

8 / 2022

RAPPORT

**Evaluering av implementeringen av
RETHOS for studieprogrammene i
medisin**

2022



NOKUT – Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen – er et faglig uavhengig forvaltningsorgan under Kunnskapsdepartementet.



NOKUTs samfunnsoppdrag, oppgaver og faglige uavhengighet er definert i universitets- og høyskoleloven og er nærmere spesifisert i forskrifter. I tillegg utfører NOKUT tilsyns- og forvaltningsoppgaver etter delegasjon fra departementet.



Formålet med NOKUTs virksomhet er å sikre og fremme kvalitet i utdanning ved

- å føre tilsyn med, informere om og bidra til å utvikle kvaliteten i norsk høyere utdanning og høyere yrkesfaglig utdanning
- å godkjenne og informere om utenlandsk utdanning og informere om mulighetene for godkjenning av utenlandsk utdanning og kompetanse i Norge



NOKUTs arbeid skal bidra til at samfunnet kan ha tillit til kvaliteten i norsk høyere utdanning, høyere yrkesfaglig utdanning og godkjent høyere utenlandsk utdanning.



NOKUT bruker sakkyndige i akkrediteringer, tilsyn, evalueringer, godkjenning av utenlandsk utdanning og prosjekter.

Du kan lese mer om arbeidet vårt på nokut.no.



NOKUT er sertifisert som miljøfyrtårn

| | |
|----------------------|--|
| Tittel | Evaluering av implementeringen av RETHOS for studieprogrammene i medisin |
| Forfatter(e) | Sakkyndige: Hilde Grimstad (leder) NTNU, Svein Skeie SUS, Magnus Løberg UIO. Fra NOKUT: Magnus Haakens, Marte Bogen Sinderud, Åsne Kalland Aarstad og Katrine Kronen |
| Dato | 22.02.2022 |
| Rapportnummer | 8-2022 |
| ISSN-nr | 1892-1604 |

© NOKUT Oppgi NOKUT som opphav ved bruk av materiale.

Forord

Denne rapporten omhandler implementeringen av retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene, RETHOS.

NOKUT har på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet evaluert implementeringen av RETHOS gjennom tre ulike deler:

- Kartlegging av etterlevelse av de nasjonale retningslinjene. Her presenteres det vurderinger fra sakkyndige om studieplanene ved institusjonene er i tråd med de nasjonale retningslinjene.
- Kartlegging av institusjonenes erfaringer. Her presenteres en oppsummering av institusjonenes erfaring med studieplanarbeidet.
- Kartlegging av tjenestenes erfaringer. Her presenteres tjenestenes erfaringer med samarbeidet om utviklingen av nye studieplaner.

Gjennom denne tilnærmingen ønsker vi å frembringe kunnskap om hvordan prosessen rundt selve implementeringen av retningslinjene har vært, både for institusjonene og for tjenestene.

De viktigste bidragene til evalueringens datagrunnlag er de sakkyndige komiteenes vurderinger, institusjonenes selvevalueringer og intervjuer med representanter fra tjenestene som har vært involvert i samarbeidet om utviklingen av studieplaner.

Vi håper rapporten gir et nyttig bidrag til videreutviklingen av RETHOS som styringssystem og til institusjonenes arbeid med å videreutvikle studieplanene sine.

Innhold

| | |
|--|-----------|
| 1 Om evalueringen av implementeringen av RETHOS | 7 |
| 1.1 Fagområder | 9 |
| 1.2 Kartlegging av etterlevelse | 9 |
| 1.3 Kartlegging av institusjonenes erfaringer | 10 |
| 1.4 Tjenestenes erfaringer | 10 |
| 1.5 Leserveileder | 11 |
| 2 Sakkyndig vurdering av medisinutdanningen ved Universitetet i Oslo | 12 |
| 2.1 Introduksjon til institusjonen og studieprogrammet | 12 |
| 2.2 Grad av etterlevelse av retningslinjene i den lokale studieplanen | 13 |
| 2.3 Har de sakkyndige tillit til at studentene ved studieprogrammet vil kunne oppnå det intenderte læringsutbyttet som er fastsatt i retningslinjene? | 17 |
| 2.4 Frittstående vurdering: I hvilken grad har institusjonen benyttet muligheten for lokal tilpasning? | 17 |
| 3 Sakkyndig vurdering av medisinutdanningen ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet | 18 |
| 3.1 Introduksjon til institusjonen og studieprogrammet | 18 |
| 3.2 Grad av etterlevelse av retningslinjene i den lokale studieplanen | 18 |
| 3.3 Har de sakkyndige tillit til at studentene ved studieprogrammet vil kunne oppnå det intenderte læringsutbyttet som er fastsatt i retningslinjene? | 24 |
| 3.4 Frittstående vurdering: I hvilken grad har institusjonen benyttet muligheten for lokal tilpasning? | 24 |
| 4 Sakkyndig vurdering av medisinutdanningen ved Universitetet i Bergen | 25 |
| 4.1 Introduksjon til institusjonen og studieprogrammet | 25 |
| 4.2 Grad av etterlevelse av retningslinjene i den lokale studieplanen | 25 |
| 4.3 Har de sakkyndige tillit til at studentene ved studieprogrammet vil kunne oppnå det intenderte læringsutbyttet som er fastsatt i retningslinjene? | 30 |
| 4.4 Frittstående vurdering: I hvilken grad har institusjonen benyttet muligheten for lokal tilpasning? | 30 |
| 5 Sakkyndig vurdering av medisinutdanningen ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet | 31 |
| 5.1 Introduksjon til institusjonen og studieprogrammet | 31 |

| | |
|---|-----------|
| 5.2 Grad av etterlevelse av retningslinjene i den lokale studieplanen | 31 |
| 5.3 Har de sakkyndige tillit til at studentene ved studieprogrammet vil kunne oppnå det intenderte læringsutbyttet som er fastsatt i retningslinjene? | 34 |
| 5.4 Frittstående vurdering: I hvilken grad har institusjonen benyttet muligheten for lokal tilpasning? | 34 |
| 6 NOKUTs sammenfatning av institusjonenes erfaringer fra implementeringen av RETHOS | 37 |
| 6.1 Retningslinjenes anvendelighet | 37 |
| 6.2 Mulighet for lokal tilpasning | 37 |
| 6.3 Samarbeid med tjenestene | 38 |
| 6.4 Samarbeid med andre fagområder | 38 |
| 6.5 Samarbeid med andre aktører | 39 |
| 7 NOKUTs sammenfatning av tjenestenes erfaringer fra implementeringen av RETHOS | 40 |
| 7.1 Organisering | 40 |
| 7.2 Rekruttering | 41 |
| 7.3 Praktisk gjennomføring | 42 |
| 7.4 Tidsutfordring..... | 43 |
| 7.5 Samarbeid etter RETHOS | 43 |

Sammendrag

De nye nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) er en del av et nytt styringssystem. Intensjonen er at de nye retningslinjene skal bidra til at nyutdannede kandidater har en likeverdig sluttkompetanse som imøtekommer tjenestenes kompetansebehov.

Implementeringen av retningslinjene er inndelt i tre faser, der den første fasen begynte høsten 2020. Kunnskapsdepartementet har gitt NOKUT i oppdrag å evaluere implementeringen av retningslinjene. Formålet er å framskaffe informasjon som er nyttig for videreutviklingen av RETHOS som styringssystem og institusjonenes studieplanarbeid.

Evalueringen omfatter åtte fagområder, og i denne rapporten presenteres funnene fra medisinutdanningene. Evalueringen tar for seg tre områder: Vurdering av etterlevelse mellom studieplaner og de nye retningslinjene, institusjonenes erfaringer med implementeringen og tjenestenes erfaring med implementeringen.

Vurderinger av etterlevelse utført av en sakkyndig komite

Som en lengre utdanning i fase 2 har ingen av medisinutdanningene levert ferdigstilte studieplaner ved vurderingstidspunktet. Studieplanene har mangler som følge av at de er ufullstendige, men i de fleste tilfellene er det presentert planer for hvordan disse skal ferdigstilles. Sakkyndigkomiteens vurdering er at de foreløpige studieplanene i stor grad oppfyller retningslinjene. De sakkyndige viser også til noen mangler institusjonene bør se nærmere på. Gitt at institusjonene ferdigstiller studieplanene slik det er forespeilet, har de sakkyndige tillit til at studentene vil kunne oppnå det intenderte læringsutbyttet som fastsatt i retningslinjene.

Institusjonenes erfaring med implementeringen

Flere av institusjonene opplever retningslinjenes anvendelighet som god, og at de i stor grad samsvarer med eksisterende studieplaner. Samtidig erfarer flere at omfanget og detaljnivået er høyt, noe som en institusjon mener går på bekostning av kjernekompetansen medisinsk ekspertise. Til tross for detaljnivået opplever institusjonene at det eksisterer et handlingsrom for lokal tilpasning. Noen institusjoner har samarbeidet tett med tjenestene under implementeringen av de nye retningslinjene, men presiserer at samarbeidet ikke er et resultat av RETHOS.

Tjenesterepresentantenes erfaring med implementeringen på tvers av fagområdene

Tjenesterepresentantene har ulike erfaringer med implementeringen, men de har klare meninger om hva som skal til for å sikre et godt samarbeid. De ønsker å bli involvert tidlig prosessen, slik at de kan være med og påvirke den overordnede tematikken i studieplanarbeidet. Videre bør det være en bredde i utvalget av tjeneste- og studentrepresentanter. Det kommer også fram at det er viktig at institusjonene følger opp tjenesterepresentantene godt både før, underveis og etter innspillsprosesser, slik at de er godt informert om forventninger til arbeidet, kan forankre innspill i egen virksomhet og se resultater av samarbeidet.

1 Om evalueringen av implementeringen av RETHOS

I St.meld. nr. 13 (2011–2012)¹ og St.meld. nr. 16 (2016–2017)² ga Stortinget tilslutning til en rekke forslag for å styrke kvaliteten og relevansen i de helse- og sosialfaglige utdanningene. Det vises her til at helse- og velferdstjenestene ikke har god nok innflytelse på det faglige innholdet, og at utdanningene er for statiske. Disse forholdene fører til at kompetansen til nyutdannede kandidater ikke i tilstrekkelig grad imøtekommer tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene. Meldingen konkluderer med behov for bedre styring og bedre mekanismer på nasjonalt nivå for å sikre at situasjonen bedres.

RETHOS er et svar på stortingsmeldingen og er en del av et nytt styringssystem for disse utdanningene. Utdanningene skal nå reguleres etter følgende modell:

1. UH-loven som gir hjemmel for faglig styring av utdanningene gjennom rammeplaner.
2. Forskrift om felles rammeplan for alle grunnutdanningene. Rammeplanen fastsetter felles formål og felles innhold for alle grunnutdanningene. Den setter også rammer for arbeidet med retningslinjer for hver enkelt utdanning.
3. Forskriftsfestede retningslinjer for hver enkelt utdanning.

I motsetning til det tidligere styringssystemet skiller ikke RETHOS mellom rammeplanstyrte og ikke rammeplanstyrte utdanninger. I det nye systemet vil alle grunnutdanningene forholde seg til en felles rammeplan og fagspesifikke retningslinjer. Videreutdanninger og masterutdanninger er imidlertid ikke omfattet av punkt 2.

Målet med det nye styringssystemet er at utdanningene er framtidsrettede og i tråd med tjenestenes kompetansebehov. Styringssystemet skal føre til at tjenestene og brukerne skal få økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene. Retningslinjene skal også «sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at kandidatene som uteksamineres har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon».

De nasjonale retningslinjene skal være førende for institusjonenes eget arbeid med utdanningene, ikke minst utviklingen av lokale studieplaner. I RETHOS' mandat blir det slått fast at det «skal være handlingsrom innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell tilpasning ved den enkelte institusjon».

For å ivareta hensynet både til et nasjonalt likeverdig faglig nivå og institusjonenes handlingsrom er læringsutbyttene i retningslinjene helt sentrale. Institusjonene har frihet til å legge til, omformulere eller dele opp læringsutbytter i studieplanene. De kan derimot ikke gjøre endringer som bidrar til at studenten ikke oppnår læringsutbyttene. «Likeverdig» er et viktig begrep. Studentenes sluttkompetanse skal ikke være «lik», men «likeverdig».

Prosjektet eies av departementsråden i Kunnskapsdepartementet (KD) og har en styringsgruppe som består av ekspedisjonssjefene fra KD, Arbeids- og sosialdepartementet (ASD), Barne- og familiedepartementet (BFD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Retningslinjene utvikles av nasjonale programgrupper for de spesifikke fagområdene. Programgruppene er sammensatt av representanter fra universitets- og høyskolesektoren,

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>

² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20162017/id2536007/>

tjenestene samt studenter. Nettopp den sterke representasjonen fra tjenestene inn i disse programgruppene er et viktig grep for å nå målet om at praksisfeltet skal ha større påvirkningskraft på innholdet i utdanningene.

RETHOS er organisert i tre faser. Fase 1 er tidligere rammeplanstyrte utdanninger, fase 2 er utdanninger som ikke var regulert igjennom rammeplaner og fase 3 er videreutdanninger. Fase 1 og 2 ble implementert av studieprogrammene i studieårene 2020–21 og 2021–22. Fase 3 er foreløpig ikke implementert.

| Fagområder | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Fase 1³ | Fase 2⁴ | Fase 3⁵ |
| Barnevernspedagog | Audiograf | Helsesykepleier |
| Bioingeniør | Klinisk ernæringsfysiolog | Barnevern (master) |
| Ergoterapeut | Farmasøyt | Anestesisykepleier |
| Fysioterapeut | Medisin | Barnesykepleier |
| Radiograf | Tannlege | Intensivsykepleier |
| Sosionom | Optiker | Operasjonssykepleier |
| Sykepleier | Ortopediingeniør | Kreftsykepleier |
| Vernepleier | Psykolog | Psykisk helse og rus |
| | Tannpleier | Jordmor |
| | Tanntekniker | Psykomotorisk fysioterapi |
| Samisk sykepleierutdanning (iverksettes fra 2023) | Paramedisin | Manuellterapi |

I forbindelse med implementeringen av de nasjonale retningslinjene i lokale studieplaner har Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) fått i oppdrag fra KD å evaluere implementeringen for fase 1 og fase 2 utdanningene. Evalueringen skal bidra med kunnskap om implementeringen av retningslinjene og erfaringer rundt dette. Evalueringen vil med det bidra til å bygge et kunnskapsgrunnlag om RETHOS som kan benyttes i videre styringsarbeid.

Hensikten med evalueringen er å kartlegge

1. implementeringen og etterlevelsen av RETHOS
2. institusjonenes erfaringer med implementeringen av RETHOS
3. tjenestenes involvering og erfaringer med samarbeidet rundt utviklingen av ny studieplan

Fremgangsmåte

1.1 Fagområder

Evalueringen er rettet inn mot fase 1- og fase 2-utdanninger, men omfatter ikke alle utdanningene. NOKUT har foretatt et utvalg etter følgende kriterier: evalueringen skulle dekke en god bredde av fase 1- og fase 2-utdanningene innenfor prosjektets økonomiske rammer. For å redusere evalueringspresset i sektoren kunne utdanninger også velges bort dersom de nylig har vært gjenstand for andre typer evalueringer eller kartlegginger. Følgende utdanninger fra fase 1 og fase 2 ble inkludert i evalueringen:

| Fase 1 | Fase 2 |
|-------------------|-------------|
| Barnevernspedagog | Medisin |
| Sosionom | Psykologi |
| Ergoterapi | Tannpleie |
| Bioingeniør | Paramedisin |

1.2 Kartlegging av etterlevelse

I utformingen av ny studieplan har studieprogrammene hatt frihet til å legge til, omformulere eller dele opp læringsutbytter i studieplanen. Den institusjonelle friheten fører til variasjon i utformingen av studieplanene, noe som er viktig for å ivareta studiestedenes individuelle profil. Den naturlige variasjonen gjør det imidlertid vanskelig å vurdere om helheten i en studieplan er i tråd med de nye retningslinjene uten fagkompetanse. For å imøtekomme behovet for fagkompetanse i vurderingen av etterlevelse i de nye studieplanene, ble arbeidet derfor gjennomført av en sakkyndiggruppe. Sakkyndiggruppen består av tre sakkyndige fra fagfeltet, der to kommer fra akademia og en fra tjenestene. NOKUT har utformet oppdraget til de sakkyndige og har bidratt til organiseringen av sakkyndiggruppene. Utover dette har de sakkyndige gruppene arbeidet og levert sine innstillinger og konklusjoner uavhengig av NOKUT. De sakkyndiges tolkninger og konklusjoner er derfor deres egne.

Sakkyndiggruppen for medisin bestod av

Hilde Grimstad | NTNU

Svein Skeie | SUS

Magnus Løberg | UIO

I tilfeller der en av de sakkyndige er vurdert å være inhabil i vurderingen av et studieprogram, har sakkyndigvurderingen blitt gjennomført av de to resterende sakkyndige.

For å vurdere etterlevelse har sakkyndiggruppene vurdert oppdaterte studieplaner opp mot de nasjonale retningslinjene. Studieplanene som ble vurdert, ble overlevert NOKUT på

forsommeren 2021. Sakkyndiggruppene har også hatt tilgang på selvevalueringer fra studieprogrammene for å se studieplanarbeidet i kontekst.

1.3 Kartlegging av institusjonenes erfaringer

For å kartlegge studieprogrammenes erfaringer med retningslinjene og implementeringen av disse ble studieprogrammene bedt om å svare på en selvevaluering. Selvevalueringen gir studieprogrammene muligheten til å beskrive hvordan de har jobbet med utviklingen av den nye/reviderte studieplanen, beskrive hvordan de har samarbeidet med tjenestene og/eller andre fagområder samt uttrykke hvordan de opplever at de nye retningslinjene gir rom for lokal tilpasning. De konkrete spørsmålene i selvevalueringsskjemaet er lagt ved som vedlegg 1.

Den delen av rapporten som omtaler studieprogrammenes erfaringer er sammenfattet av NOKUT på bakgrunn av disse selvevalueringene. Sammenfatningen er gjort på tvers av studieprogrammene, men med bruk av konkrete eksempler fra ulike studieprogram.

1.4 Tjenestenes erfaringer

For å samle data om tjenestenes erfaringer gjennomførte NOKUT en rekke intervjuer med tjenesteaktører som har bidratt inn i utviklingen av studieplaner ved ulike studieprogram.

Intervjuobjektene ble valg ut på grunnlag av informasjon i studieprogrammenes selvevalueringer. Kriteriet for utvelgelsen av intervjuobjektene var at selvevalueringen viste til et samarbeid av et slikt omfang at intervjuer med tjenestene kunne belyse samarbeidet ytterligere. Totalt ble det gjennomført 14 digitale intervjuer, enten som fokusgrupper eller enkeltintervjuer. Intervjuene omfattet 30 respondenter fra fem av de åtte fagområdene. De tre fagområdene som ikke ble inkluderte var medisin, psykologi og tannpleie. Disse ble valgt bort til fordel for flere intervjuer med andre fagområder der beskrivelsene av samarbeid med tjenestene ga mer utfyllende beskrivelser i tråd med seleksjonskriteriet.

Utvalgsmetoden medfører en skjevhet, da utvalget kun reflekterer studieprogram som har beskrevet et samarbeid med tjenestene i selvevalueringene sine, noe som ikke er tilfellet for alle selvevalueringene. Her refererer vi ikke til fagområdene som ikke ble intervjuet. Vi finner eksempler på studieprogram som ikke har samarbeidet med tjenestene om utviklingen av ny studieplan i de fleste fagområdene. Til tross for at utvalgsmetoden medfører en skjevhet, er det en forutsetning at tjenestene har vært involvert i studieplanarbeidet for å kunne utale seg om et slikt samarbeid.

Informantene ble identifisert igjennom selvevalueringene eller ved direkte kontakt med studieprogrammene. Det bemerkes at denne rekrutteringsmetoden ville kunne kompromittere intervjuobjektene anonymitet ovenfor studieprogrammene, noe som kan ha påvirket respondentenes svar. Full anonymitet var ikke mulig å oppnå, da det kun er et fåtall tjenesterepresentanter per studiested (ofte mellom en og fem), og studieprogrammene har naturligvis god kjennskap til disse. For å ivareta respondentenes anonymitet presenteres resultatene fra intervjuene på tvers av fagområdene. Fremstillingen av intervjuene på tvers av fagområdene ble også vurdert som faglig forsvarlig, da det var relativt mye overlapp mellom de ulike fagområdene.

1.5 Leserveileder

Rapporten er strukturert i tre deler etter problemstillingene. I del 1 presenteres sakkyndiggruppens vurdering av hvorvidt studieplanene ved de ulike studiestedene er i tråd med de nye nasjonale retningslinjene. I del 2 presenteres en oppsummering av institusjonenes erfaringer med studieplanarbeidet. I del 3 presenteres tjenestenes erfaringer med samarbeidet om utviklingen av nye studieplaner.

2 Sakkyndig vurdering av medisinstudiet ved Universitetet i Oslo

2.1 Introduksjon til institusjonen og studieprogrammet

Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Oslo (UiO) er et seksårig studium hvor hovedstrukturen består av åtte emner, kalt moduler. Examen philosophicum, prosjektoppgave og fire elektive (valgbare) perioder kommer i tillegg og er organisert som mindre emner.

Den gjeldende studieplanen, «Oslo 2014», er en revisjon av den tidligere studieplanen «Oslo 96» og ble implementert i perioden 2014–2020. Studieplanen beskriver faglig konsentrasjon, spirallæring, horisontal og vertikal fagintegrasjon, opplæring i kliniske og praktiske ferdigheter og valgfrie emner som viktige elementer.

Læringsutbyttebeskrivelsene fra RETHOS er benyttet som beskrivelse av det overordnede læringsutbyttet i programbeskrivelsen. Fagområdene i studieprogrammet er delt inn i 30 undervisningsfag. I emnebeskrivelsene er det formulert læringsutbyttebeskrivelser for hvert enkelt fag som undervises i emnet (modulen).

Ei arbeidsgruppe bestående av sju vitenskapelig ansatte med lederoppgaver for medisinstudiet, en seniorrådgiver og to studenter har kartlagt om emnenes læringsutbyttebeskrivelser totalt sett dekker læringsutbyttebeskrivelsene i RETHOS-forskriften. Der det ble identifisert usikkerhet om dagens studieplan dekker læringsutbyttebeskrivelsene i RETHOS, ble løsninger diskutert med undervisningsfagene for å implementere endringer innenfor fagenes eksisterende undervisningsaktivitet. Samtidig med implementeringen av RETHOS ble det igangsatt et prosjekt for å heve kvalitet på undervisningen. Resultatene av dette prosjektet skal implementeres fra våren 2022 og samtidig støtte opp under innholdet i RETHOS.

Den innsendte dokumentasjonen omfatter selvevalueringen, den eksisterende studieplanen fra 2013, sluttrapport fra revisjonen av studieplanen fra 2017, programbeskrivelsen med læringsutbyttebeskrivelser på studieprogramnivå samt emnebeskrivelser med læringsutbyttebeskrivelser på emnenivå for de åtte hovedemnene og for prosjektoppgaven. Disse dokumentene legges til grunn for evalueringen. Elektive emner og examen philosophicum er overordnet beskrevet i den innsendte dokumentasjonen, men emnebeskrivelser med læringsutbyttebeskrivelser er ikke innsendt og er derfor ikke tatt med i evalueringen.

2.2 Grad av etterlevelse av retningslinjene i den lokale studieplanen

2.2.1 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «medisinsk ekspertise» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert. Noen enkeltområder er vanskelig å gjenfinne i vurderingsgrunnlaget:

§ 4g: har inngående kunnskap om legemidler, legemiddelbehandling samt systemene for legemiddelovervåkning og melding av bivirkninger

- Gjenfinner ikke sikkert delene om system for legemiddelovervåking og melding av bivirkninger

§ 4h: har inngående kunnskap om de viktigste arbeidsoppgavene og ansvarsområdene for de medisinske spesialitetene

- Gjenfinner ikke et slikt innhold eksplisitt nevnt

§ 4l: har bred kunnskap om prinsippene som ligger til grunn for digitale løsninger og teknologi i helsetjenesten, herunder digital sikkerhet

- Gjenfinnes ikke i sin helhet, og selvevalueringen angir at denne er usikkert dekket

§ 5e: kan gjennomføre en systematisk legemiddelgjennomgang og legemiddelsamstemming og å rekvirere legemidler

- Gjenfinnes ikke i sin helhet, og selvevalueringen angir at denne ikke er dekket for alle studentene som en ferdighet

§ 6d: kan anvende digital kompetanse, bistå i utviklingen av og bruke egnet teknologi både på individ og systemnivå

- Gjenfinnes ikke i sin helhet, og selvevalueringen angir at denne er usikkert dekket

2.2.2 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «kommunikasjon» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert. Noen enkeltområder er vanskelig å gjenfinne i vurderingsgrunnlaget:

§ 8b: kan gjennomføre veiledning av brukere, pasienter, pårørende, studenter og relevant personell som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser

- Gjenfinnes ikke i sin helhet, og selvevalueringen angir at denne er usikkert dekket

§ 9b: kan dokumentere og formidle sin faglige kunnskap til pasienter, helsepersonell og allmennhet

- Gjenfinnes ikke i sin helhet, og selvevalueringen angir at denne er usikkert dekket

2.2.3 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «ledelse og systemforståelse» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert. Noen enkeltområder er vanskelig å gjenfinne i vurderingsgrunnlaget:

§ 10d: har kunnskap om samenes status som urfolk og om samenes rettigheter, særlig innenfor helse- og omsorgsfeltet

- Gjenfinnes ikke, og selvevalueringen angir at denne ikke er dekket

§ 12c: kan reflektere over og anvende kunnskap som bidrar til et likeverdig tjenestetilbud til alle, deriblant samiske pasienter

- Gjenfinnes ikke i sin helhet, og selvevalueringen angir at denne er usikkert dekket

2.2.4 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «samarbeid» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert. Noen enkeltområder er vanskelig å gjenfinne i vurderingsgrunnlaget:

§ 13a: har inngående kunnskap om kompetanse, arbeidsoppgaver og ansvarsområder hos samarbeidende profesjoner

- Gjenfinnes kun for tverrfaglige team innen geriatri, og selvevalueringen angir at denne er usikkert dekket

§ 14b: kan reflektere over egen og andres rolle i samarbeid og tverrprofesjonelle team og bidra til god samhandling

- Gjenfinnes ikke i sin helhet, ferdigheten i å kunne bidra til god samhandling er mindre tydelig

§ 15b: kan kommunisere og samhandle tverrfaglig, tverrprofesjonelt, tverrsektorielt og på tvers av virksomheter og nivå, og initiere slik samhandling

- Gjenfinnes ikke i sin helhet, kompetanse i å initiere samhandling er mindre tydelig

2.2.5 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «folkehelse og samfunnsmedisin» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert. To områder er vanskelig å gjenfinne i vurderingsgrunnlaget:

§ 16d: har kunnskap om samfunnets systemer for sikkerhet og beredskap og legers roller og funksjoner i disse

- Gjenfinnes ikke sikkert

§ 16e: har kunnskap om hvordan faktorer som diskriminering og rasisme særlig påvirker folkehelsen til minoritetsgrupper og samer som urfolk

- Gjenfinnes ikke, og selvevalueringen angir at denne er usikkert dekket

2.2.6 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «forskning, vitenskapelighet og innovasjon» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert. Noen enkeltområder er vanskelig å gjenfinne i vurderingsgrunnlaget:

§ 19a: har inngående kunnskap om vitenskapsteori og forskningsmetoder som anvendes innen medisin og helsefag

- Gjenfinnes delvis vedrørende forskningsmetoder, og selvevalueringen angir at denne er usikkert dekket

§ 19b: har inngående kunnskap om vitenskapelig publisering og andre former for kunnskapsformidling

- Gjenfinner ikke sikkert kunnskap om vitenskapelig publisering

§ 21a: kan bidra til nytenkning, innovasjonsprosesser, tjenesteinnovasjon, systematiske arbeidsprosesser og kontinuerlig kvalitetsforbedring

- Gjenfinnes ikke i sin helhet, og selvevalueringen angir at denne er usikkert dekket

2.2.7 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «profesjonalitet» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert. Noen enkeltområder er vanskelig å gjenfinne i vurderingsgrunnlaget:

§ 22a: har inngående kunnskap om hva som kjennetegner medisinsk profesjonalitet og kunnskap om legerollen i samfunnet og i historisk perspektiv

- Inngående kunnskap om medisinsk profesjonalitet gjenfinnes ikke sikkert

§ 23c: kan bruke sentrale nasjonale faglige retningslinjer, lokale prosedyrer og digitale verktøy for kunnskapsstøtte

- Gjenfinner ikke denne som en ferdighet

§ 24e: kan analysere egne læringsbehov og sørge for egen faglig oppdatering og livslang læring

- Gjenfinner ikke denne

§ 24g: kan anvende sine kunnskaper og ferdigheter til å ivareta egen helse og bidra til et godt arbeidsmiljø for seg selv og andre

- Gjenfinnes ikke, og selvevalueringen angir at denne er usikkert dekket

2.2.8 Vurder i hvilken grad studieplanen ivaretar retningslinjenes krav til studiets oppbygging

UiOs profesjonsstudium i medisin oppfyller i stor grad retningslinjenes krav til oppbygging av studiet. Studieprogrammet har et seksårig integrert studieløp satt sammen av en stor bredde av fag, og den kliniske undervisningen er en integrert del av studiet. Studiets oppbygging sikrer sammenheng og progresjon som støtter opp om læringsutbyttebeskrivelsene.

I beskrivelsen av studieprogrammet kommer det fram en tydelig plan for progresjon i studentenes kompetanse fra begynnelse til fullført studium. Emnenes læringsutbyttebeskrivelser er knyttet til hvert enkelt undervist fag. Disse læringsutbyttebeskrivelsene viser progresjon ved at det blir gradvis lagt mer vekt på ferdigheter og generell kompetanse. Imidlertid er kunnskapsdimensjonen beskrevet i hovedsak på bachelornivå gjennom hele studieløpet: «studenten skal kunne gjøre rede for ...». Tilsvarende benyttes «studenten skal kunne reflektere over» for generell kompetanse, noe som også viser til bachelornivået i Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk. Dette gjør at kompetansen ikke er beskrevet på samme nivå som i RETHOS-forskriften.

Fagintegrasjonen er godt beskrevet som både horisontal og vertikal i studieplanen og emneplanene, men dette kommer i liten grad fram i læringsutbyttebeskrivelser for emnene der læringsutbyttebeskrivelser er presentert for hvert enkelt fag separat og viser lite integrasjon.

Det vises til de nasjonale listene for innlæring av kliniske undersøkelser og praktiske ferdigheter.

2.2.9 Vurder i hvilken grad studieplanen ivaretar retningslinjenes krav til praksisstudier

Praksis er totalt på 21,1 uker: 12,6 uker i spesialisthelsetjenesten, 6,9 uker i primærhelsetjenesten og 1,6 uker på sykehjem/geriatri/rehabilitering. Varighet av praksis totalt er lavere enn kravet i RETHOS på 24 uker. Selvevalueringsrapporten presenterer planer for å øke praksis med tre uker for kullet som startet høsten 2021.

Praksis i primærhelsetjenesten omfatter flere arenaer slik retningslinjene anbefaler, men det er ikke krav til at studentene skal delta på alle de nevnte arenaene. Sykehus, inkludert psykiatri, synes å være godt dekket, men rus- og avhengighetsmedisin er ikke nevnt som praksisarena.

Progresjonen i praksisstudiene vises ved at de lengste praksisperiodene er sent i studieløpet, der studentene skal vise høy kompetanse.

Totalomfanget av praksis oppfyller ikke kravet i RETHOS. Bredde og varighet av primærhelsetjenestep praksis bør vurderes i tillegg til å sikre studentene praksis i rus- og avhengighetsmedisin.

2.3 Har de sakkyndige tillit til at studentene ved studieprogrammet vil kunne oppnå det intenderte læringsutbyttet som er fastsatt i retningslinjene?

I selvevalueringen beskrives en prosess der studieprogrammet selv har identifisert hvilke deler av RETHOS-forskriften som er dekket, og hvilke som ikke er fullt ut dekket i studieplanen. Det meste er allerede på plass i den eksisterende studieplanen. Selvevalueringsrapporten drøfter de manglende områdene og viser til et annet parallelt prosjekt for økt kvalitet i undervisningen som skal implementeres våren 2022 og samtidig støtte opp om RETHOS-forskriftens innhold.

Forutsatt at de påbegynte endringene får på plass det manglende innholdet, og at det vi har påpekt som mulige mangler vurderes og eventuelt implementeres, har de sakkyndige tillit til at studentene kan oppnå læringsutbyttet som er beskrevet i RETHOS.

2.4 Frittstående vurdering: I hvilken grad har institusjonen benyttet muligheten for lokal tilpasning?

Profesjonsstudiet i medisin ved UiO hadde det meste av innholdet på plass før RETHOS-forskriften kom, og det er kun behov for mindre justeringer ved implementering av RETHOS-forskriften. Studieprogrammet har beholdt sin tidligere profil. I tillegg er det planer om å innarbeide bærekraft som et særskilt kjennetegn etter at fakultetet for et år siden ble tildelt Senter for fremragende utdanning, SFU, innen medisinsk og helsefaglig utdanning, Centre for Sustainable Healthcare Education (SHE). Senteret har hovedfokus på bærekraft og helse.

3 Sakkyndig vurdering av medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

3.1 Introduksjon til institusjonen og studieprogrammet

Profesjonsstudiet i medisin ved UiT – Norges arktiske universitet er et seksårig integrert studium bygd opp av 9 emner, inkludert Examen philosophicum. Medisinstudentene har felles undervisning med tannlegestudentene hele første og deler av andre studieår.

Studieplanen er basert på tre grunnprinsipper: tidlig introduksjon av klinisk undervisning, casebasert læring og spirallæring. To tema går gjennom hele studiet: profesjonell kompetanse og vitenskapelig kompetanse. Praksis både i sykehus og i primærhelsetjenesten er lagt til femte studieår.

Ei arbeidsgruppe med fire vitenskapelig og en administrativ ansatt har vurdert samsvaret mellom læringsutbyttebeskrivelser ved UiT og fra RETHOS. De fant at det meste var på plass, men at noen ikke er tilstrekkelig dekket i studieprogrammet. Arbeidet med å få plass til det manglende innholdet i studieprogrammet er igangsatt, og det beskrives hvem som er involvert i arbeidet med nye/reviderte læringsutbytter og hvem som skal vedta endringene.

Tilsendt studieplan ble vedtatt 25.11.20 og bygger på forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudium fra 01.02.20. De tilsendte emnebeskrivelsene er imidlertid datert før 01.02.20. Denne evalueringen bygger på studieplanen, de tilsendte emnebeskrivelsene og selvevalueringen.

3.2 Grad av etterlevelse av retningslinjene i den lokale studieplanen

3.2.1 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «medisinsk ekspertise» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert. Noen enkeltområder er vanskelig å gjenfinne i vurderingsgrunnlaget:

§ 4g: har inngående kunnskap om legemidler, legemiddelbehandling samt systemene for legemiddelovervåking og melding av bivirkninger

- Gjenfinner ikke «Legemiddelbehandling, overvåking og bivirkningsmeldinger»

§ 4h: har inngående kunnskap om de viktigste arbeidsoppgavene og ansvarsområdene for de medisinske spesialitetene

- Gjenfinner ikke et slikt innhold eksplisitt nevnt

§ 4i: har inngående kunnskap om vurdering av samtykkekompetanse og lovverk for bruk av tvang

- Gjenfinner ikke «samtykkekompetanse og tvang»

§ 4j: har bred kunnskap om klinisk presentasjon og forekomst av sjeldne sykdommer med eksempler på utredning, diagnose og behandling

- Gjenfinner ikke «sjeldne sykdommer» nevnt generelt

§ 4l: har bred kunnskap om prinsippene som ligger til grunn for digitale løsninger og teknologi i helsetjenesten, herunder digital sikkerhet

- Gjenfinnes ikke, og studieprogrammet angir selv å mangle denne

§ 5d: kan gjennomføre funksjonsvurdering og igangsette rehabilitering og andre mestringsfremmende tiltak

- Gjenfinner ikke innhold om «funksjonsvurdering, rehabilitering og mestringsfremmende tiltak»

§ 5e: kan gjennomføre en systematisk legemiddelgjennomgang og legemiddelsamstemming og å rekvirere legemidler

- Gjenfinner ikke «legemiddelsamstemming»

§ 6e: kan anvende sine kunnskaper og ferdigheter til å gjenkjenne og håndtere usikkerhet i medisinsk praksis

- Gjenfinner ikke «usikkerhet i medisinsk praksis»

3.2.2 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «kommunikasjon» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert. Noen enkeltområder er vanskelig å gjenfinne i vurderingsgrunnlaget:

§ 7b: har bred kunnskap om hvilken betydning kultur og språk har for kommunikasjon og samhandling

- Gjenfinnes ikke, og studieprogrammet angir selv å mangle denne

§ 9a: kan kommunisere effektivt med pasienter og pårørende på en profesjonell og empatisk måte, inkludert ved bruk av digitale hjelpemidler og tolk

- Deler av denne gjenfinnes ikke, og selvevalueringen angir at det gjenstår å dekke denne

§ 9c: kan anvende sine kunnskaper og ferdigheter til å ta beslutninger sammen med pasienter og anvende verktøy for samvalg

- Gjenfinner ikke «verktøy for samvalg»

3.2.3 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «ledelse og systemforståelse» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående svakt representert. Selvevalueringen angir også mangler:

§ 10a: har bred kunnskap om de viktigste prinsippene for ledelse og finansiering av helsetjenesten har bred kunnskap om helse- og sosialtjenestenes organisering

§ 10b: har bred kunnskap om grunnleggende prinsipper og kriterier for prioritering i helsetjenesten

§ 10d: har kunnskap om samenes status som urfolk og om samenes rettigheter, særlig innenfor helse- og omsorgsfeltet

§ 11a: kan anvende faglig kunnskap om ledelsesprinsipper til å utøve klinisk ledelse med beslutningstaking og samarbeid med andre profesjoner og yrkesgrupper i relevante medisinske situasjoner

§ 12a: kan analysere ulike lederstiler og egne styrker og svakheter som leder og deltaker i grupper og team

§ 12b: kan analysere prinsipper for ledelse

§ 12c: kan reflektere over og anvende kunnskap som bidrar til et likeverdig tjenestetilbud til alle, deriblant samiske pasienter

- De sju læringsutbyttebeskrivelsene over gjenfinnes ikke, og selvevalueringen angir at de mangler

3.2.4 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «samarbeid» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er delvis representert i studieplanen. Noen enkeltområder gjenfinnes helt eller delvis ikke i studieplanen:

§ 13b: har inngående kunnskap om modeller for samarbeid og samhandling i helsetjenesten

- Gjenfinnes ikke, og angis å mangle i selvevalueringen

§ 14a: kan anvende egen kompetanse i samspill med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere og sammen med disse utarbeide individuell plan

- Gjenfinnes ikke, og angis å mangle i selvevalueringen

§ 14b: kan reflektere over egen og andres rolle i samarbeid og tverrprofesjonelle team og bidra til god samhandling

- Gjenfinnes delvis, men det er mindre tydelig beskrevet om studentene har kunnskap og ferdigheter i å bidra til god samhandling

§ 15b: kan kommunisere og samhandle tverrfaglig, tverrprofesjonelt, tverrsektorielt og på tvers av virksomheter og nivå, og initiere slik samhandling

- Gjenfinnes kun delvis, og selvevalueringen angir at dette mangler

3.2.5 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «folkehelse og samfunnsmedisin» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert i studieplanen, men noen enkeltområder gjenfinnes helt eller delvis ikke i studieplanen:

§ 16c: har kunnskap om utviklingen av sykdomsforekomst og sykdomsbyrde nasjonalt og globalt, samt hvilke utfordringer dette skaper for helsetjenesten

- Forekomst nevnes kun i tilknytning til ei sykdomsgruppe. Undervisning i samfunnsmedisin omtales i en emnebeskrivelse, men gjenfinnes i mindre grad i læringsutbyttebeskrivelsene

§ 16d: har kunnskap om samfunnets systemer for sikkerhet og beredskap og legers roller og funksjoner i disse

- Gjenfinnes ikke i læringsutbyttebeskrivelsene, og selvevalueringen angir at denne mangler

§ 16e: har kunnskap om hvordan faktorer som diskriminering og rasisme særlig påvirker folkehelsen til minoritetsgrupper og samer som urfolk

- Gjenfinnes ikke i læringsutbyttebeskrivelsene, og selvevalueringen angir at denne mangler

§ 17a: kan analysere og iverksette ulike typer forebyggende og helsefremmende arbeid på individ-, gruppe- og samfunnsnivå for alle aldersgrupper, med særlig fokus på barn, ungdom og eldre

- Gjenfinner det meste av denne læringsutbyttebeskrivelsen, men i mindre grad det særlige fokuset på ungdom og eldre

§ 17c: kan bruke faglig kunnskap til å iverksette smitteverntiltak og utføre legens melde- og varslingsplikter

- Gjenfinnes ikke i læringsutbyttebeskrivelsene, og selvevalueringen angir at denne mangler

§ 18c: kan anvende sin kunnskap om helse- og sosialpolitikk i sin tjenesteutøvelse

- Gjenfinnes ikke i læringsutbyttebeskrivelsene, og selvevalueringen angir at denne mangler

§ 18d: 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

- Gjenfinner det meste av innholdet i denne, men arbeid og arbeidsinkludering gjenfinnes ikke

3.2.6 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «forskning, vitenskapelighet og innovasjon» i den nye studieplanen?

læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert i studieplanen, men noen enkeltområder gjenfinnes helt eller delvis ikke i studieplanen:

§ 19b: har inngående kunnskap om vitenskapelig publisering og andre former for kunnskapsformidling

- Gjenfinner ikke kunnskap om vitenskapelig publisering

§ 20b: kan gjennomføre et selvstendig, avgrenset forskningsprosjekt under veiledning, i tråd med gjeldende forskningsetiske normer

- Gjenfinner ikke noe om forskningsetikk

§ 21a: kan bidra til nytenkning, innovasjonsprosesser, tjenesteinnovasjon, systematiske arbeidsprosesser og kontinuerlig kvalitetsforbedring

- Gjenfinner ikke i læringsutbyttebeskrivelsene, og selvevalueringen angir at denne mangler

3.2.7 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «profesjonalitet» i den nye studieplanen?

læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert i studieplanen, men noen enkeltområder gjenfinnes helt eller delvis ikke i studieplanen:

§ 22b: har inngående kunnskap om pasient- og brukerrettigheter samt relevant lovverk

- Gjenfinner ikke kunnskap om pasient- og brukerrettigheter

§ 23a: kan analysere kunnskap om personvern og taushetsplikt og anvende dette i sitt praktiske arbeid

- Gjenfinner ikke personvern i læringsutbyttebeskrivelsene

§ 23b: kan bruke relevante metoder for å vurdere risiko for uønskede hendelser og bidra til forbedring og pasientsikkerhet ved blant annet å anvende metoder for å følge opp dette systematisk

- Gjenfinner ikke i læringsutbyttebeskrivelsene, og selvevalueringen angir at denne mangler

§ 24e: kan analysere egne læringsbehov og sørge for egen faglig oppdatering og livslang læring

- Gjenfinner ikke kompetanse i å analysere egne læringsbehov

§ 24g: kan anvende sine kunnskaper og ferdigheter til å ivareta egen helse og bidra til et godt arbeidsmiljø for seg selv og andre

- Gjenfinner ikke delen om å bidra til godt arbeidsmiljø

3.2.8 Vurder i hvilken grad studieplanen ivaretar retningslinjenes krav til studiets oppbygging

Profesjonsstudiet i medisin ved UiT har et seksårig integrert studieløp satt sammen av en stor bredde av fag, og den kliniske undervisningen er en integrert del av studiet. Studiets oppbygging sikrer sammenheng og progresjon. Det er en tydelig progresjon i studentenes kompetanse fra begynnelse til fullført studium med avansert og sammensatt kompetanse.

Læringsutbyttebeskrivelsene omfatter at studentene ved fullført studium skal kunne «Utføre selvstendig undersøkelse av pasient med vanlige og farlige kliniske problemstillinger». Det vises til de nasjonale listene for innlæring av kliniske undersøkelser og praktiske ferdigheter.

Studieplanen har 29 læringsutbyttebeskrivelser under overskriftene Kunnskaper, Ferdigheter og Kompetanser. Dette er de samme læringsutbyttebeskrivelsene som i det siste emnet i studieplanen.

Læringsutbyttebeskrivelsene på emnenivå er overordnet formulert. Emnebeskrivelsene er ulikt utformet, og læringsutbyttebeskrivelsene på emnenivå varierer i form, detaljeringsgrad og formuleringer. Noen av emnebeskrivelsene organiserer læringsutbyttebeskrivelser uten tydeliggjøring av kategoriene kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Læringsutbyttebeskrivelsene i studieplanen er til dels på et lavere nivå enn slik de er formulert i RETHOS. Disse forholdene gjør at det er vanskelig å evaluere progresjon gjennom studieløpet og nivå av kompetanse sammenliknet med intensjonene i RETHOS.

Flere av læringsutbyttebeskrivelsene angir at «studentene skal ha bred kunnskap om ...». Dette er ifølge Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for høyere utdanning formulering som viser til bachelornivå, mens «inngående kunnskap» viser masternivå. Et flertall av læringsutbyttebeskrivelsene for et seksårig studieprogram bør være på masternivå og ha nivåbeskrivelse som samsvarer med RETHOS, for eksempel RETHOS § 22b.: «Har inngående kunnskap om pasient- og brukerrettigheter samt relevant lovverk» og UiTs Kunnskaper pkt. 8: «Har bred kunnskap om lovverk som regulerer rettigheter og plikter forbundet med klinisk arbeid som lege».

Noen læringsutbyttebeskrivelser fra RETHOS gjenfinnes ikke i læringsutbyttebeskrivelsene for emnet, men tema blir omtalt som sentralt i beskrivelsen av emnets undervisning uten at det oppgis detaljer om undervisningens innhold.

Totalt sett oppfylder UiTs profesjonsstudium i medisin i stor grad retningslinjenes krav til oppbygging av studieprogrammet.

3.2.9 Vurder i hvilken grad studieplanen ivaretar retningslinjenes krav til praksisstudier

Praksisstudiene utgjør en integrert del av studiet og foregår både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det er to hovedpraksisperioder sent i studieløpet og noen korte besøk i praksis tidligere i studieløpet, angitt som «observasjonspraksis» eller «utplassering». Det er ikke oppgitt totalomfang på praksis i primærhelsetjenesten, men det ser ut til å være omtrent 9 uker. Fastlegepraksis, legevakt, helsestasjon og sykehjem er

nevnt som praksisarenaer, men det kommer ikke fram om alle studentene har noe praksis på kommunal øyeblikkelig hjelp døgnenhet, skolehelsetjenesten og NAV, som anbefalt i forskriften. Varigheten er noe kortere enn de 10 ukene som retningslinjen anbefaler. Praksis i spesialisthelsetjenesten har et omfang på 18 uker og omfatter kirurgi, gynekologi og obstetikk, indremedisin og psykiatri. Det framkommer ikke om alle også får praksis i rus- og avhengighetsmedisin, som anbefalt i forskriften. Det totale omfanget av praksis er noe mer enn forskriftens krav på 24 uker.

Profesjonsstudiet i medisin ved UiT ligger over kravet til totalt omfang av praksis og tett opp til anbefalingene om varighet og steder for praksis. Bredde og varighet av primærhelsetjenestep praksis bør vurderes i tillegg til å sikre studentene praksis i rus- og avhengighetsmedisin.

3.3 Har de sakkyndige tillit til at studentene ved studieprogrammet vil kunne oppnå det intenderte læringsutbyttet som er fastsatt i retningslinjene?

Studieprogrammet har identifisert hvilke deler av RETHOS-forskriften som er dekket, og hvilke som ikke er fullt ut dekket i studieplanen. Dette viste at det meste av de forskriftsfestede læringsutbyttene allerede var på plass i studieplanen. Det er påbegynt et arbeid for å innarbeide det manglende innholdet i den eksisterende studieplanen, uten at framdriften i dette arbeidet kommer tydelig fram i selvevalueringen.

Forutsatt at de påbegynte endringene får på plass det manglende innholdet, og at det vi har påpekt som mulige mangler vurderes og eventuelt implementeres, har de sakkyndige tillit til at studentene kan oppnå læringsutbyttet som er beskrevet i RETHOS.

3.4 Frittstående vurdering: I hvilken grad har institusjonen benyttet muligheten for lokal tilpasning?

Læringsutbyttebeskrivelser er formulert lokalt både på emne- og studieprogramnivå. I selvevalueringen oppgis det tilfredshet med handlingsrom til både faglig utvikling og lokal tilpasning.

4 Sakkyndig vurdering av medisinstudiet ved Universitetet i Bergen

4.1 Introduksjon til institusjonen og studieprogrammet

Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Bergen er et integrert studium med varighet 6–6 ½ år (360 studiepoeng). Studiet er bygget opp av 14 emner. Det første året er det to emner som er felles med odontologi, og ett emne som er spesifikt for medisinstudiet. Etter dette er det ett emne per semester bortsett fra semester 10, hvor studentene også leverer inn en hovedoppgave. I år 3–6 er det elektive emner i januar. Studentene må gjennomføre 3 av 4 elektive perioder med 6 studiepoeng i hver periode, til sammen 18 studiepoeng.

Den gjeldende studieplanen for medisin ved UiB, «Medisin 2015», ble etablert i perioden 2015–2019. Denne studieplanen er tuftet på tre søyler, fagsøylen, profesjonssøylen og den akademiske søylen.

I første halvår 2020 ble det gjennomført en gjennomgang av læringsutbyttebeskrivelsene i RETHOS, hvor semesterstyrene identifiserte hvilke læringsutbytter i RETHOS deres emne bidrar til å oppfylle. Gjennomgangen viste at emnene i sum dekker de fleste læringsutbyttene i RETHOS. For de læringsutbyttene i RETHOS som beskriver kompetanse som dekkes ufullstendig, er det satt i gang noen mindre revisjoner for å kompensere for dette.

Læringsutbyttene i RETHOS vil bli gjeldende på programnivå og vil erstatte de læringsutbyttene på programnivå som tidligere ble utviklet sammen med de øvrige medisinstudiene i Norge.

I studieplanen «Medisin 2015» er læringsutbytter oppgitt for 312 studiepoeng. I tillegg er læringsutbytter for hovedoppgaven (20 studiepoeng) og profesjonalitetssøylen tatt med i vurderingen. For ex. phil. (10 studiepoeng) og elektive emner (18 studiepoeng) er det ikke innsendt emnebeskrivelser med læringsutbyttebeskrivelser, og disse er derfor ikke inkludert i vurderingsgrunnlaget.

4.2 Grad av etterlevelse av retningslinjene i den lokale studieplanen

4.2.1 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «medisinsk ekspertise» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er i all hovedsak godt representert i studieplanen. Noen enkeltområder gjenfinnes helt eller delvis ikke i studieplanen:

§ 4d: har inngående kunnskap om hvordan kosthold, fysisk aktivitet og andre levevaner påvirker helse og sykdom og hvordan denne kunnskapen kan utnyttes i forebygging og behandling av sykdom

- Livsstilsstema er i liten grad nevnt, eksplisitt på betydning av arv og miljø som risikofaktorer, noe om sykdommer som kan forebygges og ansvar for denne delen av helsevesenet.

§ 4g: har inngående kunnskap om legemidler, legemiddelbehandling samt systemene for legemiddelovervåkning og melding av bivirkninger

- Legemiddelovervåkning og melding om bivirkninger er ikke nevnt

§ 4h: har inngående kunnskap om vurdering av samtykkekompetanse og lovverk for bruk av tvang

- Samtykkekompetanse er ikke spesifikt nevnt, men det er læringsutbytter som mer generelt handler om etiske problemstillinger i møte mellom pasient og lege

§ 4j: har bred kunnskap om klinisk presentasjon og forekomst av sjeldne sykdommer med eksempler på utredning, diagnose og behandling

- Sjeldne sykdommer nevnes ikke spesifikt

§ 4l: har bred kunnskap om prinsippene som ligger til grunn for digitale løsninger og teknologi i helsetjenesten, herunder digital sikkerhet

- Bruk av elektronisk pasientjournal nevnes, mens mer fundamental digital kunnskap er i selvevalueringen påpekt å ikke undervises

§ 5e: kan gjennomføre en systematisk legemiddelgjennomgang og legemiddelsamstemming og å rekvirere legemidler

- Legemiddelgjennomgang/-samstemming ikke nevnt, men ellers er det mye om bruk av legemidler (inkludert interaksjoner etc.)

§ 6d: kan anvende digital kompetanse, bistå i utviklingen av og bruke egnet teknologi både på individ og systemnivå.

- Bruk av elektronisk pasientjournal nevnes, mens mer fundamental digital kunnskap er i selvevalueringen påpekt å ikke undervises

4.2.2 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «kommunikasjon» i den nye studieplanen?

De aller fleste Læringsutbyttebeskrivelser gjenfinnes i studieplanen. Noen kommentarer:

§ 8b: kan gjennomføre veiledning av brukere, pasienter, pårørende, studenter og relevant personell som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser

- Relativt godt dekket i profesjonalitetssøylen. Ikke alle aktørene nevnes, men omtales mer generisk. Gjenfinnes også noe i pediatri. Påpekes i selvevaluering at dette er mangelfullt, men vil utvikles.

§ 9a: kan kommunisere effektivt med pasienter og pårørende på en profesjonell og empatisk måte, inkludert ved bruk av digitale hjelpemidler og tolk

- Dette er svakt dekket på «digitale hjelpemidler og tolk»

4.2.3 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «ledelse og systemforståelse» i den nye studieplanen?

Det er en del Læringsutbyttebeskrivelser som bare delvis eller ikke i det hele tatt er dekket i studieplanen. Dette er også påpekt i selvevalueringen. Noen kommentarer:

§ 10a: har bred kunnskap om de viktigste prinsippene for ledelse og finansiering av helsetjenesten

- Relativt godt dekket i profesjonalitetssøylen. Påpekt i selvevalueringen at dette er mangelfullt

§ 10d: har kunnskap om samenes status som urfolk og om samenes rettigheter, særlig innenfor helse- og omsorgsfeltet

- Påpekt i selvevalueringen at dette er mangelfullt/manglende.

§ 12a: kan analysere ulike lederstiler og egne styrker og svakheter som leder og deltaker i grupper og team

- Noe om ledelse i helsevesenet, men lite innrettet mot den enkelte student. Mulig dette er en del av undervisningsaktivitet «Legen som leder»?

§ 12b: kan analysere prinsipper for ledelse

- Noe om ledelse i helsevesenet, men trolig for lavt nivå. Påpekt i selvevalueringen at dette er mangelfullt/manglende.

§ 12c: kan reflektere over og anvende kunnskap som bidrar til et likeverdig tjenestetilbud til alle, deriblant samiske pasienter

- Påpekt i selvevalueringen at dette er mangelfullt/manglende.

4.2.4 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «samarbeid» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert i studieplanen

4.2.5 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «folkehelse og samfunnsmedisin» i den nye studieplanen?

De fleste læringsutbyttebeskrivelser gjenfinnes i studieplanen, men det er også en del mangler – særlig blant kunnskapsmålene. Flere av disse er også påpekt i selvevalueringen. Noen kommentarer:

§ 16a: har inngående kunnskap om grunnleggende faktorer som fremmer god helse og forebygger sykdom på individ og samfunnsnivå; inkludert betydningen av miljøfaktorer, vaksiner, smittevern og deltagelse i arbeidsliv

- Mangler en del i læringsutbyttebeskrivelser, særlig på samfunnsnivå

§ 16c: har kunnskap om utviklingen av sykdomsforekomst og sykdomsbyrde nasjonalt og globalt, samt hvilke utfordringer dette skaper for helsetjenesten

- Grundig dekket og dokumentert om forekomst, mer uklart om utfordringer for helsetjenesten

§ 16d: har kunnskap om samfunnets systemer for sikkerhet og beredskap og legers roller og funksjoner i disse

- Påpekt i selvevalueringen at dette er mangelfullt/manglende.

§ 16e: har kunnskap om hvordan faktorer som diskriminering og rasisme særlig påvirker folkehelsen til minoritetsgrupper og samer som urfolk

- Påpekt i selvevalueringen at dette er mangelfullt/manglende.

§ 17c: kan bruke faglig kunnskap til å iverksette smitteverntiltak og utføre legens melde- og varslingsplikter

- Melding og varsling dekket, mens smitteverntiltak ikke er omtalt

§ 18c: kan anvende sin kunnskap om helse- og sosialpolitikk i sin tjenesteutøvelse

- Koblingen mellom helse- og sosialpolitikk og egen tjenesteutøvelse er ikke omtalt

4.2.6 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «forskning, vitenskapelighet og innovasjon» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er i all hovedsak godt dekket i studieplanen, mye i tilknytning til hovedoppgaven. Kun en kommentar:

§ 21a: kan bidra til nytenkning, innovasjonsprosesser, tjenesteinnovasjon, systematiske arbeidsprosesser og kontinuerlig kvalitetsforbedring

- I læringsutbyttebeskrivelsen til hovedoppgaven: «kva som kjenneteiknar innovasjon og entreprenørskap og metodar som ligg til grunn». Mindre på tjenesteinnovasjon (som flere leger jobber med). At dette er mangelfullt, er også påpekt i selvevalueringen.

4.2.7 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «profesjonalitet» i den nye studieplanen?

De fleste læringsutbyttebeskrivelsene er godt dekket i studieplanen. Noen kommentarer:

§ 23a: kan analysere kunnskap om personvern og taushetsplikt og anvende dette i sitt praktiske arbeid

- Vanskelig å gjenfinne i studieplanen knyttet til klinisk aktivitet, men det omtales under læringsutbytter for hovedoppgaven der personvern er nevnt i tilknytning til forskning og innovasjon.

§ 23c: kan bruke sentrale nasjonale faglige retningslinjer, lokale prosedyrer og digitale verktøy for kunnskapsstøtte

- Vanskelig å gjenfinne eksplisitt i studieplanen, men mer generisk om å finne, vurdere og anvende kunnskapskilder er omtalt.

4.2.8 Vurder i hvilken grad studieplanen ivaretar retningslinjenes krav til studiets oppbygging

Studieplanen beskriver et integrert 6-årig studieløp (6 ½ år for halvparten av studentene). Sammensetningen av fagområder er bredt, som forventet for et medisinstudium. Det er stort omfang av klinisk undervisning og praksis, og omfanget er størst på 4., 5. og 6. studieår. Teori og praksis synes å være sammenhengende og integrert gjennom studieårene. Det er tydelig utvikling fra det normale til det enkle unormale og til det mer sammensatte/komplekse unormale. En eventuell progresjon på enkeltelementer er vanskeligere å vurdere. Læringsutbyttebeskrivelsene omfatter at studentene ved fullført studium skal kunne «gjøre en fullstendig og selvstendig undersøkelse av enhver pasient (sykehistorie og klinisk undersøkelse) og systematisere pasientinformasjonen». Studentene forventes etter gjennomført utdanning å ha de kunnskaper og ferdigheter som er nødvendig for å fungere som lege, inkludert de ferdigheter som står på nasjonale lister.

Språket som er brukt i utformingen av læringsutbyttene, differensierer i liten grad på hvilket nivå man forventer at studentene skal kunne det aktuelle læringsutbyttet. Det er også en del eksempler på læringsutbytter som både ut fra ordlyd og innhold er å betrakte som en ferdighet, men som i beskrivelsen er plassert under kunnskap og vice versa. Disse to forholdene har bidratt til å vanskeliggjøre vurderingen av teoretisk og praktisk progresjon gjennom studiet.

Ved Universitetet i Bergen er de fleste læringsutbyttebeskrivelsene skrevet på et overordnet nivå. Denne oppbygningen gjør at det er noen av læringsutbyttebeskrivelsene i RETHOS som ikke gjenfinnes konkret i studieplanen selv om man ut fra kontekst må forvente at de undervises. Det er for eksempel lite å finne i studieplanen om RETHOS § 4d om livsstil etc., mens dette helt åpenbart vil inngå i læring om risikofaktorer, patogenese etc. for en rekke tilstander.

4.2.9 Vurder i hvilken grad studieplanen ivaretar retningslinjenes krav til praksisstudier

Praksis i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten er integrert i studiet, og det er naturlig økende grad av selvstendighet i praksisundervisningen. Det er i selvevalueringen angitt at mengden praksisundervisning er tilstrekkelig. Ved gjennomgang av praksis som er kvantifisert i studieplanen, summerer det til 27.5 uker, men det er i tillegg noe praksis som omtales uten at omfanget er kvantifisert (Med6, Med9, Med11). Uansett er det totale omfanget større enn kravet på 24 uker praksis.

Praksis i primærhelsetjenesten utgjør 6 uker mot anbefalte 10. Det er ikke spesifisert hvilke arenaer praksis skal foregå på.

De større praksisperiodene i spesialisthelsetjenesten er fordelt på psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, indremedisin, kirurgi, røntgen og anestesi, gynekologi og obstetrikk og pediatri. Det er ingen omtale av praksis innen rus- og avhengighetsmedisin, som anbefalt i forskriften.

4.3 Har de sakkyndige tillit til at studentene ved studieprogrammet vil kunne oppnå det intenderte læringsutbyttet som er fastsatt i retningslinjene?

Det er gjort et arbeid lokalt med å kartlegge hvilke deler av RETHOS-forskriften som er dekket, og hvilke som ikke er fullt ut dekket i studieplanen. Gjennomgangen viste at det aller meste av de forskriftsfestede læringsutbyttene allerede var på plass i studieplanen, og man ønsket derfor å gjøre en begrenset justering av den gjeldende studieplanen for å innlemme de resterende. Noen slike mindre revisjoner er allerede igangsatt av semesterstyrene. Faktiske endringer i studieplanen er foreløpig ikke implementert, og fremdriften er ikke tydelig skissert i selvevalueringen.

Forutsatt at de påbegynte revisjonene sørger for at det som mangler i gjeldende studieplan tas inn i den reviderte, og at det vi har påpekt som mulige mangler vurderes og eventuelt implementeres, har de sakkyndige tillit til at studentene ved medisinstudiet på Universitetet i Bergen oppnår det læringsutbyttet som er intensjonen for RETHOS.

4.4 Frittstående vurdering: I hvilken grad har institusjonen benyttet muligheten for lokal tilpasning?

Siden det ikke er behov for å gjøre store endringer i studieplanen for å oppfylle RETHOS-forskriften, men det meste tvert imot kunne videreføres uendret, beholder også studiet sin eksisterende profil.

5 Sakkyndig vurdering av medisinstudiet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

5.1 Introduksjon til institusjonen og studieprogrammet

Medisinstudiet ved NTNU er et 6-årig integrert studium (360 studiepoeng) ved Fakultet for medisin og helsevitenskap. Det er inndelt i 3 stadier à 2 år med progresjon mot sluttkompetanse gjennom spirallæring. Det er inndelt i 9 emner med muntlig og skriftlig vurdering i alle emner utenom praksis. Hovedoppgaven har en annen godkjenningssordning. Fra 2018 er det også en desentral modell der 16 studenter gjennomfører to år av studiet i Levanger. Utdanningen i Levanger følger samme studieplan. Studieplanen har vært revidert flere ganger (2003 og 2014), og det har blitt innført OSKE-eksamen (objektiv, strukturert, klinisk eksamen) som en av vurderingsformene (2014).

Høsten 2020 ble en arbeidsgruppe nedsatt for å gjennomgå eksisterende studieplan og vurdere denne opp mot RETHOS og læringsutbyttebeskrivelsene der, med målsetning om å sikre at forskriften blir implementert i studiet. Gruppen leverte sitt arbeid i april 2021, og dette dokumentet er delvis grunnlag for den sakkyndige vurderingen. I tillegg er grunnlaget en database med oversikt over alle læringsutbyttebeskrivelser innenfor alle emner og hvordan hver enkelt læringsutbyttebeskrivelse er tilknyttet RETHOS' læringsutbyttebeskrivelser gjennom studieplanen. Videre er også selvevalueringen fra NTNU benyttet som informasjonskilde.

5.2 Grad av etterlevelse av retningslinjene i den lokale studieplanen

5.2.1 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «medisinsk ekspertise» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert i studieplanen og en finner progresjon gjennom årene/emnene. Dette er tydelig beskrevet i databasen og arbeidsgruppens rapport. Noen enkeltområder er vanskelig å gjenfinne i studieplanen:

§ 4h: har inngående kunnskap om de viktigste arbeidsoppgavene og ansvarsområdene for de medisinske spesialitetene.

- Her er dette godt dekket for allmennmedisin, men ikke for andre spesialiteter

§ 6d: kan anvende digital kompetanse, bistå i utviklingen av og bruke egnet teknologi både på individ og systemnivå.

og

§ 9a: kan kommunisere effektivt med pasienter og pårørende på en profesjonell og empatisk måte, inkludert ved bruk av digitale hjelpemidler og tolk

- Digital kompetanse er generelt svakt dekket

5.2.2 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «kommunikasjon» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert i studieplanen

Noen kommentarer:

§ 9a: kan kommunisere effektivt med pasienter og pårørende på en profesjonell og empatisk måte, inkludert ved bruk av digitale hjelpemidler og tolk

- Dette er svakt dekket på «digitale hjelpemidler og tolk»

5.2.3 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «ledelse og systemforståelse» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående ganske godt representert i studieplanen.

Noen kommentarer:

§ 10d: har kunnskap om samenes status som urfolk og om samenes rettigheter, særlig innenfor helse- og omsorgsfeltet

- Dette er ikke dekket. Det er også påpekt av lærestedet.

§ 11a: kan anvende faglig kunnskap om ledelsesprinsipper til å utøve klinisk ledelse med beslutningstaking og samarbeid med andre profesjoner og yrkesgrupper i relevante medisinske situasjoner

- Det finnes en relevant læringsutbyttebeskrivelse om: Samarbeide med leger og andre yrkesgrupper i relevante medisinske situasjoner. Dette er ikke tilstrekkelig tydelig formulert mht. ledelse. Arbeidsgruppen ved NTNU påpeker også at ledelsetemaet er svakt dekket i studiet og foreslår implementering av dette.

5.2.4 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «samarbeid» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert i studieplanen.

5.2.5 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «folkehelse og samfunnsmedisin» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert i studieplanen. Bredt representert i mange deler av studieplanen. Godt integrert innenfor mange emner.

5.2.6 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «forskning, vitenskapelighet og innovasjon» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert i studieplanen.

Kommentar:

§ 21a: kan bidra til nytenkning, innovasjonsprosesser, tjenesteinnovasjon, systematiske arbeidsprosesser og kontinuerlig kvalitetsforbedring

- Dette er ikke tydelig beskrevet som en læringsutbyttebeskrivelse og finnes heller ikke implisitt i andre tema. Arbeidsgruppen har påpekt dette, og studieledelsen vil utarbeide forslag i samarbeid med flere miljø.

5.2.7 Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «profesjonalitet» i den nye studieplanen?

Læringsutbyttebeskrivelsene er gjennomgående godt representert i studieplanen. God bredde og struktur og mange av RETHOS' læringsutbyttebeskrivelser er gjengitt.

5.2.8 Vurder i hvilken grad studieplanen ivaretar retningslinjenes krav til studiets oppbygging

NTNU beskriver et tydelig 6-årig integrert studieløp med god sammenheng og progresjon. Klinisk undervisning og praksis finner sted i alle studieår, med logisk hovedvekt de siste årene. Teori og praksis synes å være sammenhengende og integrert gjennom studieårene.

5.2.9 Vurder i hvilken grad studieplanen ivaretar retningslinjenes krav til praksisstudier

Praksisstudiene starter tidlig, men med logisk progresjon mot slutten når studenten har mer kunnskap og bedre forutsetninger for læring og anvendelse av praktiske ferdigheter.

Det angis 6 uker praksis i primærhelsetjenesten og i tillegg 14 dager (2 uker og 4 dager) i lege-pasient-kurset som foregår integrert de to første årene på fastlegekontor. Til sammen er dette tilnærmet 9 uker.

I spesialisthelsetjenesten er det 14 uker somatisk praksis og 4 uker i psykiatri. Det er ikke angitt praksis innen rus- og avhengighetsmedisin (anbefalt i forskriften).

Til sammen utgjør praksis nesten 27 uker, som er over minimumskravet på 24 uker. Det er mindre praksis i primærhelsetjenesten enn forskriften anbefaler (10), og en finner ikke eksplisitt bruk av andre praksisarenaer enn fastlegekontorene.

Totalt sett er kravet om antall praksisuker i tråd med forskriften. Noen av anbefalingene for praksis (rus- og avhengighetsmedisin, 10 uker i primærhelsetjenesten og alternative arenaer i primærhelsetjenesten) er ikke dekket fullt ut. Praksisstudiene i primærhelsetjenesten bør utvides og omfatte flere arenaer.

5.3 Har de sakkyndige tillit til at studentene ved studieprogrammet vil kunne oppnå det intenderte læringsutbyttet som er fastsatt i retningslinjene?

Studieplan, innføringen av RETHOS-forskriften og bevisstheten om hvordan dette skal gjøres gjennom alle 6 årene er gjennomgående god. NTNU har kommet langt i arbeidet. Det var gjort en meget grundig gjennomgang av studieplanen opp mot RETHOS-forskriften som viste at det aller meste av forskriftens krav allerede var oppfylt. Det gjenstår noen områder som må finne sin form, og disse utfordringene er kjent for fakultetet og gjenstand for fokusert arbeid, slik en oppfatter arbeidsgruppens rapport og selvevalueringen. Noen læringsutbyttebeskrivelser er ikke tilfredsstillende dekket, men i arbeidsgruppens rapport og selvevalueringen fremgår det i stor grad hvordan dette planlegges gjort. Faktiske endringer i studieplanen er foreløpig ikke implementert, og ansvar og fremdrift er ikke tydelig skissert, men en forutsetter i de sakkyndiges vurdering at arbeidsgruppens vurderinger og forslag tas til følge. Gitt at det gjennomføres og at det vi har påpekt som mulige mangler vurderes og eventuelt implementeres, vurderer vi at RETHOS-forskriften er planlagt innført for alle studieår med første år/semester fra høsten 2021.

Det vurderes at studentene vil oppnå det intenderte læringsutbytte gitt at arbeidsgruppens forslag følges opp og implementeres, og at evalueringens påpekninger av mulige mangler vurderes og eventuelt implementeres i gjennomføringen av studiet.

5.4 Frittstående vurdering: I hvilken grad har institusjonen benyttet muligheten for lokal tilpasning?

Høsten 2021 implementeres første trinn for studentene som starter da. Innføringen videre er planlagt og de vil underveis lære av hvordan dette fungerer i praksis. Vi oppfatter at NTNU har beholdt sin studieprofil og integrert, samt utviklet, egen profil med RETHOS-forskriften inkludert.

Komiteens overordnede betraktninger fra evalueringen av implementeringen av RETHOS

Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudier ble kunngjort 13.01.20 med ikrafttredelse fra 01.02.20 og skulle implementeres fra høst 2021 for kullet som startet da. Ingen av studiestedene har ferdigstilt nye emneplaner for alle de seks studieårene, men har i selvevalueringen presentert planer for at dette skal gjøres etter hvert som kullet som startet høst 2021 går gjennom studiet.

Studieplanen for to av studiestedene er oppdatert etter at RETHOS-forskriften trådte i kraft.

Evalueringsgrunnlagene er de eksisterende studieplanene og emneplaner med læringsutbyttebeskrivelser som primærkilder og selvevalueringen som en viktig sekundærkilde. På grunn av at emneplanene ikke er oppdatert for alle seks studieår, er det ikke mulig å gjennomføre en fullgod sakkyndig vurdering av samsvar mellom studieplanene og retningslinjene. Vi har derfor kommentert samsvar med forbehold om at planlagte endringer blir implementert og at våre innspill blir vurdert og tatt inn i studieplanen om de mangler.

De fire medisinske fakultetene har samarbeidet tett gjennom det nasjonale dekanmøtet i medisin (UHR), med flere felles møter i året om medisinsk utdanning over mange år. Alle fire studiesteder har implementert nye studieplaner i løpet av de siste ca. 8 årene og har hatt felles drøftinger om utfordringer og mulige løsninger. De fire fakultetene utviklet og vedtok en nasjonal overordnet læringsutbyttebeskrivelse for medisin på eget initiativ før RETHOS ble vedtatt. De samarbeidet også om utvikling og gjennomføring av en nasjonal delprøve i medisin, som har blitt videreutviklet til en felles nasjonal skriftlig eksamen på slutten av medisinstudiet. I samme periode ble det utviklet to lister over kliniske undersøkelser og praktiske ferdigheter som studentene skal tilegne seg. På bakgrunn av dette, signaler og krav fra norske myndigheter og inspirasjon fra ledende internasjonale miljøer innen medisinsk utdanning har de medisinske utdanningene utviklet seg i tråd med nasjonale og internasjonale trender. Alle de fire studiestedene har dermed studieplaner som i stor grad er i tråd med de nye retningslinjene, og kun mindre justeringer er nødvendige for å oppfylle kravene i forskriften.

Det er noen områder som er manglende eller ikke fullt ut oppfylt for flere eller alle lærestedene;

- Læringsutbytter innen digitalisering, samers rettigheter, ledelse og innovasjon.
- Praksis innen rus og avhengighetsmedisin, bredde og varighet av praksis i primærhelsetjenesten, inkludert hos fastleger.

Lærestedene er kjent med utfordringene på disse områdene og har presentert planer for utvikling av undervisningsaktiviteter for å ivareta disse og oppgir å samarbeide om å utvikle undervisningstilbud på noen av områdene. Utvidelse av omfang og bredde av praksisundervisning i primærhelsetjenesten oppgis å være særlig krevende å oppfylle, da det også avhenger av kommuner og andre praksisaktører. Lærestedene oppgir at de samarbeider om å finne løsninger på dette også.

I retningslinjene er det vist til at lærestedene har ansvar for å utvikle og oppdatere nasjonale lister over nødvendige kliniske undersøkelser og praktiske ferdigheter. Det savnes kommentarer om hvordan dette gjøres.

Det kan være diskrepans mellom det enkelte studiesteds vurdering av samsvar mellom lærestedets læringsutbyttebeskrivelser og læringsutbyttebeskrivelser i RETHOS og evalueringskomiteens vurdering av samsvar. Det kan være flere grunner til dette:

- Det kan være utfordrende å gjenfinne innhold i studieplanenes læringsutbyttebeskrivelser (LUB) om det brukes andre ord og uttrykk enn i RETHOS
- Læringsutbyttebeskrivelsene i RETHOS er varierende i detaljeringsgrad. De som er svært detaljerte, kan være innbygd i andre mer overordnet formulerte LUB ved studiestedene. Læringsaktivitetene kan dermed omfatte de mer detaljerte delene av RETHOS' LUB uten at de er angitt i emnenes læringsutbyttebeskrivelser. Dette er vanskelig å være sikker på uten kjennskap til innholdet i undervisningen.
- Det er også stor variasjon i detaljeringsgrad av læringsutbyttebeskrivelser mellom de ulike studiestedene og delvis også mellom ulike emner på ett studiested. Dette er naturlig, da det er ulike faglige syn på hva som er det beste detaljeringsnivået på læringsutbyttebeskrivelser, og det er ulike tradisjoner for hvordan slike utarbeides. Det kan ha gitt seg utslag i at det er lettere å gjenfinne eksakte ord og uttrykk fra RETHOS' læringsutbyttebeskrivelser i de studieplanene som er mer omfattende og detaljerte, uten at dette nødvendigvis representerer forskjeller i det faktiske innholdet i undervisningen.

RETHOS' LUB er ofte sammensatte. Studieprogrammets LUB kan tilfredsstillende en eller flere deler av en RETHOS' LUB, men mangle andre deler. Da kan LUB være delvis oppfylt.

Vi ser at studieprogrammene benevner «praksis» på ulike måter, for eksempel som observasjonspraksis, lege-pasient kurs og utplassering. RETHOS har heller ikke definert praksis eksplisitt. Evalueringskomiteen har tatt utgangspunkt i UHRs definisjon brukt i praksisprosjektet i 2016, der praksis defineres som «planmessig opplæring som foregår i autentiske yrkessituasjoner under veiledning av person med relevant yrkesutdanning og yrkespraksis».

6 NOKUTs sammenfatning av institusjonenes erfaringer fra implementeringen av RETHOS

I denne delen har NOKUT sammenfattet institusjonenes selvevalueringer, der de har redegjort for sine erfaringer knyttet til implementeringen av retningslinjene i egen studieplan.

6.1 Retningslinjenes anvendelighet

UiB og NTNU rapporterer at retningslinjene gjennomgående kun har ført til mindre endringer i studieplanen. UiB skriver f.eks. at de fleste elementene som reflekteres i RETHOS, allerede er godt innarbeidet i studieplanen som et resultat av tidligere prosesser, og at de derfor bare har trengt å gjøre justeringer. Også NTNU skriver at de nye retningslinjene har ført til noen få justeringer, men at dette i liten grad er avgjørende for kvaliteten i legeutdanningen. NTNU skriver også at nivået på noen av læringsutbyttene kan diskuteres. Legeutdanningen er en grunnutdanning som kvalifiserer for videre spesialisering, som de fleste tar, og i videreutdanningen er det egne læringsmål som til dels ikke er koordinert med retningslinjene.

UiT skriver at de vedtatte retningslinjene har vært et godt utgangspunkt for den videre utviklingen av den lokale studieplanen, men at det har vært en utfordring å avklare hvilke momenter i studieplanen som må fjernes for å gi plass til de læringsutbyttene som RETHOS-prosessen har pålagt dem å implementere. I en slik prosess vil det være naturlig å vurdere elementer i studieplanen som helt eller delvis overlapper slik at både spirallæring og en langsgående tematikk ivaretas.

UiO rapporterer at de nasjonale retningslinjene fremhever perifere kompetanseområder på bekostning av kjernekompetansen medisinsk ekspertise, som dermed fremstår marginalisert. Årsaken til dette er spesifikasjonsnivået i læringsutbyttebeskrivelsen: Under den medisinske ekspertisen er læringsutbyttebeskrivelsene skrevet på et overordnet, hensiktsmessig nivå. På de øvrige kompetanseområdene, som skal dekke en mye mindre del av helheten enn den medisinske ekspertisen, er læringsutbyttene beskrevet på et lavere, mer spesifikt nivå. Forskjellen i detaljnivå skyldes at forskriften av 6. september 2017 – felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger § 2, definerer en del svært spesifikke læringsutbytter. Disse er skrevet på en ukonvensjonell form og er sammensatt av en rekke identifikasjonsmarkører som istedenfor å være klargjørende, heller bidrar til det motsatte.

6.2 Mulighet for lokal tilpasning

Denne delen omhandler institusjonenes opplevelse av muligheten for lokal tilpasning og skiller seg dermed fra de sakkyndiges vurderinger av lokal tilpasning i studieplanene presentert tidligere.

Institusjonene opplever at retningslinjene gir rom for lokal tilpasning i utviklingen av egne studieplaner, noe som trekkes frem som positivt for faglig utvikling. Ettersom føringene er generelle, får institusjonene handlingsrom til å utvikle studiestedenes egne profiler. Samtidig påpeker de at det eksisterer en gråsoner mellom de nasjonale retningslinjene og den institusjonelle friheten, der det ikke alltid er klart når kravene for et læringsutbytte er oppfylt. Dette kan skape usikkerhet.

6.3 Samarbeid med tjenestene

Det er to institusjoner som har rapportert om samarbeid med tjenestene på studieprogram medisin i selvevalueringene sine.

Både UiB og NTNU rapporterer om at de har hatt et tett samarbeid med tjenestene i utarbeidelse av studieplan for medisin, begge institusjonene presiserer at dette samarbeidet ikke er en konsekvens av RETHOS – men av et allerede tett etablert samarbeid som skjer uavhengig av RETHOS.

UiB formidler at de har lange tradisjoner for å samarbeide med tjenestene om studieopplegg, og utfordringer er først og fremst knyttet til ressursfordeling i endringsprosesser. NTNU formidler at de ikke har hatt behov for samarbeid med tjenestene særskilt på bakgrunn av RETHOS. Det de har innført av endringer i studieplanen er en konsekvens av tidligere evalueringer av denne og baserer seg på det samarbeidet som allerede er etablert med primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er et samarbeid de stadig forsøker å videreutvikle.

Det fremgår fra selvevalueringen til UiB at tjenestene har hatt en betydelig innflytelse på den nåværende studieplanen, Medisin 2015, gjennom de prosessene som den gang ble gjennomført (altså før RETHOS). Alle endringer i studieplanen og all planlegging av undervisning ble gjort i tett samarbeid med tjenestene, noe det er tradisjon for. Den viktigste utfordringen for UiB i samarbeidet med tjenestene omhandler digitale plattformer. Det er en viss form for integrering, men ansatte må forholde seg til stadig flere apper, innloggingsmetoder osv., og det er begrensninger i hvilke integrasjoner som er tilgjengelig fra hhv. en UiB-PC og en tjeneste-PC.

NTNU løfter frem at den største utfordringen med RETHOS er at den stiller krav om praksis, men retningslinjene forplikter ikke primær- og spesialisthelsetjenesten. Selv om samarbeidet med helseforetakene og primærhelsetjenesten knyttet til praksis er god, så løfter NTNU frem at situasjonen er både sårbar og utfordrende.

UiB presiserer at RETHOS ikke fører til de store omveltningene i studieplanen, og at det derfor har vært begrenset behov for å involvere tjenestene i endringsprosessene som følger med RETHOS.

6.4 Samarbeid med andre fagområder

Ved UiT ble emnet HEL-0700, som inngår i alle helsefagutdanningene, revidert som en følge av de nye retningslinjene. Det ble i første omgang arrangert workshoper i regi av fakultetet, der samtlige utdanninger deltok i tillegg til fakultetsledelsen. Her ble det bestemt hvilke læringsutbytter som skulle implementeres i emnet HEL-0700. Deretter ble det nedsatt en tverrfaglig arbeidsgruppe som skulle utarbeide ny emnebeskrivelse. Samtlige utdanninger

ved fakultetet var representert i denne gruppen. Dermed ble læringsutbyttene etablert ut fra en felles forståelse, og emnets tverrfaglige formål ble ivaretatt.

Ved UiB har man diskutert RETHOS i samarbeidsmøter internt på fakultetet, blant annet i studieledelsen med ernæring, farmasi og odontologi. Utover det samarbeider medisin med odontologi om to felles emner i første studieår. Samarbeidet har hovedsakelig foregått per e-post og telefon. UiB anser samarbeidet med andre fagområder å være styrket i noen grad. NTNU viser til at profesjonsstudiet i medisin samarbeider med andre profesjonsstudier på bachelornivå allerede før RETHOS, som f.eks. tverrfaglig samarbeid i 3. studieår, og at dette samarbeidet fortsetter.

6.5 Samarbeid med andre aktører

Profesjonsstudiet ved UiT trekker frem samarbeidet med de studieadministrative tjenestene som svært viktig i arbeidet med å utvikle ny/revidere studieplanen. De skriver videre at det helsevitenskapelige fakultetet som helhet har funnet nye samarbeidspartnere utenfor egen institusjon gjennom arbeidet med den felles rammeplanen for helse- og sosialfagene. Dette omfatter bl.a. samarbeidspartnere i det nasjonale Diku-prosjektet LOVU og i prosjektet DigiSam – Digital sikkerhetskompetanse i helse og sosialfag. Det rapporteres også om planer for deling av læremidler mellom BOTT-universitetene (UiO, UiB, NTNU og UiT – Norges arktiske universitet) knyttet til noen få læringsutbyttebeskrivelser i retningslinjen.

7 NOKUTs sammenfatning av tjenestenes erfaringer fra implementeringen av RETHOS

Denne delen omhandler tjenestenes opplevelse av samarbeidet med institusjonen om utvikling av ny/revidert studieplan og tar utgangspunkt i intervjuer med representanter fra tjenestene. Ettersom mange av temaene overlapper på tvers av fagområder, vil informasjon fra intervjuene presenteres samlet. Som beskrevet i fremgangsmåten, tar teksten utgangspunkt i 14 intervjuer fra fem ulike fagområder. Funnene som legges frem, viser dermed en god bredde i tjenestenes erfaringer, men de er ikke representative for alle samarbeidene.

Denne evalueringen skal ikke og kan ikke vurdere effekten av RETHOS, men informasjon fra intervjuene gir oss noen svake indikasjoner på hva tjenestene erfarer. Først og fremst uttrykker tjenesterepresentantene som har vært del av mer omfattende prosesser, at de synes studieplanene er blitt mer relevant for tjenestene, og at de tror studieprogrammets arbeidslivsrelevans vil bli styrket.

Noen utdanninger (hovedsakelig fase 1 som har hatt mer tid med RETHOS) uttrykte også at det over tid har vært en endring i studentene som kommer inn i praksis. De beskriver at studentene fremstår mer klare for praksis. Dette er observasjoner fra intervjuene som det kan være interessant å se nærmere på i videre evaluering.

Intervjuene utforsker hvordan tjenesterepresentantene erfarte samarbeidet rundt utviklingen av ny studieplan, og hvorvidt de opplevde at prosessen ledet til et tettere samarbeid mellom tjenestene og studiestedene. Intervjuene undersøkte også tjenestenes oppfatninger om arbeidslivsrelevans.

Tjenesterepresentantene fant det vanskelig å svare på hvorvidt RETHOS-prosessen har ledet til et tettere samarbeid sammenliknet med tidligere. Dette kommer i stor grad av at de ikke hadde kjennskap til tidligere prosesser. Flere uttrykte imidlertid at de er positive til denne typen samarbeid og håper endringene vil styrke arbeidslivsrelevansen, men at de først kan vurdere dette etter at studentene har fullført studieløpet. De hadde derimot mange meninger om prosessen de hadde vært en del av, og hvordan denne kunne vært lagt opp for å sikre god samhandling mellom tjenestene og institusjonene. Denne delen vil derfor hovedsakelig handle om hvordan tjenestene har opplevd samhandlingsprosessen, hva som har fungert, hva som ikke har fungert og hva som kan forbedres.

7.1 Organisering

Tjenesterepresentantenes bidrag inn i studieplanarbeidet har vært organisert på ulike måter. De har inngått i styringsgrupper, referansegrupper og som deltakere i arbeidsgrupper. Begrepsbruken mellom organiseringstypene er noe varierende mellom institusjonene, men i denne teksten vil de bety følgende: styringsgrupper styrer prosessen på et overordnet nivå, arbeidsgrupper utvikler studieplanene og referansegrupper kommer med innspill til prosessen eller konkrete utkast som er utviklet av arbeidsgruppen. Som beskrevet i selvevalueringene fra institusjonene, er referansegrupper den vanligste samarbeidsformen, og de fleste av respondentene hadde deltatt i slike blant de som ble intervjuet. Vi ser også eksempler der tjenesterepresentantene har vært representert på

flere nivåer samtidig, for eksempel at de har representasjon i både styringsgrupper, referansegrupper og arbeidsgrupper.

Vi kan se en tydelig sammenheng mellom måten samarbeidet har vært organisert på og tjenesterepresentantenes opplevelse av å bidra inn i studieplanarbeidet på en konstruktiv måte. Det er tydelig at tjenesterepresentantene som har vært involvert på et høyere nivå, som for eksempel i en styringsgruppe, opplever å ha hatt større innflytelse på prosessen enn de som kun ble inkludert sporadisk for innspill. Eksempler på dette kommer til syne i utsagn fra tjenesterepresentanter som kun har vært med i mindre innspillprosesser. Her trekkes det frem at på tidspunktet de blir inkludert i prosessen, var en stor del av rammene allerede satt, noe som reduserte mulighetene deres for innflytelse. De beskriver videre at de gjerne skulle være inkludert tidligere i prosessen når viktige valg ble tatt. En respondent uttrykte følgende: «Vi har tidligere sett at noen sterke interesser i utdanningsinstitusjonene setter standarden for litteratur og vinkling for det som skal læres. I noen tilfeller er det da akademias interesser som blir ivarettatt, ikke praksisfeltets beste eller studentenes arbeidslivsrelevans.» Basert på informasjon som kom frem i intervjuene, er det tydelig at de representantene for tjenestene som hadde vært inkludert i en større del av prosessen, var mer fornøyde med samarbeidet enn de som hadde vært involvert mer sporadisk.

7.2 Rekruttering

Tjenesterepresentantene mener at det er viktig at de har innflytelse på hvilke tjenesterepresentant(er) som blir invitert inn i slike prosesser, da det ofte fremstår som litt tilfeldig hvem som blir rekruttert. Erfaringsmessig vil institusjonene ofte benytte nettverkene sine og kontakte praksiskontakter eller andre de har samarbeidet med tidligere. Dette er en pragmatisk og effektiv tilnærming, og i mange tilfeller fungerer dette godt, men ikke alltid. Følgende sitat illustrerer hvordan tjenestene ikke alltid ser seg tjent med denne måten å innhente tjenesterepresentanter på:

Kan også huske at vi snakket om hvem som ble oppnevnt som representant fra arbeidsgiver. Var det en som arbeidsgiver hadde bestemt, eller var det en som tilfeldigvis institusjonen hadde samarbeidet med tidligere? En tjenesterepresentant var halvveis inne fordi institusjonen tenkte det var en fin person å ha med seg. Da protesterte vi fra styringsgruppen.

En annen respondent beskriver et tilfelle der rekrutteringen heller ikke fungerte optimalt: «Hos oss burde det være naturlig å ta med leder og studentkoordinator, og ikke en tilfeldig person som meg. De burde kanskje vært mer spesifikke på hvem de ønsket skulle sittet i et slikt utvalg.»

Tjenesterepresentantene mener også det er viktig at slike prosesser dekker en tilstrekkelig bredde når det kommer til representasjonen. Dette er spesielt viktig for studieprogram som utdanner studenter for mange ulike tjenester. Dersom prosessene inkluderer få tjenesterepresentanter, kan dette være vanskelig. Noen uttrykker også et ønske om en likere representasjon mellom institusjonene og tjenesterepresentantene: «Savnet at arbeidsgruppene hadde en mer jevn fordeling. Det var ganske ujevnt fordelt i selve arbeidsgruppene.» Tjenesterepresentantene viste forståelse for at det kan være krevende å

sikre bredde i tjenesterepresentasjonen, spesielt for fagområder som favner bredt. De mener likevel at det er noe institusjonene bør etterstrebe.

I tillegg til bredde i tjenesterepresentasjonen trakk respondentene inn betydningen av studentrepresentasjon. Flere som hadde sittet i arbeidsgrupper eller referansegrupper med studenter, uttrykte at dette var svært positivt. En tjenesterepresentant trakk også frem at studenter burde få delta i prosessen på like vilkår som tjenesterepresentanter for å sikre at deltakelsen ikke blir opp til den enkelte students engasjement og kapasitet: «Tjenesterepresentanten kunne fakturere, dette kunne ikke studentene, og det stod da på studentenes engasjement. Det hadde vært en fordel om studentene hadde kunnet deltatt på like vilkår.»

Basert på tjenesterepresentantene uttalelser fremstår det hensiktsmessig at institusjonene i større grad formaliserer samarbeidet med tjenestene i slike prosesser. Dette vil kunne skape en bedre tilknytning til tjenesten som en helhet.

7.3 Praktisk gjennomføring

Respondentene ga gjennomgående uttrykk for at institusjonene kunne gitt tydeligere informasjon i oppstarten av dialogen med tjenestene. Flere uttrykker at det var uklarer med hensyn til hva oppdraget ville omfatte, hvilken rolle tjenesterepresentantene skulle ha og/eller hvor mye tid/ressurser oppdraget ville kreve. Flere av respondentene gav uttrykk for at studieplanarbeid er noe de sjelden har befatning med, og at de trengte tid til å sette seg inn i hvilke nasjonale og lokale retningslinjer institusjonene må forholde seg til i utviklingen av studieplaner. God informasjon fra institusjonen er derfor veldig viktig. En tjenesterepresentant beskrev det på følgende måte: «Den informasjonen jeg fikk på forhånd, er sikkert god når man jobber på høyskolen, men ikke i fag. Spranget blir stort.»

Selv om informasjonen i forkant kunne være mangelfull, uttrykker flere at institusjonene var gode på å forklare og redegjøre i møtene. Hovedinntrykket er at fagmiljøene møtte tjenesterepresentantene og studentrepresentantene på en god måte. Institusjonene var flinke til å oppklare uklarerheter og skapte et godt rom for utveksling av ideer. Noen respondenter gav imidlertid uttrykk for at det akademiske språket de fagansatte benytter, kunne være litt utfordrende å forholde seg til. De hadde forståelse for at institusjonene må oppfylle visse språklige krav i for eksempel utviklingen av læringsutbytter, men at det til tider kunne bli litt vel mye fokus på språklige nyanser. Selv var de mer opptatt av det store bildet, som for eksempel hvilke temaer som inkluderes. Her poengterer de igjen hvor viktig det er at de blir inkludert på et tidlig tidspunkt før alle bakenforliggende valg er tatt.

Tjenesterepresentantene kom også inn på viktigheten av at studentrepresentantene og de selv blir behandlet som likeverdige parter i møtene. Her satt de fleste igjen med gode opplevelser. De fagansatte var flinke til å oppklare uklarerheter og legge til rette for utveksling av ideer. Majoriteten satt også igjen med en opplevelse av at institusjonene var flinke til å lytte til tjenestenes ønsker, og at de viste vilje til å finne løsninger på hvordan disse kunne inkorporeres i studieplanen. Samtidig viste de forståelse for at ikke alle deres ideer og ønsker kan etterkommes i en slik prosess.

En betydelig andel av respondentene opplevde manglende oppfølging i ettertid. Etter at studieplanen var ferdigstilt, hørte de ikke noe mer fra institusjonen. Dette mente de var

uheldig, og mange satt også igjen med ubesvarte spørsmål. For eksempel visste de lite om hvordan innspillene deres hadde blitt mottatt, og om disse ble inkludert videre i prosessen. Flere ga uttrykk for at det hadde vært ønskelig med et avsluttende møte mellom partene som hadde deltatt i prosessen.

7.4 Tidsutfordring

Mange av utfordringene som trekkes frem, ser ut til å kunne tilskrives knappe tidsrammer. Dette kan være alt fra kort tid mellom invitasjon og prosjektstart, tid til møter, tid til å sette seg inn i dokumenter før møter eller tid til å rådføre seg med egen tjeneste mellom møter. God samhandling tar tid, og flere ga uttrykk for at institusjonene ikke alltid tok høyde for at også de trengte tid til å gjennomføre sine interne prosesser. Som en tjenesterepresentant sa: «Jeg skulle ønske at vi hadde hatt bedre tid på dette, så vi kunne fått en bedre intern prosess og gitt bedre innspill på studieplanene. Det gikk litt fort i svingene.»

Tjenestene viste forståelse for at institusjonene måtte forholde seg til eksterne tidsfrister, og at dette var en del av tidskabelen. Her er det imidlertid viktig å utdype at institusjonene som sier at tid har vært en utfordring, ikke er en homogen gruppe, og det er stor variasjon i hvordan institusjonene har løst arbeidet innenfor tidsrammen. På den ene siden har vi institusjoner som ikke har hatt noe samarbeid med tjenestene og begrunner dette i mangelen på tid (informasjon hentet fra selvevalueringene). På den andre har vi institusjoner som har gjennomført prosesser med tjenesteinkludering på flere nivåer (styringsgrupper, referansegrupper og arbeidsgrupper). Det er tydelig at ulike institusjoner har utnyttet tidsrommet på svært ulike måter. Også de tjenesterepresentantene som hadde tatt del i mer omfattende prosesser, ga uttrykk for at de opplevde tidspress, men var gjennomgående mer tilfredse med arbeidet de hadde tatt del i.

Det er her viktig å trekke frem at noen av institusjonene har hatt andre praktiske utfordringer som har gjort samarbeid vanskelig enn knapphet på tid. For eksempel har fase 2-utdanningene hatt større utfordringer med å samhandle med tjenestene enn fase 1-utdanningene. Dette kommer som følge av situasjonen med covid-19, som påvirket en større del av tidsrommet fase 2-utdanningene hadde til rådighet til studieplanutvikling.

7.5 Samarbeid etter RETHOS

Majoriteten av tjenesterepresentantene kom fra tjenester som hadde etablerte samarbeid med institusjonene før RETHOS-arbeidet startet. Disse uttrykte i all hovedsak at RETHOS-arbeidet ikke har ført til mer samarbeid enn de hadde tidligere, men så ikke dette som et problem, da det eksisterende samarbeidet har vært godt. Noen uttrykte videre at det eksisterende samarbeidet i stor grad har omhandlet praksis, og at samarbeidet gjerne kan utvides utover dette. Blant representantene som kom fra tjenester som ikke allerede hadde etablerte samarbeid i forkant av RETHOS-prosessen, er det svært få som kan vise til at dette ble etablert i etterkant. Noen som uttrykte et ønske om et tettere samarbeid. Som en respondent sa det: «Veldig positivt til å bli invitert inn i en slik prosess. Det er viktig at studentene lærer om hva som rører seg i tjenestene. En må gå linja helt ut, og ikke la det bli med en engangsinvitasjon.»

En stor del av de eksisterende samarbeidene handler om praksis. Dette er tjenestene svært positive til, men flere ønsker også et tettere samarbeid som legger opp til informasjonsutveksling mellom tjenestene og de ansatte på andre områder. De ansatte ved institusjonen kan for eksempel komme på besøk for å se hvordan tjenestene jobber. En annen mulighet er at tjenestene- og brukerrepresentanter i større grad bidrar inn i undervisningen. Her fremstår det som at spesialisthelsetjenesten har et fortrinn ved at de igjennom sine formaliserte samarbeidsavtaler mellom institusjonene og sykehusene har en kultur for delte stillinger. Dette er noe flere trakk frem som svært positivt for å sikre tett samarbeid mellom institusjonene og tjenestene.

Vedlegg 1

RETHOS selvevalueringsspørsmål, medisin

Institusjonell kontekst

1. Gi en beskrivelse av hvordan dere har tenkt og arbeidet når dere reviderte eller utviklet den nye studieplanen etter innføringen av de nye nasjonale retningslinjene. Adresser gjerne eventuelle institusjonelle særtrekk og/eller andre faktorer som har satt sitt preg på arbeidet.

Maks 1 side

Samsvar mellom studieplan og retningslinjen:

2. Hvordan ivaretas læringsutbyttene fra de ulike kompetanseområdene i retningslinjene i den lokale studieplanen?

Dersom det er hensiktsmessig så kan svaret struktureres etter de ulike kompetanseområdene:

- Medisinsk ekspertise
- Kommunikasjon
- Ledelse og systemforståelse
- Samarbeid
- Folkehelse og samfunnsmedisin
- Forskning, vitenskapelighet og innovasjon
- Profesjonalitet

Maks 6 sider

3. Hvordan ivaretar studieplanen retningslinjenes krav til studiets oppbygning?

Maks 1 side

4. Hvordan ivaretar studieplanen retningslinjenes krav til praksisstudier? Adresser følgende områder:

- hvordan sikrer institusjonene at studentene oppnår relevante læringsutbytter i praksisstudiene
- omfang av praksisstudiene
- valg av praksisarenaer

Maks 1 side

Erfaringer fra implementeringen:

5. Hvordan vurderer dere retningslinjenes anvendelighet i arbeidet med å utvikle den lokale studieplanen?

Hjelpetekst: I mandatet for RETHOS og i felles nasjonal rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene blir det slått fast at retningslinjene «skal være førende for institusjonens arbeid med utdanningene». Med «anvendelighet» mener vi her om retningslinjene har vært et godt utgangspunkt for å utvikle lokale studieplaner. I besvarelsen ønsker vi at dere beskriver mulighetene og utfordringene som arbeidet med å utvikle nye studieplaner tuftet på retningslinjen har medført.

Maks 1 side

6. Hvordan vurderer dere muligheten for lokal tilpasning i arbeidet med å utvikle den nye studieplanen?

Hjelpetekst: I mandatet for RETHOS og i felles nasjonal rammeplan for helse- og sosialfagsutdanningene blir det slått fast at «Det skal være handlingsrom innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell tilpasning ved den enkelte institusjon». I besvarelsen ønsker vi at dere reflekterer rundt i hvilken grad dere har hatt muligheten til å benytte dere av det skisserte handlingsrommet, og eventuelle utfordringer relatert til lokal tilpasning.

Maks 1 side

7. Samarbeid med tjenestene

- a) I hvilken grad har dere samarbeidet med tjenestene i arbeidet med å utvikle ny/revidert studieplan, og hvordan har dette samarbeidet tatt form?
- b) Hvilke utfordringer og muligheter har samarbeidet generert?
- c) I hvilken grad har tjenestene fått innflytelse på nåværende studieplan? Opplever dere at innflytelsen er større eller mindre sammenlignet med tidligere?
- d) Hvem har dere samarbeidet med? Her ønsker vi kun navn på tjenestestedet. Vi kommer til å ta kontakt med tjenestene for å samle inn tjenestenes erfaringer fra samarbeidet, som en del av evalueringen.

Hjelpetekst: Det er et uttalt mål for RETHOS at tjenestene i større grad involveres i utformingen av innholdet i utdanningene. Dette gjøres på ulike måter, mellom annet ved at sammensetningen av programgruppene som har utformet retningslinjene har vært sammensatt av representanter fra UH-sektoren, tjenestene og studenter. Utdanningsinstitusjonene skal inngå samarbeidsavtaler med praksistilbydere, og disse avtalene kan også regulere forsknings-, utviklings- og innovasjonssamarbeid. I besvarelsen ønsker vi at dere beskriver hvordan dere har samarbeidet med ulike tjenestesteder i arbeidet med å utvikle ny/revidert studieplan. Med «tjenestene» mener vi her praksisteder og andre institusjoner som utøver profesjonen. Med «samarbeid» mener vi alt fra direkte deltagelse i studieplanarbeidet til deltagelse i referansegrupper etc.

Maks 2 sider

8. Samarbeid med andre fagområder

- a) I hvilken grad har dere samarbeidet med andre fagområder i arbeidet med å utvikle ny/revidert studieplan?
- b) Dersom relevant: Hvilke fagområder har dere samarbeidet med?
- c) Dersom relevant: Hvordan har samarbeidet sett ut?
- d) Dersom relevant: Hvilke utfordringer og muligheter har samarbeidet generert?
- e) Opplever dere at samarbeidet på tvers av fagområder i arbeidet med å implementere retningslinjene i lokale studieplaner har blitt styrket sammenlignet med tidligere?

Hjelpetekst: Det ligger ikke eksplisitte føringer eller forventninger i RETHOS om samarbeid på tvers av fagområder i utviklingen av nye studieplaner. Likevel er dette et område som styringsgruppen ønsker mer informasjon om, og erfaringene fra institusjonene vil være til hjelp. Med «fagområder» mener vi andre fagdisipliner.

Maks 2 sider

9. Har arbeidet med å lage nye/reviderte studieplaner resultert i samarbeid med aktører som ikke er dekket av de forrige spørsmålene? Dersom ja, beskriv samarbeidet.

Maks 0,5 sider

10. Har arbeidet med å lage nye/reviderte studieplaner fått uforutsette konsekvenser som ikke har blitt belyst? Dersom ja, gi en beskrivelse av disse konsekvensene.



DRAMMENSVEIEN 288 | POSTBOKS 578,1327 LYSAKER | T: 21 02 18 00 | [NOKUT.NO](https://www.nokut.no)