www.regjeringen.no/kd

<https://twitter.com/Kunnskapsdep>

<https://www.facebook.com/kunnskapsdepartementet/>



Kunnskapsdepartementet

Utkast til nasjonal faglig retningslinje for medisinerutdanningen

Innledning

I henhold til lov om universiteter og høyskoler § 3-2 andre ledd kan departementet fastsette rammeplaner for enkelte utdanninger. For helse- og sosialfagutdanninger er det fastsatt Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. Forskriften gir igjen hjemmel for fastsetting av retningslinjer for hver enkelt utdanning. Det foreliggende dokumentet utgjør en nasjonal faglig retningslinje for medisinerutdanningen.

Retningslinjen er førende for universiteter og høyskoler i arbeidet med å utvikle lokale planer. Retningslinjen skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at kandidatene som uteksamineres har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon. Retningslinjene skal også sikre en felles sluttkompetanse om samers rettigheter og samenes status som urfolk, jfr. forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger.

Retningslinjen er utformet i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR) jfr. Forskrift om Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring, jfr. det europeiske kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring.

"Et kvalifikasjonsrammeverk er en samlet, systematisk og nivådelt beskrivelse av formelle kvalifikasjoner som kan oppnås innenfor et utdanningssystem. (...) Nasjonale kvalifikasjonsrammeverk er basert på nasjonens utdanningssystem, viser nivå og progresjon og sammenheng til arbeidsliv og samfunnsliv."

Utdanningen skal være i samsvar med direktiv 2005/36/EF, med senere endringer herunder direktiv 2013/55/EU.

Formål

Profesjonsutdanningen i medisin skal kvalifisere kandidatene til å fylle ulike legeroller i en allsidig helsetjeneste og i samfunnet for øvrig.

Hovedformålet er å utdanne leger som kan arbeide i primær- og spesialisthelsetjenesten. Utdanningen kvalifiserer også for andre legestillinger innen forskning, administrasjon, ledelse og forvaltning.

Som profesjonell yrkesutøver er legen engasjert i den enkelte pasientens velferd og tar samtidig hensyn til samfunnets behov.

I tillegg til å utrede, diagnostisere, behandle og følge opp sykdom hos den enkelte pasient, har legen en viktig rolle i å forebygge sykdom og fremme god helse i befolkningen, samt bidra til nytenkning som løser helserelaterte utfordringer i samfunnet. Legen anvender sin medisinske kunnskap, sine kliniske ferdigheter og profesjonelle holdninger til å bidra til gode og trygge, pasientsentrerte helsetjenester. Legen sikrer kvalitet i helsetjenesten gjennom forskningsbasert praksis og en kritisk og vitenskapelig tilnærming.

Kandidaten skal etter endt utdanningen kunne håndtere komplekse faglige spørsmål. Medisinsk ekspertise er grunnleggende for legeyrket. I tillegg til omfattende medisinsk ekspertise kreves inngående kompetanse i kommunikasjon, ledelse, samarbeid, folkehelse og samfunnsmedisin, forskning, formidling og akademisk tilnærming og profesjonalitet. Kandidaten skal i tillegg kunne kommunisere på en måte som tar hensyn til pasientens oppfatninger, bekymringer og forventninger, og være i stand til å etablere trygge relasjoner til pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Gjennom klinisk ledelse tar legen ansvar for god pasientbehandling. Legen arbeider effektivt sammen med andre helseprofesjoner og samarbeidspartnere med et felles mål om å yte god helsehjelp.

Kandidaten skal kunne utøve legeyrket på en forsvarlig, reflektert og omsorgsfull måte, og ha grunnlag for videre spesialisering, forskning og livslang læring. Legerollen krever høy grad av selvstendighet, integritet, samarbeidsevne og etisk standard.

Kompetanseområder

Medisinutdanningen er fordelt under følgende kompetanseområder:

- I. Medisinsk ekspertise
- II. Kommunikasjon
- III. Ledelse
- IV. Samarbeid
- V. Folkehelse og samfunnsmedisin
- VI. Forskning, formidling og akademisk tilnærming
- VII. Profesjonalitet

Kompetanseområdene som er nevnt nedenfor, gjenspeiler legens sju roller, som er utviklet og anvendt internasjonalt. Kjernekompetansen for en nyutdannet lege er medisinsk ekspertise. De andre kompetanseområdene er nødvendige for å fungere som lege.

Læringsutbyttebeskrivelser

En læringsutbyttebeskrivelse er en beskrivelse av hva en person vet, kan og er i stand til å gjøre som et resultat av en læringsprosess. I forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene § 2 er det angitt 12 felles læringsutbyttebeskrivelser som skal inkluderes i retningslinjen. Disse er markert med stjerne.

I. Medisinsk ekspertise

Kunnskap

Kandidaten

1. er i kunnskapsfronten innen alle vanlige sykdommer og symptomer, deres forekomst og årsaker, og utredning, prognose og behandling
2. har avansert kunnskap om menneskets oppbygning, utvikling og funksjoner
3. har avansert kunnskap om grunnleggende biologiske mekanismer og hvordan menneskets funksjoner reguleres, med spesiell vekt på det som har betydning for utvikling av sykdom eller skade
4. har avansert kunnskap om forholdet mellom struktur og funksjon for molekyler, celler, vev, organer og organsystemer
5. har inngående kunnskap om forekomst av sjeldne sykdommer med eksempler på utredning, diagnose og behandling
6. har inngående kunnskap om det friske mennesket i alle aldre, fra unnfangelse til død
7. har inngående kunnskap om menneskets fysiske, psykiske og sosiale egenskaper
8. har inngående kunnskap om hvordan kosthold og fysisk aktivitet påvirker helse og sykdom
9. har inngående kunnskap om betydningen av arv og miljø for helse og utvikling av sykdom eller skade
10. *har inngående kunnskap om barn og unge og ivaretar deres behov for behandling og/eller tjenester og kan sikre deres medvirkning og rettigheter
11. har inngående kunnskap om de viktigste arbeidsoppgavene og ansvarsområdene for de medisinske spesialitetene
12. har inngående kunnskap om prinsippene som ligger til grunn for digitale løsninger og teknologi i helsetjenesten
13. har inngående kunnskap om vurdering av samtykkekompetanse hos pasienter med psykiske lidelser, demens og psykisk utviklingshemming, samt lovverk for bruk av tvang

Ferdighet

Kandidaten

1. kan gjennomføre en medisinsk konsultasjon, med sykehistorie, klinisk undersøkelse, vurdering og journalføring

2. kan analysere pasienters situasjon og planlegge oppfølging og henvise til videre undersøkelser og behandling
3. kan gjennomføre diagnostikk og initial behandling av livstruende og akuttmedisinske tilstander
4. kan identifisere og vurdere medisinske problemstillinger, gjennomføre diagnostikk og behandling; og vurdere behandlingseffekt, prognose og risiko for komplikasjoner
5. kan gjennomføre funksjonsvurdering og igangsette rehabilitering og andre mestringsfremmende tiltak
6. kan gjennomføre kliniske undersøkelser og praktiske ferdigheter selvstendig eller under veiledning, jfr. nasjonale lister

Generell kompetanse

Kandidaten

1. kan analysere kliniske situasjoner og ta beslutninger på grunnlag av forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring og pasientens preferanser og behov
2. kan analysere hvordan grunnleggende naturvitenskapelige prinsipper anvendes i klinisk praksis
3. kan analysere og forholde seg kritisk til medikalisering, overdiagnostikk og overbehandling, og kan gjennomføre tiltak for å begrense dette
4. har innsikt i sine oppgaver som behandler, sakkyndig og forvalter av samfunnets ressurser, og gjenkjenner og håndterer interessekonflikter
5. *har digital kompetanse og kan bistå i utviklingen av og bruke egnet teknologi både på individ og systemnivå

II. Kommunikasjon

Kunnskap

Kandidaten

1. *har inngående kunnskap om relasjonsbygging og kommunikasjon som gjør kandidater i stand til å forstå og håndtere situasjoner med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere

Ferdighet

Kandidaten

1. *kan kommunisere effektivt med pasienter og pårørende på en profesjonell og empatisk måte, inkludert bruk av digitale hjelpemidler og tolk

2. kan anvende sin kunnskap til å håndtere kommunikasjon om krevende temaer, som for eksempel eksistensielle tema og seksualitet
3. kan anvende pasientsentrert metode for kommunikasjon, der pasientens bekymringer, forventninger og oppfatninger vektlegges
4. *kan gjennomføre veiledning av pasienter, pårørende, studenter og relevant personell som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser
5. kan anvende en kultursensitiv tilnærming og tilpasse språk og atferd til hver enkelt pasient ut fra blant annet alder, kjønn og kulturell bakgrunn
6. kan reflektere over egen kommunikasjon og framtoning
7. kan anvende faglig kunnskap til å utforme henvisninger, epikriser og sakkyndighetserklæringer

Generell kompetanse

Kandidaten

1. kan kommunisere muntlig, skriftlig og digitalt om helsefaglige problemstillinger med medarbeidere, samarbeidspartnere og allmennheten
2. kan ta beslutninger sammen med pasienter og anvende verktøy for samvalg
3. kan formidle et kortfattet og strukturert sammendrag av en pasients situasjon

III. Ledelse

Kunnskap

Kandidaten

1. har bred kunnskap om de viktigste prinsippene for ledelse på ulike nivå i helsetjenesten
2. har bred kunnskap om grunnleggende prinsipper for prioritering i helsetjenesten
3. har bred kunnskap om helsetjenesten som system og om dens organisering på ulike nivå

Ferdighet

Kandidaten

1. kan anvende kunnskap om ledelsesprinsipper til å utøve klinisk ledelse med beslutningstaking og samarbeid med andre profesjoner og yrkesgrupper i relevante medisinske situasjoner

2. kan anvende relevant kunnskap til å ta lederskap i og håndtere en akuttmedisinsk situasjon og selv bli ledet i relevante situasjoner

Generell kompetanse

Kandidaten

1. kan reflektere over ulike lederstiler og egne styrker og svakheter som leder og deltaker i grupper og team

IV. Samarbeid

Kunnskap

Kandidaten

1. har bred kunnskap om kompetansen, arbeidsoppgavene og ansvarsområdene hos samarbeidende profesjoner
2. har bred kunnskap om modeller for samarbeid og samhandling i helsetjenesten

Ferdighet

Kandidaten

1. kan anvende egen profesjonskompetanse i samspill med egen og andre profesjonsutøvere, pasienter, pårørende og samarbeidspartnere
2. *kan samhandle både tverrfaglig, tverrprofesjonelt, tverrsektorielt og på tvers av virksomheter og nivåer, og initiere slik samhandling
3. kan reflektere over egen og andres rolle i tverrprofesjonelt samarbeid og tverrprofesjonelle team og bidra til god samhandling

Generell kompetanse

Kandidaten

1. kan anvende sine kunnskaper og ferdigheter på en respektfull måte i møte med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere

V. Folkehelse og samfunnsmedisin

Kunnskap

Kandidaten

1. har inngående kunnskap om grunnleggende faktorer som bidrar til god helse og forebygger sykdom

2. har inngående kunnskap om helse- og velferdstjenestenes organisering, verdier og normer
3. *har bred kunnskap om sammenhengen mellom helsemessige og sosiale problemer
4. har kunnskap om utviklingen av sykdomsforekomst og sykdomsbyrde nasjonalt og globalt, samt hvilke utfordringer dette skaper for helsetjenesten
5. *kjenner til samers rettigheter, og har kunnskap om og forståelse for samenes status som urfolk

Ferdighet

Kandidaten

1. kan analysere og iverksette ulike typer forebyggende og helsefremmende arbeid på individ-, gruppe- og samfunnsnivå for alle aldersgrupper, med særlig fokus på barn og ungdom
2. kan analysere medisinske, økonomiske og etiske forhold og foreta avveininger mellom disse ved prioriteringer i klinisk og samfunnsmedisinsk arbeid
3. *kan anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere i sin tjenesteutøvelse og bidra til verdige pasientforløp
4. *har kunnskap om og forholder seg til helse- og sosialpolitikk i sin tjenesteutøvelse
5. *kan identifisere og følge opp mennesker med sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer, samt kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov
6. kan anvende faglig kunnskap til å iverksette smitteverntiltak og utføre legens melde- og varslingsplikter
7. kan anvende faglig kunnskap til å skrive sykmelding, legeerklæring ved arbeidsuførhet, melding om yrkesskade/-sykdom og gjennomføre annet sakkyndighetsarbeid vedrørende trygd og sosiale ytelser

Generell kompetanse

Kandidaten

1. *kan anvende kunnskap om inkludering, likestilling og diskriminering slik at likeverdige helse- og velferdstjenester for alle grupper i samfunnet sikres, uavhengig av sosiokulturell bakgrunn, kjønn, alder, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk

2. kan reflektere kritisk rundt sentrale nasjonale og globale helsemessige og sosiale utfordringer
3. *kan identifisere og analysere sammenhengene mellom helse, funksjon, utdanning, arbeid og levekår, og kan anvende dette i sin tjenesteutøvelse, både overfor enkeltpersoner og grupper i samfunnet, for å bidra til god folkehelse og arbeidsinkludering

VI. Forskning, formidling og akademisk tilnærming

Kunnskap

Kandidaten

1. har inngående kunnskap om vitenskapelige metoder innen det medisinske fagområdet
2. har bred kunnskap om metoder for formidling

Ferdighet

Kandidaten

1. kan gjennomføre et selvstendig, avgrenset forsknings- eller utviklingsprosjekt under veiledning i tråd med gjeldende forskningsetiske normer
2. *kan dokumentere og formidle sin faglige kunnskap til allmennheten, pasienter og helsepersonell
3. kan kritisk vurdere kvalitet og resultater i ulike typer studier og annen faglig informasjon
4. *kan analysere og forholde seg kritisk til ny kunnskap og foreta faglige vurderinger i tråd med kunnskapsbasen og nyere forskning

Generell kompetanse

Kandidaten

1. kan anvende en vitenskapelig tilnærming i sin tjenesteutøvelse
2. kan analysere nytten av diagnostiske metoder i form av sensitivitet, spesifisitet, positiv prediktiv verdi og negativ prediktiv verdi
3. *kan bidra til nytenkning og innovasjonsprosesser og bidra til tjenesteinnovasjon og systematiske arbeidsprosesser og kontinuerlig kvalitetsforbedring

VII. Profesjonalitet

Kunnskap

Kandidaten

1. har bred kunnskap om relevant gjeldende lovverk og profesjonsetiske retningslinjer
2. *har bred kunnskap om risikovurdering og forebygging av uønskede hendelser og kunnskap om metoder for å følge opp dette systematisk
3. har kunnskap om pasient- og brukerrollen og utviklingen av denne

Ferdighet

Kandidaten

1. *kan vurdere risiko for uønskede hendelser og bidra til forbedringsarbeid og pasientsikkerhet
2. kan anvende sentrale nasjonale faglige retningslinjer og lokale prosedyrer
3. kan anvende kunnskap om personvern og taushetsplikt slik at dette blir ivaretatt på en forsvarlig måte i tjenesteutøvelsen
4. kan anvende sine kunnskaper og ferdigheter for å ivareta egen helse

Generell kompetanse

Kandidaten

1. har kunnskap om verdier, atferd og relasjoner som skaper tillit til legen hos enkeltpasienter og i samfunnet
2. *kan identifisere, håndtere, analysere og reflektere over faglige og etiske problemstillinger i sin tjenesteutøvelse, samt uprofesjonell eller uetisk atferd hos andre leger og annet helsepersonell
3. kan reflektere over og være bevisst grensene for egen faglige kompetanse, kan søke veiledning og ta hensyn til tilbakemeldinger
4. har kunnskap om hvordan arbeidsmiljø og arbeidsoppgaver kan påvirke egen og andres helse

Studiets oppbygging

Fullført studium består av 360 studiepoeng og gir graden cand. med. Profesjonsstudiet i medisin er et seksårig integrert studieløp. Studiet er satt sammen av medisinske basalfag, parakliniske, kliniske og samfunnsmedisinske fag. Klinisk undervisning er en integrert del av studiet. Studiets oppbygging sikrer sammenheng og progresjon mellom fagområdene, sammenheng mellom teori og praksis, og sammenheng mellom studieårene på en måte som understøtter læringsutbyttebeskrivelsene. Det skal være en progresjon i studentenes kompetanse i løpet av studiet, fra det grunnleggende til en helhetlig og bred, sammensatt kompetanse ved avsluttet studium.

Kandidaten kan utføre kliniske undersøkelser og skal ha praktiske ferdigheter som er nødvendig for å fungere som lege. Lærestedene har ansvar for å utvikle og oppdatere nasjonale lister over nødvendige kliniske undersøkelser og praktiske ferdigheter som underbygger læringsutbyttebeskrivelsene.

Praksisstudier

Det anbefales at praksisstudier foregår i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som integrerte deler av studieløpet. Omfang av praksis skal være minimum 24 uker. Det anbefales minst 10 uker praksis i primærhelsetjenesten. Studentene skal i løpet av studietiden delta i arbeid i reelle situasjoner på alle nivå, inkludert sykehus, fastlege, legevakt, kommunal øyeblikkelig hjelp døgnerhet, helsestasjon, sykehjem og NAV.