

Kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet som tråd gjennom profesjonsstudiet i medisin

Det medisinske fakultet
Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet

Innhold

Innhold	2	Vaktskygge på sykehus.....	26
Bakgrunn.....	3	Symptomseminar/klinikkseminar om	
Mandat og beskrivelse av oppdraget.....	3	komplekse problemer i Semester IIID	26
Prosjektgruppen og arbeidsform	4	Tverrfaglige temaseminarer.....	26
Undervisning ved andre universiteter	5	Uketjeneste i stadium II.....	26
Oppsummering av gruppas forslag	6	Mentorordning.....	27
Søylen kommunikasjon,		Mentorfremmende kultur ved DMF.....	28
pasientkontakt og profesjonalitet.....	7	Kompetanseheving	29
Tydliggjøring/ definisjon av «begrepet»		Innen klinisk veiledning for alle leger	
profesjonalitet.....	8	som underviser	29
Nåværende undervisning/ antall timer		Felles undervisningselementer	
relatert til temaene.....	10	der de tre søylene møtes	30
Forslag	11	Ressurser	31
Kommunikasjon.....	11	Implementering.....	32
Profesjonalitet.....	18	Obligatorisk undervisning	33
Ledelse.....	19	Referanser.....	34
Etikk	21		
Konkretisering.....	23		
Introduksjonskurs	23		
Lege-pasientkurset	23		
Kommunen som undervisningsarena	24		
Vaktskygge i primærhelsetjenesten			
(legevakt/hjemmetjenesten)	24		
Helsestasjon (inkludert skolehelsetjenesten)			
som praksisarena	25		
Integrerte organseminar	25		

Bakgrunn

Å være lege krever langt mer enn eksplisitt medisinsk kunnskap. Kommunikasjon, etikk, rolleforståelse, profesjonalitet og samarbeidskompetanse er sentrale elementer i kompetansen som man må ha som lege. Elementer av alt dette finnes i dag i medisinstudiet, men ikke samkjørt og koordinert. Kommunikasjonsundervisningen i form av lege – pasientkurset (LPK) har fra starten i 1993 vært en av grunnsteinene i medisinstudiet i Trondheim. Det er derfor en målsetning å innføre kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet som en gjennomgående søyle i medisinstudiet.

Etter gjennomgangen av medisinstudiet 2013-2014 ble det besluttet å etablere tre gjennomgående «søylers» i medisinstudiet. Det medisinske fakultet (DMF) har gitt Institutt for samfunnsmedisin (ISM) i oppdrag å utarbeide et forslag til innholdet i disse søylene.

Arbeidsgruppen «Kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet» er ett av disse tre prosjektene:

Ulike prosjekter

Prosjekt	Leder
Forebyggende og helsefremmende arbeid	Torbjørn Øien
Kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet	Nils Martinsen
Vitenskapelig kompetanse	Eva Skovlund

Mandat og beskrivelse av oppdraget

Det medisinske fakultet ga våren 2015 Institutt for samfunnsmedisin i oppdrag å utarbeide et forslag til en gjennomgående søyle i *Kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet* i medisinstudiet ved NTNU. Oppdraget er beskrevet å skulle omfatte følgende:

- Beskrive kompetansebehovet innen fagområdet relevant for grunnutdanningen i medisin
- Kartlegge dagens omfang av relevant/ tilgrensende undervisning og eksamensoppgaver innen temaet, og vurdere hvilke fagområder som bør defineres inn under søylen
- Beskrive læringsmål, læringsaktiviteter og hvordan studentenes kompetanse på området kan måles
- Utarbeide forslag til endringer i undervisningen, samt eventuelle nye undervisningselementer, herunder forslag om mentorprogram
- Anslå omfanget av undervisningen og hvor i studieløpet de ulike elementene bør høre til
- Beskrive eventuelle ressursbehov, inkludert behov for kompetanseheving av undervisningspersonell og behov for ressurser til ledelse for å kunne innføre og kvalitetssikre en utvidet og gjennomgående satsning på kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet
- Beskrive hvordan forslagene kan implementeres i medisinstudiet og en tidsplan for dette

Det har vært en forutsetning for prosjektet at fagintegrasjonen i studiet skulle ivaretas. Forslag til endring i/ nye undervisningselementer bør derfor i så stor grad som mulig integreres i øvrig undervisning samtidig som «søylen» har en egen identitet.

Det er en målsetning om å øke andelen av studentaktive læringsformer ved DMF, og undervisningsformene som foreslås bør reflektere dette.

Kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet blir én av tre gjennomgående søyler i medisinstudiet. Til en viss grad vil de tre søylene kunne tangere hverandre og det er derfor ønskelig med kontakt mellom arbeidsgruppene for å hindre overlapp og merarbeid.

Prosjektgruppen og arbeidsform

I etableringene av prosjektgruppene, ble instituttet oppfordret til å inkludere flere fagmiljøer/ institutt og representanter fra studentene. Prosjektgruppen for søylen «Kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet» ble sammenstilt i juni 2015. Nils Martinsen (ISM) ble bedt om å lede arbeidet.

Arbeidsgruppen ble videre satt sammen av representanter fra flere institutter og har bestått av:

Prosjektgruppen

Navn	Tilhørighet
Nils Martinsen	ISM/LPK
Linn Getz	ISM
Bente Prytz Mjølstad	ISM/LPK
Njål Flem Mæland	ISM/LPK
Anne Kvikstad	IKM
Gunnhild Bagøien	St. Olavs hospital, Psykisk helsevern
Gunnhild Bagøien	Student 4. år
Hans Martin Tunaal	DMF fakultetsadministrasjonen

Møter i prosjektgruppen

Møtedato	Type
02.09.15	Prosjektgruppemøte
24.09.15	Prosjektgruppemøte
14.10.15	Prosjektgruppemøte
22.10.15	Midtveismøte
13.11.15	Prosjektgruppemøte
23.11.15	Prosjektgruppemøte
04.12.15	Prosjektgruppemøte
14.01.16	Prosjektgruppemøte
03.02.16	Prosjektgruppemøte
12.02.16	Prosjektgruppemøte

Undervisning ved andre universiteter

Medisinstudiet i Trondheim ble i 1993 et fullverdig profesjonsstudium bygd opp rundt grunnprinsippene *fagintegrasjon, spirallæring, tidlig pasientkontakt, studentaktivitet og kommunikasjonstrening*. Denne modellen hadde få likheter med undervisningsformene ved de andre medisinske fakultetene i Norge, og det har derfor ikke vært naturlig å hente inspirasjon i særlig grad fra medisinerutdanningene i Norge.

Universitetet i Tromsø startet for fire år siden en revisjon av sin medisinerutdanning, og søkte i den forbindelse inspirasjon fra NTNU. Noe av det UiT ville hente ideer fra var Lege-pasientkurset, som står for tidlig pasientkontakt og kommunikasjonsundervisning. UiT ville også bygge opp en mentorordning med fast tilknytning mellom mentor og studentgruppe gjennom hele studiet.

Det har derfor vært naturlig å innhente erfaring fra UiT både når det gjelder mentorordningen og praktisk klinisk undervisning.

Oppsummering av gruppas forslag

- Kommunikasjonsundervisning bør inngå som en integrert del av hele den medisinske utdanningen, men må også gis gjennom mer spesifikk undervisning.
- Studentene får vedlikeholde og lære nye kommunikasjonsferdigheter gjennom hele studiet, tilpasset de kliniske utfordringene og andre faglige situasjoner de møter.
- Det bør rettes økt fokus mot temaene kommunikasjon og profesjonalitet i uketjenesten og i PBL, hvilket også forutsetter opplæring av lærere.
- Dagens lege- pasientkurs (LPK) beholdes, men utvikles og fordeles ut over hele studiet. Fokus i del I (før eksamen 1D) vil være informasjonsinnhenting. I del II (etter eksamen 1D) er fokus resten av konsultasjonen, og mer spesifikke og vanskelige kommunikasjonsutfordringer.
- Undervisning i journaloptak (journalkurs) flyttes fra tredje til andre studieår.
- Det planlegges seminarer fordelt over studiet over tema hvor de tre søylene kan integreres.
- En mentorordning integreres i LPK.
- En mentorfremmende kultur bør generelt fremmes ved DMF.
- Tema knyttet til legen som leder synliggjøres i studieplanen.
- Kommunale helsetjenester brukes i større grad som læringsarenaer.
- Ved innføring av OSKE anbefaler vi at kommunikasjon er hovedtema på minst 1 stasjon ved hver eksamen.
- Vi anbefaler mere fokus på «hverdagsetikk». I forhold til ethvert pasientmøte er det ønskelig å fremme en naturlig bevissthet, holdning og refleksjon over de etiske problemstillinger som ofte kan ha et individuelt preg og være unikt for den enkelte pasient eller pasientsituasjon.
- I all uketjeneste som omfatter pasientkontakt bør refleksjoner knyttet til profesjonalitet oppfordres.
- Psykiatriens kommunikasjonskunnskap bør utnyttes mer aktivt i hele studiet. Vi anbefaler at symptomseminar/klinikkseminar om komplekse problemer videreføres i semester IIID.
- Vi anbefaler tverrfaglige temaseminarer som beskrevet i eget punkt i rapporten.
- Kommunikasjons- og veiledningskompetanse bør økes for alle som driver pasientnær studentundervisning.
- Vi anbefaler at studiets første to uker gis preg av et helhetlig «introduksjonskurs», der faglige og mer sosiale innslag veves sammen på en målrettet måte. Introduksjonskurset kan avsluttes med en formell seremoni der studentene innvies i lege-eden og avlegger taushetsløftet.

Det medisinske fakultet og de som er ansvarlige for Examen Philosophicum for legestudentene anbefales å gå i tettere dialog for å sikre best mulig synergi.

Søylen kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet

Om pasientkontakt

Gruppen har ikke i særlig grad diskutert spesifikt «pasientkontakt», idet vi føler det er vanskelig å skille dette i et eget tema fra kommunikasjon og profesjonalitet. I drøftingene har vi forutsatt at pasientkontakt er en integrert del av disse temaene. Det er også en egen gruppe som gjennomgår uketjenesteundervisningen i stadium II, og denne gruppens mandat er ikke godt kjent for vår gruppe.

Strategien ved Det medisinske fakultet/ NTNU) 2011-2020 når det gjelder utdanning er:

«Det medisinske fakultet skal utdanne gode helsearbeidere som kan møte utfordringene i framtidens helsetjeneste, nasjonalt og internasjonalt»¹.

I Studiehåndbok 2015/16² står det:

«Det medisinske fakultet (DMF) tilbyr forskningsbasert helsefaglig utdanning med vekt på fornyelse og utvikling av kunnskaper, ferdigheter og holdninger», og formålet med medisinstudiet er formulert slik: «Profesjonsstudiet i medisin har til formål å utdanne leger med de beste teoretiske, praktiske og moral-etiske forutsetninger for tjenestegjøring innen ulike deler av helsevesenet og for videre spesialisering innenfor sykehus- og primærmedisin».

Studiehåndboka (s.34) har også en oversikt over overordnet læringsutbytte for profesjonsstudiet i medisin:

En lege utdannet ved NTNU har ved endt medisinstudium kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse/ holdninger for å;

- gjennomføre en medisinsk konsultasjon og møte pasienter og pårørende på en empatisk og respektfull måte;
- beherske samtaleteknikk og vanlig undersøkelsesteknikk for somatiske og psykiske lidelser;
- anvende kunnskap om menneskets normale biologi og sykdomsprosesser i møte med nye situasjoner;
- gjøre diagnostiske overveielser ved somatiske og psykiske lidelser og iverksette og utføre utredning, behandling og oppfølging i samarbeid med pasienten;
- vurdere hvordan samfunnsforhold, miljø og livsstil påvirker helsen for ulike grupper og individer og initiere forebyggende tiltak for å hindre at sykdom oppstår og/eller forverres;
- erkjenne egne begrensninger og vurdere egen og andres medisinske virksomhet ut fra samfunnets behov og i et folkehelseperspektiv og ut fra økonomi og prioriteringer i helsevesenet;
- forstå vitenskapelige metoder og tradisjoner innen medisinen og forstå sammenhengen mellom vitenskap og etablert erfaring og dens

betydning for yrkesutøvelsen;

- erkjenne og identifisere sitt behov for å kontinuerlig tilegne seg ny kunnskap og utvikle sin faglige kompetanse og praksis;
- kunne informere og undervise om helsespørsmål og samarbeide med ulike faggrupper i og utenfor helsevesenet.

I arbeidet med rapporten har gruppen i tillegg funnet det nyttig å være bevisst følgende beskrivelse av legerollen³:

Tydeliggjøring/ definisjon av «begrepet» profesjonalitet

Gruppen har brukt en del tid på å definere innholdet i begrepet «profesjonalitet», og har hatt mange gode diskusjoner hvor både medisinsk-teoretisk kunnskap og innsikt, menneskelige egenskaper, mellom-menneskelige relasjoner og erfaring har vært berørt. Diskusjonene endte ofte med en bred enighet om at begrepene kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet naturlig henger mer sammen enn å skulle være adskilt, men vi har likevel forsøkt i det videre arbeidet å skille så godt som mulig.

Grunnleggende begreper

Den gode lege skal:	Før en nyutdannet medisinsk kandidat fra NTNU vil dette si:
Være medisinsk ekspert	Å ha nødvendig basalmedisinsk kunnskap, klinisk kompetanse og praktiske ferdigheter til å kunne ta beslutninger og gjennomføre adekvat medisinsk behandling
Ha gode ferdigheter i kommunikasjon	Å kjenne prinsipper for god kommunikasjon og kunne kommunisere med pasienter, pårørende, kolleger, offentlige instanser og medier
Være akademiker	Å basere sitt arbeid på kunnskapsbasert medisin, ha forskningskompetanse, være opptatt av livslang læring, kunne undervise
Være profesjonell	Å ha respekt for pasientens selvbestemmelses- og medbestemmelsesrett, for kulturelle forskjeller, ha en empatisk og holistisk tilnærming til pasienten, etterfølge gjeldende lovverk og profesjonsetiske retningslinjer
Ha gode samarbeidsevner	Å kunne samarbeide med og vise respekt og forståelse for kolleger og annet helsepersonell, pasienter, pårørende samt med ulike helseinstitusjoner og andre aktører i samfunnslivet
Ha lederferdigheter	Å kjenne generelle prinsipper for god ledelse og egen rolle som forvalter av samfunnets ressurser
Være helseopplyser	Å kunne bidra til å spre helsefremmende informasjon på en balansert, saklig og forsvarlig måte

I internasjonal forskning om profesjonsutdanning⁴ er det en gjenopdagelse av de aristoteliske kunnskapsformene som blir gjenskapet, reformatert og fornyet inn i en moderne tid. Det er særlig fokus på fronesis som kunnskapsform når det snakkes om profesjonalitet. (Phronesis, prudence, practical wisdom). Aristoteles opererte med tre ulike kunnskapsformer: Episteme, techne og fronesis.

Episteme er betegnelsen på den teoretiske og vitenskapelige kunnskapen. Ordet episteme kjenner

vi igjen fra epistemologi som er et annet ord for kunnskapsteori. I legeutdanningen er episteme det teoretiske og vitenskapelige grunnlaget som studentene må forholde seg til.

Techne handler om praktisk og produktiv kyndighet. Denne kunnskapsformen blir knyttet til handling, og refererer til ferdigheter og skapende aktivitet. Techne knyttes til handling forstått som poesis, der handlingen er et middel for å nå et definert mål. Anvendt i legeutdanningen vil det handle om praktiske ferdigheter. Fronesis er den tredje kunnskapsformen hos Aristoteles. Fronesis handler om å utvikle god dømmekraft og å fungere som etiske mennesker. Begrepet anvendes også innenfor ulike yrker og utdannelser som har med mennesker å gjøre. Det etiske aspektet har en sentral funksjon. Fronesis betegnes ofte som praktisk klokskap (Gustavsson, 2001)⁵. Fronesis som kunnskapsform handler om å møte livets konkrete og komplekse situasjoner med lydhørhet, følsomhet og en åpenhet mot de muligheter som finnes.

Fronesis som kunnskapsform bygger på episteme som en viktig kunnskapskilde, men der den vitenskapelige og allmenne kunnskapen transformeres til den aktuelle livssituasjonen, og blir gjenstand for kritisk refleksjon og påfølgende handling. Praktisk klokskap handler ikke om å befatte seg med generelle og overordnede prinsipper. Det handler derimot om å befatte seg med hendelser i den enkeltes liv og den kompleksitet som det rommer. Fronesis er utviklet i moderne tid som et motsvar til et instrumentelt syn på kunnskap og avhumanisering av kunnskapsbegrepet. Argumentasjonen er at fronesis som kunnskapsform bør få en fremtredende posisjon i profesjonsutdanninger som handler om mellommenneskelige forhold.⁶

Fronesis er i økende grad fokusert i forbindelse med

profesjonell utdanning. I antologien «Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions» (Kinsella & Pitman, 2012)⁷ blir ulike aspekter ved fronesis problematisert. Vi velger å ikke gå dypere inn i denne diskursen, vi kan bare peke på at nettopp denne kunnskapsformen bør bli viet stor oppmerksomhet når man diskuterer profesjonalitet i legeutdanningen.

En viktig målsetting bør være at de ulike kunnskapsformene settes i spill og forenes i praktiske synteser ved hjelp av forelesninger, seminarer og klinisk arbeid. Forutsetningen er at studentene bringer med seg sentrale teoretiske perspektiver fra auditoriet i møte med andre læringsarenaer. På den måten kan også planens programkoherens ivaretas ved at det skapes gode relasjoner mellom utdanningens ulike læringsarenaer. Vi snakker om grensekryssing mellom ulike læringsarenaer og ulike kunnskapsformers posisjonering i et profesjonsperspektiv.

Nåværende undervisning/ antall timer relatert til temaene

Kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet

	IA	IB	IC	ID	IIA	IIB	IIC	IID	IIIA	IIIB	IIIC	IIID
Semester	39	11	36	3	13	52	24	10	8		43	18
Stadium	89				99				69			
SUM	257											

Lege-pasientkurs

	Semester IA	IB	IC	ID
Ferdighetslab	8*3 timer	8*3 timer	8*3 timer	4*3 timer
Allmennpraksis	8*3 timer	8*3 timer	8*3 timer	4*3 timer

Antall timer klinikkundervisning/ «klinikker» uavhengig av tema/ fag

	IA	IB	IC	ID	IIA	IIB	IIC	IID	IIIA	IIIB	IIIC	IIID
Semester	20	22	20	13	17	49	23	24			42	4
Stadium	75				113				46			
SUM	234											

Antall timer etikkundervisning uavhengig av undervisningsform

	IA	IB	IC	ID	IIA/B	IIC/D	IIIA	IIIB	IIIC	IIID
Semester	28	8	12	3	3	2	1		14	5
Stadium	51				5		20			
SUM	76									

Forslag

Kommunikasjon

Arbeidsgruppen anser kommunikasjon som en basal klinisk ferdighet, på lik linje med andre kliniske undersøkelses- og behandlingsteknikker. Blant annet må studentene helt fra starten av få en forståelse av at god kommunikasjon er avgjørende for å få nødvendig medisinsk informasjon fra pasientene.

Videre at evne til god kommunikasjon i medisin kan læres – og ikke først og fremst skal anses som en personlig egenskap. Erfaring alene er dernest en dårlig måte å lære kliniske ferdigheter på, og vi vil derfor tydeliggjøre behovet for systematisk læring på flere nivå⁸. Dagens modell har den klare svakhet at all systematisk kommunikasjonsundervisning i hovedsak gis i løpet av de første to årene av studiet. Studentene når i løpet av stadium I et høyt nivå på ferdigheter i pasientsentrert kommunikasjon, men mangler så tidlig i studiet medisinsk kunnskap til å trene på andre deler av konsultasjonen enn informasjonsinnhentingen. De får altså ikke integrert klinisk undersøkelse, oppnåelse av felles forståelse, forklaring/planlegging eller avslutning av konsultasjonen i sin kommunikasjonslæring. De får i for liten grad øvelse i å samtale med mennesker med alvorlig sykdom og mennesker med redusert evne til kommunikasjon av ulike årsaker, som for eksempel mennesker med redusert kognitiv funksjon, mennesker med store smerter, demens, psykose, rus. Slike tilstander utgjør en betydelig andel av pasienter som kommer til akutt innleggelse i et sykehus. Tilbakemeldinger fra studentene har vært at kommunikasjon fremstår som en adskilt del fra den øvrige medisinen, «noe vi holdt på med da», og ikke en klinisk ferdighet som de evner å integrere i nye situasjoner senere i studiet.

Vi anbefaler derfor

- at studentene får vedlikeholde og lære nye kommunikasjonsferdigheter gjennom hele

studiet, tilpasset de kliniske tilstandene hos pasientene de møter⁹

- at studentene får systematisk trening på hele konsultasjonen, og ikke bare på informasjonshenting slik det er i dag
- at lege-pasientkommunikasjon fremstår mer integrert i hele studiet ettersom studentenes behov og forståelse vil endre seg utover i studiet etter hvert som studentene får bedre medisinsk kunnskap og møter pasienter med mer alvorlig sykdom
- en akse gjennom hele studiet som ivaretar studieplanens grunnleggende idé om spirallæring der men flere ganger kommer tilbake til lignende problemstillinger, men på et stadig høyere og mer komplekst nivå

Videre har gruppen diskutert om undervisningen i kommunikasjon bør være separat som eget fag, eller om det skal integreres i den eksisterende undervisningen. Dagens situasjon er en blanding av begge deler og vi ønsker at dette skal fortsette, dog med økt fokus på kommunikasjon som den grunnleggende og avgjørende kliniske ferdigheten det er. Det bør derfor i størst mulig grad oppmuntres til at undervisere i alle fag integrerer kommunikasjons-elementer i undervisningen sin der det er relevant.

Dagens studiemodell har som nevnt den svakhet at det aller meste av den «organiserte» undervisningen i kommunikasjon skjer i Lege-pasientkurset (LPK) i stadium I. Undervisningen legger i hovedsak vekt på å lære og trene teknikker for å innhente informasjon om hvem pasienten er og hva problemstillingen for å søke

lege er. Dette gjøres både gjennom teoretisk opplæring i forelesningsform, praktisk trening på hverandre gjennom rollespill på F-lab og med pasienter studentene får møte i utplasseringen i allmennpraksis. Arbeidsgruppen vil gjerne beholde denne delen av kommunikasjonsundervisningen og også trekke inn det psykiatriske fagmiljøet til deler av undervisningen her og gjennom hele studiet. Samtidig ser vi et behov for å utvide undervisningen gjennom stadium II og III slik at kommunikasjon blir en del av den integrerte undervisningen i samarbeid med de kliniske miljøene studentene møter gjennom uketjenesten i stadium II og praksisutplasseringen i stadium III. Vi har i det videre valgt å dele det inn i Kommunikasjon I og II, se tabell under.

Tema	Læringsmål Studenten skal	Innhold	Sem.	Undervisningsform/ Arena
Kom I	Inneha og fremvise gode, profesjonelle holdninger, kunnskaper og ferdigheter i lege-pasientrelasjon og kommunikasjon.	Lære pasient-sentrert kommunikasjon, refleksjon rundt holdning (empati, medfølelse, respekt, likeverd, samarbeid, forståelse for pasientens livsopplevelser, erfaringer og situasjon. Respekt for pasientautonomi, pasientens ressurser bakgrunn og kultur. Forståelse av relasjonsbygging som fundament for kommunikasjon, og hvordan holdning og kommunikasjon er tett sammenvevd. Generelt om kommunikasjons-teori, lære om overføringer og motoverføringer og psykiatriske perspektiver på lege-pasientrollen.	IA/B	Forelesning F-lab / Prosjekt Allmennpraksis
	Kunne tilpasse kommunikasjonen til pasient, problemområde og kontekst.		IA/B/C/D	Forelesning F-lab Allmennpraksis
	Være bevisst egen rolle, egne reaksjoner og egne handlemønstre i forhold til ulike pasienter.		IA/B/C/D	Forelesning F-lab / Prosjekt Allmennpraksis
Kom I	Utvikle samtalen til å være et diagnostisk og terapeutisk verktøy - kommunikasjon og klinisk systematisk undersøkelse av pasienten	Journalopptak (muntlig og skriftlig), lære generelt hvordan gjøre dette, inkluderer somatisk og psykiatrisk status presens, vurdering, beslutning, tiltak/behandling, videre undersøkelser	ID	Seminar F-lab
Kom II	Opprettholde og videreutvikle kommunikasjonsferdigheter i løpet av studiet hånd i hånd med økt faglig kompetanse	Reflektere over egne reaksjoner og handlinger i møte med pasienter med ulike typer utfordringer, inkludert hvordan en kommuniserer med pasienter, pårørende og samarbeids-partnere. Være bevisst egne reaksjoner og arbeide med å utvikle profesjonalitet sammen med empati.	IIA/B/C/D	Uketjeneste
			IIIB/C/D	F-lab Seminar
Kom II	Lære spesifikke samtalemetoder tilpasset ulike problemstillinger / kontekst	Herunder håndtering av situasjoner som akutte situasjoner og tilstander, alvorlig budskap, inkludert budskap om alvorlig sykdom og dødsbudskap til pårørende, traumer/kriser/ mestrings, sensitive tema, endringssamtaler (livsstil mm) og forebygging, støttesamtaler, informasjonssamtalen, ulike psykiske lidelser, pasienter med redusert evne til tenkning og resonnering, evt. forstyrtet pga. sterke følelsesutbrudd, barn/unge inkludert de med syk forelder/omsorgs-giver, eldre, flerkulturelt perspektiv/ tolk]	IIA/B/C/D	Uketjeneste F-lab Seminar Klinikk

Tema	Læringsmål Studenten skal	Innhold	Sem.	Undervisningsform/ Arena
Kom II	Kunne kommunisere med kolleger på en god måte, ivareta andre kolleger og samtale om opplevelser, følelser og utfordringer	Å vite hva som skal være med i rapport, journalnotat/hen-visning, og å fokusere dette. Å benytte sin profesjonelle kunnskap og kompetanse samt se egne styrker og begrensninger i kommunikasjon med kolleger.	IIA/B/C/D IIIA/B/C/D	Uketjeneste F-lab Seminar Klinikk Utplassering lokalsykehus / kommune-helsetjeneste Storseminar
Kom II	Beherske annen muntlig/skriftlig kommunikasjon (formidling):	Å vite hva som skal og ikke skal være med i ulike typer legeerklæringer og i hvilke sammenhenger man skriver disse. Kunnskap om og bevissthet rundt ledelse og kommunikasjon, eks teamledelse, møter med samarbeidsparter, familie, med mer. Bevissthet rundt folkeopplysning og helse.	IIIA/B/C/D	Forelesning Utplassering Seminar Sykehusavdelinger/ uketjeneste
Ledelse	Kunne reflektere over og bedømme ulike lederstiler og egne styrker og svakheter som leder og deltaker i grupper/team			
	Kunne forklare hvordan utilsiktede hendelser og feil kan oppfattes av lege, pasient og pårørende, og hvordan samfunnet og media håndterer slike hendelser	Bevissthet rundt hvordan en håndterer media og ulike roller leger kan ha i dette. Hvordan besvare spørsmål fra media samt hvordan man selv kan være med i offentlig debatt i medier, internett etc.		
	Kunne drøfte leders funksjoner og oppgaver på ulike nivåer i helsevesenet			
	Kunne diskutere hva som kjennetegner velfungerende og dårlig fungerende grupper/team			

Kommentarer til tabell

Kommunikasjon I (Kom I)

Kommunikasjon I er i all hovedsak undervisningen som dekkes av dagens LPK. Målsetning for undervisningen er informasjonsinnhenting herunder lege- og pasientperspektiv og den psykososiale konteksten. Undervisningen gis med flere pedagogiske metoder, både teoretisk/akademisk gjennom forelesning, praktisk trening på F-lab med rollespill i grupper og trening med ekte pasienter i allmennpraksis i grupper på 4 studenter. Den akademiske modellen for undervisningen er gitt av Calgary-Cambridge Guide (CCG). En del av dette kan kreve spesialisert psykiatrisk kompetanse i lege-pasient kommunikasjon og noe av undervisningen bør derfor utføres av psykiatrifaget.

Kommunikasjon II (Kom II)

Kommunikasjon II er tenkt som en fortsettelse av Kommunikasjon I. Her er målet å gjennomføre en fullstendig konsultasjon inkludert undersøkelse, formidling og gjensidig avveining av behandlingsmuligheter og annen informasjon, samt avslutning av det kliniske møtet. I tillegg skal det øves på samtalemetoder tilpasset ulike spesifikke problemstillinger. Eksempler kan være: Kommunikasjon ved akutte sykdomstilstander og kriser, kommunikasjon med alvorlig syke som ikke umiddelbart gir en tydelig sykehistorie, overbringelse av alvorlig budskap, inkludert budskap om alvorlig sykdom og dødsbudskap – Samtale med pårørende - Traumer/kriser/mestring Ulike sensitive tema som f.eks. rusbruk, seksualitet, – Motiverende samtaler (livsstil, etterlevelse) - Støttesamtaler - Informasjonssamtaler, Samtale med pasienter med ulike psykiske lidelser – Samtale med barn/unge inkludert dem som har syke omsorgsgivere – Samtale med eldre – Samtale med fremmedkulturelle - Samtale med bruk av tolk – Samtaler i situasjoner der en uheldig hendelse har skjedd eller faglige feil har vært begått. Noe av undervisningen må her være integrert i den eksisterende fagspesifikke undervisningen både i klinikker og uketjenesteundervisningen. I

tillegg tror vi det er behov for egne F-lab`er hvor studentene kan trene på denne typen «utfordrende» kommunikasjon i grupper under veiledning, og gjerne med skuespillere i rollen som «simulerte» pasienter. Dette er et opplegg som allerede er godt utprøvd ved kreftklinikken i semester IIID i seminaret «Breaking Bad News». Det er likevel viktig å holde fast på at slike "spesielle" samtaler ikke skiller seg fundamentalt fra andre pasient samtaler, og innebærer de samme sett av ferdigheter gitt i CCG.

Når det gjelder undervisningen i stadium II anbefaler vi å rette sterkere fokus på kommunikasjon i uketjenesten. Arbeidsgruppen har hatt et møte med gruppen som utreder uketjenesten. Her har det blitt diskutert behovet for en felles ramme og forståelse av hva uketjenesteundervisningen skal inneholde. Dette er viktig fordi uketjenesten er en pasientnær undervisning som innbyr til integrering av medisinsk kunnskap, undersøkelsesteknikk, kommunikasjonsferdigheter og klinisk resonnement. I uketjenesten bør også aspekter ved etikk og profesjonalitet naturlig kunne berøres.

Journalkurs

Lege-pasientkurset gir studentene alt på første studieår grunnleggende kommunikasjonsferdigheter og en start på systematisk klinisk undersøkelse av pasienter. I dagens modell får studentene først i semester IIA (3. året enten høst eller vår) opplæring i journalskriving. De gis anledning til å skrive sin første journal først under uketjenesten på kreftklinikken. Erfaringene våre er at studentene finner denne undervisningen svært verdifull. Men det fremstår underlig for studentene både at dette undervises så seint i utdanningen og at det er knyttet så spesifikt opp mot kreftsykdommer.

Arbeidsgruppen foreslår derfor at studentene introduseres til journalskriving allerede på våren 2.

studieår, det vil si i semester ID, etter gjennomført muntlig eksamen. De vil da være bedre forberedt til den klinisk rettede uketjenesten som starter fra høsten 3. studieår i semester IIA.

Vi foreslår et eget kurs som bør inneholde følgende elementer:

- Miniseminar (2 timer) med en generell gjennomgang av et journalopptak. Seminaret bør også vise hvordan de nettopp lærte kommunikasjonsferdigheter er en forutsetning for et godt journalopptak. I tillegg bør det øves på å lage en fokusert problemstilling og en kort plan for videre tiltak. Pedagogisk kan undervisningen gis på flere måter, blant annet kan man tenke seg at undervisningen er tilgjengelig som film via nettbaserte ressurser.
- Det lages en for studentene lett tilgjengelig generell mal for en medisinsk journal. Der hvor de ulike fagområdene har behov for det, kan denne bygges ut av faglærerne i det enkelte fag.
- Alle studenter bør i løpet av våren ha skrevet to journaler. To og to studenter går sammen om en journalskriving da det gir en trygghet og et større faglig utbytte. Erfaring fra kreftklinikken tilsier at studenten bør få gjennomgått og evaluert sin journal neste dag. Et praktisk spørsmål vi ikke har tatt stilling til er hvorvidt journalene studentene skriver skal være tilgjengelig i EPJ.

Arbeidsgruppen synes det bør være et felles løft fra alle kliniske avdelinger å finne egnede pasienter og lokaler. Ansvar for dette og for godkjenning og innlevering av journalene må gis til undervisningsenhetene. Vi mener at arbeidsbyrden på den enkelte enhet da vil bli overkommelig.

Evaluering av ferdigheter

Arbeidsgruppen er også bedt om å si noe om hvordan studentenes kompetanse på området kan måles. Når det gjelder kommunikasjon har vi valgt å se dette som en klinisk ferdighet, og det er da naturlig at studentenes kompetanse måles gjennom praktisk evaluering og eksamen.

Vi anbefaler at dagens muntlige eksamen i stadium ID beholdes i nåværende form og omfang. Tilbakemeldingene fra studentene er udelt positiv, de opplever denne eksamenen som en nyttig læringsarena og vil gjerne ha tilbakemeldinger på sine kommunikasjonsferdigheter før de starter uketjenesten i stadium II. Denne eksamen er også med på å tydeliggjøre kommunikasjon som en klinisk ferdighet på lik linje med andre kliniske undersøkelser som hvor ferdighetene blir vurdert og bedømt i eksamensform. En muntlig eksamensform er egnet til gir innblikk i studentenes refleksjonsevne, selvinnsikt, kunnskaper og fremtreden, - kort sagt deres gryende profesjonalitet og faglige skikkethet.

Ved innføring av OSKE anbefaler vi at det på minst 1 stasjon ved hver OSKE er kommunikasjon som hovedtema, og at det på andre stasjoner der det er naturlig, også integreres utvalgte kommunikative elementer. Dette kan gi faget «Kommunikasjon» en tydeligere plass gjennom hele studiet og gjøre studentene mer bevisst på nytten av gode kommunikasjonsferdigheter.

Kommunikasjon bør også ha et hovedfokus og være en del av evalueringsgrunnet for å bestå avsluttende muntlig eksamen i «hovedfagene».

Vi ønsker også å beholde videoevalueringen i IIIC slik den er i dag, organisert som en obligatorisk oppgave med betydelig vekt på læringsutbytte under selve evalueringssesjonen. Studentene gir generelt svært gode tilbakemeldinger på denne evalueringen, og sett opp mot de tre begrepene i denne «søylen» - kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet, er videoevalueringen en unik mulighet for studentene til å kunne reflektere og få tilbakemeld/veiledning i grupper sammen med erfarne klinikere.

Sem	Undervisning	Undervisningsform	Obligatoriske skriftlige arbeider/ evaluering	Eksamen
IA/B	Kommunikasjon I	Forelesning, F-lab, Allmennpraksis	-	OSKE
IB	-	-	-	-
IC/D	Kommunikasjon I	Forelesning, F-lab, Allmennpraksis	-	Muntlig ID
ID	Journalkurs	Forelesning, Egenetrening	2 journaler	-
IIA/B	Kommunikasjon II	Forelesning, F-lab, Uketjeneste, Seminar/ Klinik	-	OSKE
IICD	Kommunikasjon II	Forelesning, F-lab, Uketjeneste, Seminar/ Klinik	-	OSKE
IIIA	-	-	-	-
IIIB	-	-	-	-
IIIC	Kommunikasjon II Konsultasjon	Allmennpraksis	Samfunnsmedisinsk oppgave Videoevaluering	Skriftlig eksamen IIIC
IIID	Kommunikasjon Konsultasjon	Stroseminar med alle søyler	«Skriftlig rapport om langsgående pas.»	OSKE Muntlig «storfag»

Profesjonalitet

Vi velger å definere profesjonalitet på et overordnet nivå, der samfunnsmandat og tillit er hjørnesteinene:

«Et sett av verdier, opptreden og relasjoner som understøtter den tillit samfunnet og allmennheten har til leger» (Royal College of Physicians 2005)

Som nevnt innledningsvis har gruppen hatt en omfattende diskusjon rundt begrepet «profesjonalitet», og forsøkt å søke internasjonalt på hva et curriculum bør inneholde, og har funnet følgende:

AMEE Guide: «Ingen global konsensus vedr. begrepet på detaljnivå, hver institusjon bør selv arbeide fram sin måte å operasjonalisere profesjonalitet på».

Begrepet «profesjonalitet» bør tydeliggjøres og understrekes sterkt, eksplisitt og tidlig i studiet hvis mange studenter kommer «rett fra skolebenken» med begrenset livserfaring – slik situasjonen er ved NTNU. En måte å tydeliggjøre dette på kan være en formell «innvielsesseremoni» med den Hippokratiske lege-ed etter en forutgående introduksjon. Dette er noe som eventuelt kan gjennomføres i introduksjonskurset ved studiestart.

Læringsmål

Gjennom diskusjonene har gruppen fått forståelse for at profesjonalitet som begrep er en del av de aller fleste fagområder og emner som undervises på medisinstudiet, og profesjonalitet bør også bevisstgjøres og tydeliggjøres i alle læringsformene. Videre har vi funnet det vanskelig å være bastante i hva begrepet skal inneholde, men vil likevel forsøke å skissere et forslag til overordnede læringsmål innenfor området.

Studenten skal:

- Ha kunnskap og innsikt i hva som kjennetegner profesjonalitet
- Forholde seg til mandat og forventninger fra samfunnet (lovverk) og enkeltmennesker
- Forvalte sin kunnskap i det godes hensikt med et samfunnsmandat, og sette pasienten og samfunnets beste foran egeninteresser
- Være faglig selvstendig og samtidig reflektere over egne begrensninger.
- Følge gjeldende lov- og regelverk for utøvelse av legeyrket, norske profesjonsetiske regler, overholde taushetsplikt og konfidensialitet og ikke dra fordel av pasienter på noen måte, åpenhet om interessekonflikter
- Inneha pasientsentrert/humanistisk perspektiv, være empatisk og medfølende, omsorgsfull, ha respekt for pasienten, dennes kultur og bakgrunn
- Ha forståelse av mennesket som psykologisk, biologisk og sosialt individ
- Kunne reflektere over og være bevisst på egen person, egne følelser og reaksjonsmåter, inkludert å bry seg om kolleger som er i vanskelige situasjoner her. Ha evne til ledelse og samarbeid (kunnskap om samarbeidspartnere)
- Være god rollemodell og lærer
- Fremme oppriktighet og vise adekvat og ansvarlig opptreden når problemer oppstår eller feil gjøres
- Ha kjennskap til medisinfagets historie og vitenskapelige grunnlag
- Kunne omgås pasienter og pårørende på en måte som reflekterer respekt og empati

Ledelse

Arbeidsgruppens mandat sier ikke noe om ledelse, men underveis har ledelse som tema, i samråd med arbeidsgruppe «Vitenskapelig kompetanse», blitt en del av denne gruppens tema.

Kunnskap om ledelse generelt og lederrollen spesielt er et viktig element av det å forstå selve legerollen. I forhold til formell kompetanse og medisinsk ansvar vil en lege i mange arbeidssituasjoner både bli betraktet som og reelt ha en lederrolle for flere personer og yrkesgrupper. Bevissthet og ydmykhet rundt dette er derfor både nødvendig og verdifullt.

Vi ser ledelse som et tema som både berører kommunikasjon, profesjonalitet og etikk. Ved søk på dagens timeplan med søkeordet «ledelse» er det kun ett treff, men ved gjennomgang av timeplanen ser vi at det i stadium III C er noe undervisning hvor ledelsesaspektet er berørt, bl. a i forhold til kommunelegerollen, og også noe undervisning i helseøkonomi og hvordan helsesystemene er oppbygd.

Arbeidsgruppen ønsker at «ledelse» skal være et gjennomgående tema i alle stadier i studiet, og at de forskjellige praksisarenaer blir tydeliggjort sitt ansvar for denne undervisningen. «Tverrsam» i stadium II vil også være en naturlig arena i så måte.

Ved gjennomgang av eksisterende læringsmål kan vi ikke finne noen som tydeliggjør kompetanse innenfor ledelse. Man kan selvfølgelig diskutere hva begrepet «ledelse» skal innebære i en medisinsk profesjonsutdanning, og vi velger her å anbefale følgende:

Overordnet læringsmål:

Den gode lege skal:	For en nyutdannet medisinsk kandidat fra NTNU vil dette si:
Ha lederferdigheter	Å kjenne generelle prinsipper for god ledelse og egen rolle som forvalter av samfunnets ressurser ¹⁰

Videre vil vi foreslå følgende læringsmål:

Studenten skal kunne:

- reflektere over og bedømme ulike lederstiler og egne styrker og svakheter som leder og deltaker i grupper/team
- drøfte komplekse individuelle og systemrelaterte årsaker til utilsiktede hendelser/pasientskader i helsetjenesten
- drøfte lederes funksjoner og oppgaver på ulike nivåer i helsevesenet
- diskutere hva som kjennetegner velfungerende og dårlig fungerende grupper/team
- bedømme ledelsesmessige utfordringer knyttet til kvalitetsforbedring og endring i organisasjoner inkludert håndtering av personalsaker
- beskrive hvordan avvik skal håndteres og hvordan aviksmeldinger kan brukes som grunnlag for forbedring av kvaliteten i tjenestene
- drøfte positive og negative konsekvenser av ulike finansieringsordninger og økonomiske prioriteringer i helsetjenesten

Dette er læringsmål som vil utfylle dagens læringsmål for semester III C pkt. 5: Regulering og organisering av helsevesenet.¹¹

Vi vil foreslå følgende plan for undervisningen i «ledelse», som bygger på dagens modell med praksisutplassering som læringsarena sammen med basal teoretisk kompetanse.

Stadium	Tema	Innhold	Læringsformer	Omfang
I	Ledelse 1 Helsesystemene 1 Organisering	1.Ledelsesteori	Forelesning/ seminar	2 x 2 timer
		2.Helsesystemene		
		Legkontorets organisering	Allm.praksis	2 timer
		Hjemmebaserte tjenester	Hospitering med hjemmesykepleien	1 vakt
II	Ledelse 2 Tverrfaglighet	1.Ledelsesteori	Forelesning/ seminar	2 x 2 timer
		2.Foretaksmodellen		
		Teamarbeid	Tverrsam	Som i dag
		Akuttmedisinsk organisering	Uketjeneste	Som i dag
		Legevakt	Legevakt	1 vakt
		Legerollen i sykehus – daglige rutiner	Vaktskygge	1 kveld/natt
III	Ledelse 3 Helsesystemene 2 Økonomi/prioritering	Ledelsesteori	Forelesning/ seminar	2 timer
		Helseøkonomi	Forelesning	
		Sykehusorganisering	Utplassering/forelesning i forbindelse med sykehusutplassering IIIA/B	2 timer
		Kommunelegerollen	Samfunnsmedisinsk oppgave i forbindelse med utplassering IIIC	2 timer
				1 skriftlig besvarelse

I tillegg vil det være nyttig å ta med ledelsesperspektivet i integrerte klinikker og PBL-oppgaver gjennom hele studiet.

Evaluering av kunnskap

Vi anbefaler en videreføring av dagens praksis om FVO- og essay/kortsvaroppgaver som test på forståelse av helsesystemene og ledelse. Systemforståelse kan testes som ledd i de «store» muntlige eksamener (allmenntilleggsmedisin, indremedisin, kirurgi), da knyttet til konkrete problemstillinger.

Etikk

Gruppen har diskutert faget etikk, og sett på de eksisterende læringsmålene. Etikkers rolle i forhold til redelighet, forskning og formidling virker å være godt ivaretatt og forventes berørt av de andre søylene.

Arbeidsgruppen er, sammen med enhet for medisinsk etikk, godt fornøyd med mengden etikkundervisning de to første årene av studiet. Hovedvekten av undervisningen ligger på seminarer med betydelig studentinvolvering. I stadium II og III er det imidlertid lite «ren» etikkundervisning, selv om det er mye «etisk relevant» undervisning. Det er ønskelig å komme inn med noe mer etikkundervisning mot slutten av studiet eller skape en tydeligere akse gjennom studiet. I den grad det er for lite av noe er det trolig drøfting av klinisk-etiske dilemmaer når studentene selv har begynt å få klinisk erfaring – det vi velger å kalle «hverdags-etikken».

Etikken i stadium I undervises ofte som seminarer som er «integrert» både i forhold til tema på timeplanen, men også «integrert» med tanke på undervisningskrefter. Det er helt naturlig for etikken å samarbeide med alle relevante fag for best mulig å belyse aktuelle dilemmaer fra både teoretiske så vel som praktiske perspektiver. Et godt eksempel er seminaret om dødshjelp og avslutning av livsforlengende behandling som holdes i IA hvor de vanskelige spørsmålene drøftes av klinikere og etikere sammen, og hvor studentene blir med inn i samtalen. Denne modellen oppleves svært meningsfull fra både lærere og studenters side, og det er ønskelig at mest mulig etikkundervisning foregår på denne måten. Dette er en modell arbeidsgruppen gjerne vil integrere mer og oftere gjennom stadium II og III i små- og storseminarer.

Når det gjelder «hverdags-etikken» mener vi at den er en naturlig del av det som kommer under profesjonalitetsbegrepet, og ønsker et større fokus

på dette gjennom hele studiet. Et naturlig sted å inkludere hverdagsetikken er i ethvert pasientmøte – skape en naturlig bevissthet, holdning og refleksjon over de etiske problemstillinger som ofte kan ha et individuelt preg og være unikt for den enkelte pasient eller pasientsituasjon. Vi ønsker derfor et fast punkt i evalueringen av pasientkontakten som gir denne refleksjonen. Spesielt i møtene i allmennpraksis og under uketjenesten i sykehuset, hvor studentene skal ha individuelle tilbakemeldinger og evaluering av egen rolle, er dette viktig.

I det nye langsgående LPK anbefaler vi at hverdagsetikken blir reflektert og tydeliggjort i samarbeid med de ulike fagmiljøene.

PBL er også en svært spennende arena for medisinsk etikk, nettopp fordi man her sikrer at alle kan komme til orde i drøftinger av dilemmaer. Problemet med PBL, slik det er praktisert i dag, er at få oppgaver innbyr til etisk drøfting, og av de få som innbyr til dette, velger studentene likevel andre læringsmål/perspektiver. Etter vårt syn er PBL-ordningen moden for revisjon ved at man må kunne sikre at et visst antall PBL oppgaver er øremerket spesifikke fag og fagområder – i dette tilfelle altså at noen oppgaver er ment å skulle identifisere/drøfte/belyse/«løse» et etisk dilemma. Det vesentlige for god læring, er, etter vår mening ikke at studentene står fritt i å velge læringsmål – det vesentlige er at de skal forsøke å løse oppgaver i «team». På etikkers område er nettopp slike «team» den måten man forsøker å håndtere etiske dilemmaer i klinikk og samfunn (jfr kliniske etikkomiteer, forskningsetiske komiteer, og andre etiske komiteer som er team-basert).

Evaluering av ferdigheter som supplement til teoretisk kunnskap

Det er i dag ingen egen evaluering av etiske ferdigheter eller modenhet. Foreløpig er det kun gitt FVO-oppgaver til eksamen.

Etikk handler om argumentasjon, og argumentasjon er i siste instans et skriftlig anliggende.

Arbeidsgruppen foreslår at alle studenter i løpet av studiet skal gjennomføre et skriftlig etisk resonnement. I sin tid (2008) foreslo et utvalg ledet av Geir Jacobsen at studentene i uketjenesten skulle opprette en portefølje av etiske dilemmaer hvor logg i uketjenesten sto sentralt og hvor kåring av ukens dilemma fant sted. Dette kan være en god idé, men har fortont seg krevende å administrere og har foreløpig ikke blitt implementert. Et alternativ er å få inn et essay/kortsvaroppgave i medisinsk etikk ved en skriftlig eksamen mot slutten av studiet. Medisinsk etikk er som skapt for skriving av essay.

Medisinsk historie

For å forstå sin samtid og reflektere over mulige framtidsscenarioer, bør studentene kjennes noe til medisinfagets historie. Vi mener derfor at curriculum bør ha en rød tråd knyttet til historiske temaer, på liknende måte som temaet «ledelse». Vi har ikke operasjonalisert denne ideen i detalj men nevner noen momenter:

Fra første til siste semester kan man i undervisningen legge inn utvalgte «glimt fra medisinsk historie» (milepæler, triumfer) – en rekke ulike milepæler kan forklares, tid/stedfestes gjennom hele studiet (gjærne koordinert med andre ting studentene lærer (eks. i de organsentrerte modulene); kan til dels knyttes til museet i Kunnskapssenteret?

«Primum non nocere» (historiske blindgater og nederlag vi kan lære av) – eksempler for å stimulere kritisk sans (igjen koordinert med annen undervisning) – det finnes spektakulære historier å ta fatt i inkludert NEJM-artikkelen om president Washington som døde i 1799 etter å ha blitt årelatt

for over to liter blod siste døgn og Nobelprisvinner Bernard Lown's foredrag (på nettet) om sin kardiologiske kamp mot mange ukers skadelig sengeleie som behandling av hjerteinfarkt

Læringsmål:

Studenten skal

- kjenne til de historiske røtter for vestlig medisin og viktige milepæler i utviklingen av medisinfaget
- vite at utviklingen innen medisinfaget tidvis har ledet til skade, og være beredt til å drøfte mulighet for manglende nytte og/eller mulige skadevirkninger av medisinske tiltak

Filosofi og vitenskapsteori

Arbeidsgruppen anbefaler at Det medisinske fakultet og de som er ansvarlige for Examen Philosophicum for legestudentene går i tettere dialog med tanke på at ExPhil og det medisinske curriculum i stadium I skal framstå som samstemt og gjensidig motiverende.

Konkretisering

Som nevnt tidligere har søylegruppen i arbeidet blitt bevisst hvordan de tre begrepene i søylens innhold er sammenflettet, både gjennom innhold og læringsarenaer. Vi vil derfor, i tillegg til det som tidligere er nevnt under punktene om kommunikasjon, etikk, ledelse og profesjonalitet, gjerne komme med nye forslag til både undervisningsformer og læringsarenaer.

Introduksjonskurs

Vi vet at det allerede arbeides med introduksjonskurs for nye studenter ved oppstart av 1.studieår. Dette tror vi er en fin anledning til å forberede studentene på hva som vil bli undervist, hva som forventes og hvilke undervisningsarenaer de vil møte. Ved Universitetet i Bergen har man laget en inspirerende syntese av de første faglige undervisningsinnslagene og «bli-kjent» elementer (innslag med fadderordning). Blant annet kan man bli geografisk kjent i byen og på «campus», med innslag knyttet til Trondheims medisinske historie og utviklingen av helseinstitusjonene der. Vi vil også påpeke muligheten for å kunne bygge et fundament for medisinske «dannelse» i dette introduksjonskurset.

Lege-pasientkurset

Dagens lege-pasientkurs (LPK) avsluttes i semester ID. Vi foreslår å utvide LPK til å løpe gjennom hele studiet. Et utvidet LPK kan ivareta flere behov og vil kunne bli et gjennomgående

curriculum i synergi med temaene kommunikasjon, samhandling, profesjonalitetsutvikling og en mentorordning. Samlet gir et utvidet LPK også et enda bedre grunnlag for skikkethetsvurderinger av studentene. Med utgangspunkt i at studentene per i dag kun er i LPK og utplasser i allmennpraksis i stadium I, foreslår vi fortsettelse av utplassering i allmennpraksis også i stadium II. Det faglige nivået løftes da gradvis fra pasientsentrert kommunikasjon (LPK år 1-2) til medisinske konsultasjoner (enkle kliniske problemstillinger) i år 3-4, gjerne koordinert med integrerte organrelaterte seminarer i plenum som omtales nedenfor. Ressursmessig vil dette kunne løses ved å flytte noen av møtene i allmennpraksis i stadium I til stadium II.

Ved en eventuell innføring av mentorordning som skissert senere vil man kunne kombinere disse møtene med «mentor»-møter som planlegges gjennom stadium II.

Dagens antall F-lab- møter i stadium I bør også gjennomgås og revideres, i samarbeid med de involverte kliniske miljøene. Her ser gruppen en mulighet for å heve kvaliteten på undervisningen i de kliniske undersøkelsesferdighetene, få standardisert prosedyrene for undersøkelsesteknikkene og integrere kommunikasjonsferdighetene bedre i de kliniske fagene i stadium II. Det anbefales også at det lages demonstrasjonsvideoer for de vanligste kliniske undersøkelsene som studentene kan benytte til egenlæring og trening.

Andre relevante tema for LPK i Stadium II er samhandling og pasientforløp, klinisk beslutningslære, kunnskapshåndtering og hverdags-etikk. Dette kan knyttes til arbeid med utredninger, henvisninger, tolkning og vurdering av epikriser, arbeid med enkle legeerklæringer til NAV o.l. (sykmelding et godt start-tema).

Her vil det også være mulighet for å veve sammen møtepunkter fra de andre søylene.

Kommunen som undervisningsarena

Samhandlingsreformen er i tråd med WHO sin visjon om at en velutviklet primærhelsetjeneste bør danne basis for enhver helsetjeneste. I vår kontekst betyr dette at legers kompetanse innen kommunale helse- og omsorgstjenester bør styrkes mer enn i dagens grunnutdanning. Studentene må på basis av adekvat teori og praksis utvikle god kompetanse innen primærhelsetjenestens hovedansvarsområder, som førstelinjediagnostikk (inkludert akuttberedskap), forebygging, oppfølging av kronisk syke og rehabilitering. Fastlegens mandat og muligheter i rollen som helhetstenkende bidragsyter innenfor en samlet helsetjeneste bør belyses i større detalj og i forhold til flere samhandlingssituasjoner. Kommunenes "institusjoner" (legekontor, helsestasjon/-skolehelsetjeneste, pleie- og omsorgstjenesten, sykehjem/rehabilitering, med mer) må bli sentrale læringsarenaer. I tillegg bør studentene få innsikt i og gjerne også noe erfaring fra andre kommunale aktiviteter som flyktninge-helsetjeneste, barnevern og familievern, habilitering, frisklivssentraler, osv.

Man kan se for seg at noe av praksisen på enkelte slike steder kan være valgfri.

Vaktskygge i primærhelsetjenesten (legevakt/hjemmetjenesten)

Stadium I:

Ideelt: Være med sin praksislærer (lektor) i LPK på legevakt i Trondheimsområdet i løpet av 1.- 2 året, fortrinnsvis ambulerende vakt for å se hvordan ulike mennesker lever/ samfunnsforhold/ kontekst. Kan neppe gjøres obligatorisk pga kapasitetsproblem. Derfor fremmes forslaget om obligatorisk å følge Trygghetspatroljens og/ eller hjemmesykepleiens ambulerende arbeid i Stadium I.

Logistiske muligheter og evt. ressursbehov knyttet til å "henge med" på ambulerende legevakt må avklares.

Stadium II:

Praksis på stasjonær legevakt i Trondheim kan gjøres obligatorisk. Studentene er nå modne for å involveres mer i kliniske vurderinger og tiltak. Læringsmål må utarbeides.

Helsestasjon (inkludert skolehelsetjenesten) som praksisarena

Forslag til praksis (se tabell under) er lagt til de tre semestrene hvor hovedtyngden av relevant undervisning foregår. Forslagene til utplassering i stadium I og II er nye i forhold til dagens studieplan, mens forslaget for Stadium III er en utvidelse/forsterkning av det eksisterende studietilbudet.

Vår gruppe har ikke hatt kapasitet til å detaljtrrede hvilke (lærer/ veiledere/ evt. administrative) ressurser som vil behøves fra NTNU og kommunesektoren dersom våre forslag skal implementeres. Det vi imidlertid har avklart, er at Trondheim kommune v/ kommunalråd v/Helge Garåsen og kommuneoverlege Betty Pettersen stiller seg klart positive til rollen som arena for praksisundervisning.

Når	Hvor	Hva	Ønsket læringsutbytte
IC	Helsestasjon (evt. skolehelsetjenesten) Trondheim kommune og nærkommuner	1 dag med helsesøster, 2 og 2 studenter sammen	<ul style="list-style-type: none"> Se hvordan en helsestasjon fungerer (organisering av helsekontroller, samarbeidspartnere osv.) Opplive forebyggende helsearbeid i praksis Øve på kommunikasjon med barn og foreldre
IID	Helsestasjon Trondheim kommune og nærkommuner	“Uketjeneste” 1/2 dag med lege i løpet av pediatriperioden	<ul style="list-style-type: none"> Opplive pediatrien fra en annen vinkel Undersøkelse av friske barn Screening
IIIC	Kommunehelsetjenesten (under 6 ukers praksis) Utplasseringskommune	2 dagers praksis på helsestasjon/ skole-helsetjeneste (1 dag med helsesøster/tverrfaglig team, 1 dag med egen praksis under veiledning)	<ul style="list-style-type: none"> Utføre helseundersøkelser etter retningslinjer og reflektere over dette Praktisere eller observere tverrfaglig samarbeid omkring barn (lokalt og med spesialisthelsetjenesten)

Integrerte organseminar

Arbeidsgruppen foreslår flere integrerte “organseminarer” i stadium II i tillegg til de som i allerede finnes. Disse kan koordineres med klinisk praksis i regi av et utvidet LPK (omtalt ovenfor). Det dreier seg om seminarer der erfaren allmennlege møter erfaren sykehuskliniker og drøfter konkrete problemstillinger, med vekt på primærmedisinsk håndtering av disse. Slike integrerte seminarer finnes i dag i hjerte-kar, gastromedisin, hematologi, ØNH og øye. Studentene etterspør i evalueringer i Stadium III (når de ser tilbake på studiet) flere slike seminarer som kunne ha forberedt dem bedre på arbeide i kommunehelsetjenesten.

Vi foreslår at seminarrekken utvides til å omfatte problemstillinger innen lungemedisin, pediatri, geriatri, psykiatri (voksen-, ungdom-, barn-), ortopedi/fysikalsk medisin og rehabilitering,

gynekologi /urologi og nevrologi. Plasseringen av disse forelesningene bør koordineres med organmodulene og uketjenesteundervisningen. Studentenes kommunikasjonsferdigheter kan her utvikles videre gjennom mer spesifikke former for kommunikasjon. Eksempelvis kan samtalen om livsstilsendring (motiverende intervju) inngå her.

Vaktskygge på sykehus

Medisinstudiet i Tromsø har innført en obligatorisk «vaktskygge». Dette er en ordning hvor en medisinstudent følger primærvakt på sykehuset gjennom en ettermiddag/kveld for å se hvordan en lege på vakt jobber og hvilke utfordringer og arbeidsoppgaver som følger det å ha vakt på en klinisk avdeling.

Vi tror dette er en god læringsarena for både profesjonalitet og ledelse, i tillegg til å få forståelse for hvordan en klinisk avdeling på et sykehus fungerer utenom ordinær arbeidstid/dagtid. Studenten er her primært tiltenkt en observasjonsrolle, men arbeidsgruppen anbefaler at det vurderes om en slik «vaktskygge» også kan kombineres med opplæring og trening i journalskriving.

Arbeidsgruppen foreslår at denne ordningen gjøres obligatorisk med krav om at hver student skal ha godkjent minst en «vaktskygge» i løpet av stadium II.

Symptomseminar/klinikkseminar om komplekse problemer i Semester IIID

Våren 2014 ble det innført tre nye komplekse symptomklinikker i IIID, hvor fokus er på hvordan gjøre en god legegjerning med pasienter som sliter med kronisk smerte, tretthet med mer. Det vil si sammensatte og komplekse tilstander som man ikke sjelden møter både i allmennpraksis og på sykehus. Disse klinikkene vil vi gjerne beholde og videreutvikle, og det er ønskelig å involvere flere fagprofesjoner, f.eks. fysioterapeut, psykolog/psykiater og NAV, i tillegg til andre aktuelle kliniske miljøer.

Tverrfaglige temaseminarer

I IIID bør man utdype eksempler på komplekse resonnement og god samhandling knyttet til bl.a. komplekse "psykososiale" problemer med flere profesjoner/aktører inkludert fastlegen. Tema her kan være hvordan man samarbeider tverrfaglig om pasienter med rusproblemer, pasienter med psykiske lidelser og behov for integrerte/langvarige tjenester, barn/ungdom med sammensatte problemer og behov,

skolehelsetjeneste/allmennlege/barnevern/ BUP med mer.

Disse seminarene bør være studentaktive, dvs. at studentene får en framtrødende rolle i både forberedelser og gjennomføring. Her er det også mulighet til å knytte de tre søylene sammen i form av å ta for seg både kunnskapsgrunnet, forebygging, kommunikasjon/profesjonalitet og behandling.

Uketjeneste i stadium II

Det ligger ikke innenfor denne gruppens mandat å revidere uketjenesten verken hva gjelder omfang, struktur eller innhold. Vi vil likevel nevne den gode dialogen som har vært med uketjenestegruppen, og påpeke de fellesområdene som finnes, spesielt innen kommunikasjon og kliniske undersøkelser. Det er ønskelig fra vårt ståsted at det i all uketjeneste som omfatter pasientkontakt blir tydeliggjort for studentene viktigheten av å reflektere over begrepet profesjonalitet.

Mentorordning

*Mentor*¹², gresk, rådgiver, veileder, venn, lærer

I diskusjonen rundt hva en mentorordning bør inneholde, hadde vi i starten et fokus på ivaretagelse av studentene gjennom studiet i form av omsorgsrollen, ikke ulik den «kollegastøtteordningen» som finnes i regi av Legeforeningen. Etter hvert beveget vi oss mer bort fra omsorgsrollen og over i «rollemodell» og profesjonalitetsrollen.

Noen av gruppas medlemmer hadde et møte med påtroppende professor i Medisinske Atferdsfag ved DMF Hans Nordahl (i dag professor ved Psykologisk institutt, NTNU), for blant annet å høre hvordan embetsstudiet i psykologi tenker rundt problematikken. Embetsstudiet i psykologi har et obligatorisk «klinisk praktikum», hvor grupper på 8-10 studenter møtes 15-25 timer pr semester i 4 år. Målet med disse møtene er å få *personlig innsikt og understøtte personlig utvikling og identitet som fagperson*. For profesjonsstudiet i medisin med 135-150 studenter er dette neppe en realistisk ordning, hverken tids- eller personellmessig. Grunntanken med personlig utvikling og identitet som fagperson tror vi likevel er mulig å integrere både gjennom LPK i stadium I og uketjenesten i stadium II, og gjennom en mentorordning i litt annen fasong.

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av en mentorordning også hentet erfaring fra Tromsø, som innførte en slik ordning for 4 år siden i forbindelse med sin studierevisjon. Ordningen i Tromsø er, slik gruppen har forstått det, ikke ulik de gruppemøtene vi ved NTNU har i LPK i utplasseringen i allmennpraksis i stadium I. En gruppe på ca 8 studenter møtes ca 4 ganger i året, med en mentor som leder. Gruppestørrelsen tilsvarer ca 2 LPK grupper. Studentene har da med filmer av pasientmøter fra allmennpraksis og fra sykehus som de ser på, og gir hverandre tilbakemeldinger på, omtrent slik det gjøres i LPK ved NTNU. Forskjellen blir da at man jobber med filmer på et annet sted enn der man tar den opp, og at det er færre møter per år, men over flere år enn vårt nåværende LPK. Ut over dette er det fokus på etiske problemstillinger, og disse er til

dels forhåndsdefinerte. I tillegg skal hvert enkelt medlem i gruppen ha minst en individuell samtale med sin mentor per år. Mentoren vil da være den samme som leder hele gruppen, og som altså har ca 8 slike individuelle samtaler per år. I dagens LPK er det også avsatt tid til individuell tilbakemelding til studentene hvert semester.

Å innføre en mentorordning etter modell fra Tromsø hvor studentene skal medbringe video av en pasientkonsultasjon for diskusjon i gruppa, ser vi ikke som en hensiktsmessig ordning slik vårt LPK er lagt opp i dag. Med dagens LPK hvor det er 28 møter i allmennpraksis i stadium I, og hvor konsultasjoner tas opp på video og diskuteres, føler vi det i stedet vil være nyttig å fokusere mer på modning og profesjonalitet i en langsgående mentorordning. Når vi i vårt forslag til langsgående LPK i tillegg vil fokusere på aktiv «viderekommende» kommunikasjonstrening integrert i de kliniske fagene gjennom stadium II – og i uketjenesten – tror vi selve kommunikasjonsdelen og evaluering av kommunikasjonsferdigheter er godt dekket uavhengig av innføringen av mentorordning.

Vi vil derfor foreslå en innføring av mentorordning som organisatorisk ligner på Tromsømodellen, med grupper på ca 8 studenter som møtes 3 timer en gang pr semester gjennom hele studiet med oppstart i første semester, og hvor gruppene bygger på gruppene fra allmennpraksisutplasseringen i LPK. I praksis vil dette bety at man slår sammen 2 LPK-grupper til 1 mentorgruppe, og da gjerne grupper fra samme allmennpraksisveileder. Allmennpraksisveilederen vil da kunne følge gruppene sine som «mentor» gjennom hele studiet for å beholde kontinuiteten. I tillegg vil vi foreslå at det er 2 mentorer for hver gruppe – allmennpraksisveilederen fra LPK og en lege fra spesialisthelsetjenesten (som regel St. Olavs hospital).

Vi ser at dette vil være en utfordring med hensyn til både rekruttering og ressursbruk. Når det gjelder å utnytte ressursene i dagen LPK- ordning,

mener vi det vil være mulig å omfordele noe av tidsbruken på F-lab og til eksamensvirksomhet over i mentorordningen. Hvordan det vil være mulig å omfordele ressurser fra annen undervisning i spesialisthelsetjenesten og inn i en mentorordning har ikke gruppen tatt stilling til, men vi er orientert om at det arbeides med en revisjon av antall undervisningstimer på timeplanen som kanskje vil frigjøre tid til andre oppgaver, bla mentorarbeid.

Vi har derfor forsøkt å estimere hva en slik mentorordning vil kreve av ressurser, og på basis av den overnevnte modellen – med utspring i dagens LPK og allmennpraksisgrupper – ser vi at det vil være behov for følgende:

1.152 timer/år - LPK-lektorer
3.456 timer/år - Fra spesialistmiljøet.

Dette forutsetter en gjennomført mentorordning for alle seks årskull.

Det bemerkes her at dette er «netto» timebehov. Arbeidsgruppen har ikke tatt stilling til om disse timene skal vektas på samme måte som annen undervisningstid er vektet.

Når det gjelder faglig innhold i de enkelte møtene, vil vi foreslå at studentene får en aktiv rolle i å «drive» disse møtene, dvs. at studentene får forhåndsdefinerte tema de skal forberede seg på og presentere i gruppene, gjerne i form av en kasuistikk de har møtt i klinisk praksis.

Forslag til tema/oppgaver:

Refleksjon over begreper: “Hva betyr det å være profesjonell” (la studentene selv definere det helt i starten av studiet); “Empati” - på samme måte la dem definere det før det presenteres i curriculum; “Legekunst”; Begrepene “Psykisk” og “somatisk”; “Hva er liv”; “Hva er bevissthet”; “Integritet”; “Krenkelse”; “Tillit”; “Omsorg”; “Lojalitet” (grenseoppgang mot lydighet!) “Makt/ Avmakt”; Medikalisering (definere det selv i stadium II, undervises dernest av andre i stadium III); Sosiale

gradienter; Sykerollen; Stigma; Rituale; “Ars moriendi” og annet kultur-relatert stoff om døden? Osv. (denne lista både kan og bør være dynamisk).

Mentorfremmende kultur ved DMF

Prosjektgruppen har merket seg at man i en del organisasjoner internasjonalt vektlegger å bygge «en mentorfremmende kultur», et fokus som kan komme i tillegg til (eller iblant erstatte) definerte mentorrelasjoner mellom navngitte individer. Gruppen oppfordrer til at vi ved DMF lar oss inspirere av dette. På ulike måter kan vi rette søkelys mot betydningen av gode og skapende dialoger og diskusjoner, enten det er mellom studentene selv, student og lærer eller mellom erfarne kolleger. For eksempel kan man lage inspirerende poengterte filmsnutter som viser hvordan en student kan banke på døra til en av sine lærere/forbilder/rollemodeller og hvordan man da fortjener å bli mottatt. Eller hvordan man, dersom man personlig sliter med noe, kan åpne en dialog med en medstudent/lærer/fakultetsansatt, og fortjener å bli møtt og ivaretatt. Poenget er ikke å oppfordre studentene til «å be om hjelp» i stor stil, men å poengtere at det svært ofte er gjennom dialog og at man skaper viktige nye ideer, finner gode løsninger på praktiske eller personlige problemer/ utfordringer. Det gjelder ikke bare i studiet men faktisk i hele (legel)livet -- grunnleggende i profesjonalitet.

Kompetanseheving

Innen klinisk veiledning for alle leger som underviser

Arbeidsgruppen mener det er et generelt behov for både vedlikehold og kompetanseheving når det gjelder veiledning av studenter, spesielt i den praktisk kliniske undervisningen.

Vi foreslår derfor at det gjennomføres kurs i kommunikasjon og veiledning for alle som har studenter i praksisundervisning. Omfang og praktisk gjennomføring bør utredes i samarbeid med blant andre «uketjeneste-gruppa», og vi har ikke tatt stilling til om dette skal gjøres obligatorisk for alle ansatte. Vi vil nevne at det i dag foreligger plikt til å gjennomføre Ped-Up kurs for alle nyansatte i fast vitenskapelig stilling ved NTNU. Vi anbefaler sterkt at DMF selv tar ansvaret for denne undervisningen/dette kurset, og at det startes arbeid med å tilpasse dette kurset til også å omfatte praksislæring med pasienter. Det er også en utfordring at mange som underviser ikke har faste vitenskapelige stillinger, og vi anbefaler derfor at disse også må få økt kompetanse gjennom et slikt kurs.

Gruppen vil også nevne at det i regi av LPK har foregått en kompetanseheving både i kommunikasjonsferdigheter og veiledning etter ALOBA-metoden¹³ for universitetslektorene knyttet til LPK, og at flere av LPK-lektorene har undervisningskompetanse for denne type kurs. Ved et eventuelt kurskonsept vil det være naturlig å etablere et faglig samarbeid med andre fagmiljøer med denne type kompetanse, f.eks psykiatri- og onkologimiljøet.

Innføring av en mentorordning vil også forutsette en opplæring i forkant, men gruppen finner det vanskelig på det nåværende tidspunkt å skissere innhold og omfang av en slik opplæring.

Fremme utvalgte fastlegers kompetanse som plenumsundervisere

En del av våre forslag innebærer økt behov for å trekke inn erfarne, klinisk aktive fastleger i undervisningen, ofte i dialog med sykehusleger (Jfr. integrerte seminarer i stadium II og studentaktive seminarer i stadium III). På sikt er det et mål at motiverte og egnede fastlege-lektorer fra LPK kurses spesielt med tanke på å representere faget allmenntmedisin på en måte som tydeliggjør fagets rammebetingelser og arbeidsformer på en god måte både for studenter og sykehusbaserte dialogpartnere. Relevante instruktører her er de akademiske ansatte i faget allmenntmedisin (hvorav kun få er aktive fastleger i dag). Noe av dette kan evt. bli en valgfri modul i et Ped-Up kurs, og/eller man kan tenke seg dette utviklet som emnekurs godkjent for spesialiteten i allmenntmedisin.

Felles undervisningselementer der de tre søylene møtes

De tre søylene *Vitenskapelig kompetanse*, *Forebyggende helsearbeid og helsefremming* og *Kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet* er ikke separate løp, men har også klare felles elementer.

Arbeidsgruppen vår ser det som hensiktsmessig at studentene lærer noe om kvalitativ metode allerede det første semesteret, og søylegruppen *Vitenskapelig kompetanse* har derfor foreslått at opptil en halv dags undervisning om dette temaet legges til IA, tett knyttet til F-lab *Hvilken lege vil folk ha?* som er del av LPK i stadium IA.

Noen nye, studentaktive «klinikkseminarer» (sent i studiet, trolig i IIID) foreslås som før omtalt av gruppen for *Kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet*. Dette vil ta for seg kunnskapsgrunnlag, forebygging og kommunikasjon, og knytter dermed de tre søylene naturlig sammen.

Gruppen *Forebyggende helsearbeid og helsefremming* foreslår i sin rapport «en langsgående» pasient». Dette prosjektet vil også være naturlig å knytte til vår søyle.

Ressurser

Arbeidsgruppen foreslår til endringer i undervisningen og dermed behov for ressurser vil i første rekke kunne dekkes inn gjennom en integrering av kommunikasjon av allerede eksisterende undervisningstid, bla den betydelige klinikk-undervisningen som allerede finnes i timeplanen i alle stadier. Dette vil kreve et tettere samarbeid mellom de forskjellige instituttene uten at det nødvendigvis vil gå ut over den faglige integriteten til hvert institutt. Undervisningsansvarlig på hvert institutt må ta et koordinerende ansvar samtidig som det forankres i ledelsen. Gruppen ser at det kan ligge endel utfordringer i å utvikle et tettere samarbeid mellom de ulike kliniske miljøene, men tror nytteverdien av å lykkes vil være stor.

Innføring av en mentorordning slik gruppen foreslår vil medføre behov for ekstra ressurser, selv om det her også sannsynligvis vil være noen muligheter for å allokere ressurser internt.

Lege-pasientkurset har i dag 2 X 50 % koordinatorstillinger for å administrere og drifte kurset. Det anbefales at det avsettes spesifikke ressurser til faglig koordinering, vedlikehold og fornying av søylen på linje med dagens ordning med semesterkoordinator/ årsleder. Vi anslår at dette vil kreve ressurser tilsvarende 1-2 100 % vitenskapelig stillinger. Det vil også være behov for en 100% stilling for studiekonsulent.

Vårt forslag til videreføring av kommunikasjonsundervisningen gjennom stadium II og III, sammen med de integrerte klinikkene og symptomseminarene, vil medføre et økt behov for LPK-lektorer anslått til 6-8 40 % stillinger. Dette er i tillegg til det økte ressursbehovet ved innføring av den anbefalte mentorordningen.

Eventuelle nye obligatoriske aktiviteter, både ved oppmøte og levering av skriftlige arbeider, vil kreve ekstra ressurser, men arbeidsgruppen har ikke funnet å kunne vurdere omfanget av dette her.

Implementering

Arbeidsgruppa har diskutert hvorvidt det er mulig å implementere endringene i nåværende studentkull eller «rulle ut» søylen fra og 1. årskull 2017. Vi mener det kan dreie seg om en blanding. Enkelte opplegg må systematisk planlegges og «rulles ut» fra år til år, for eksempel en gjennomgående mentorordning. Andre opplegg kan innføres så snart man har kapasitet til det (forutsetter lokal forberedelse idet man må samordne slike nye ideer med oppdraget å slanke timeplanen generelt, osv). Tiltak som kan iverksettes når som helst hvis man blir enige om det, er flere integrerte seminarer i stadium II og studentaktive seminarer i semester IIID.

Obligatorisk undervisning

Alle undervisningsinnslag knyttet til aksene Kommunikasjon, pasientkontakt og profesjonalitet som gis i mindre grupper bør ha så klar faglig relevans og aktiviserende pedagogisk form at de vanskelig kan erstattes av selvstudium. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at slik «klinisk praktikum» undervisning, der målet er å utvikle/trene konkrete kliniske ferdigheter og/eller reflektere over yrkesutøvelsen på bakgrunn av konkrete problemstillinger, gjøres obligatorisk.

Referanser

1. http://www.ntnu.no/documents/10268/7960844/DMFstrategi_brosjyreA4_LR-2.pdf
2. <http://www.ntnu.no/dmf/studier/studiehandbok/2015>
3. https://innsida.ntnu.no/c/wiki/get_page_attachment?p_L_id=22780&nodeId=24647&title=Gjennomgang+av+medisinstudiet+ved+DMF&fileName=Rapport_Gjennomgang+av+medisinstudiet+ved+NTNU_2014.pdf
4. Professor Sylvi Stenersen Hovdenak, UiO og UiT
5. Gustavsson, B. (2001). Vidensfilosofi. Århus: Klim.
6. www.idunn.no/uniped/2015/03/profesjonalitet_i_legeutdanningen_omkunnskapskoder_prakt
7. Kinsella, E. A., & Pitman, A. (2012) (red.). Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions. Rotterdam: SensePublishers.
8. Kurtz, Silverman, Draper: Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2005 Radcliffe Publishing LTD
9. Hilde Eide og Tom Eide: Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. 2. reviderte og utvidede utgave Gyldendal Norsk forlag AS 2007, 2. utgave, 7. opplag 2013.

H. Rønnestad og A. von der Lippe: Det kliniske intervjuet Gyldendal Norsk Forlag AS 2002, 1 utgave, 2. opplag

S. Rollnick, W.R.Miller and C.C. Butler: Motivational interviewing in health care. Helping patients change behavior. 2008 The Guilford Press
10. Hegstad AC, Materstvedt LJ, Kaasa S. Undervisning i medisinsk etikk: Trondheimsmodellen. Tidsskr Nor legeforen 2014; 124: 2104-6. Tilsvarende beskrivelse tok professor Torstein Vik (studiedekan DMF NTNU 2002-2006) inn i revisjonsrapporten ved DMF i 2003.
11. www.ntnu.no/dmf/studier/studiehandbok/2015 s.83
12. Kunnskapsforlagets Blå Fremmedordbok.
13. Kurtz/Silverman/Draper: Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2005 Radcliffe Publishing Ltd