



MØTEREFERAT

Tilstede: Toralf Hasvold, Øyvind Irtun, Jan Maltau, Anete Fosse, Terje Seigen, Nina Helberg, Ingrid Petrikke Olsen (via videooverføring), Arthur Revhaug, Stein Johansen, Knut Lappegård, Nils-Erik Huseby, Håkon Lindekleiv, Eirik Hugaas Ofstad, Kristoffer Lassen, Tor Anvik, Nils Fleten, Tordis Høifødt, Tore Sørli, Reidar Høifødt

Forfall: Minna K. Hansen

Møteleder/referent: Toralf Hasvold/Ole Martin Haukland

Møtedato: 1.02.2008

Arkivref.: 00705433-5/OHA009/333

REVISJON AV PROFESJONSSTUDIET I MEDISIN - 2007 - DAGSSEMINAR 1. FEBRUAR 2008 - REFERAT FRA GRUPPENES PRESENTASJONER OG PLENUMSDISKUSJONEN

I forkant var det delt i tre arbeidsgrupper som fikk hvert sitt mandat.

Gruppe 1:

Presentasjon fra gruppe 1:

Gruppen kom først med en kort beskrivelse av dagens situasjon. Gruppen mener det per i dag er for travelt på en vanlig poliklinikk til å ta aktivt hånd om studentene. De blir passive objekter. Unn beskrives som dårlig egnet hva rom og andre fysiske begrensninger angår. På spørsmålet om det er nok pasienter på UNN per i dag er svaret fra gruppen; - ja, spørsmålet er å utnytte pasientgrunnlaget bedre. Dette mener gruppen kan løses med å ha studenter spredd utover hele året. I dag er det studenter bare i korte perioder av året.

Gruppen trakk frem endokrinologi ved Rolf Jorde som et eksempel til etterfølgelse for hvordan man kan gi studentene en god undervisning. Her følger Rolf Jorde med fra dag til dag på aktuelle pasienter med interessante sykdomsbilder. Disse får tilbud om student henvisning. Såfremt pasienten takker ja, så foretar de konsultasjon sammen med ansvarlig lege. I etterkant dikterer studenten i DIPS. Ansvarlig lege går igjennom og reviderer studentens versjon. Studenten får så sin og legens reviderte versjon som gåes gjennom sammen med ansvarlig lege. Til sammen tar en slik fremgangsmåte 2 lærertimer per pasient. På endokrinologi tar hver student 2 pasienter hver dag, med to studenter hver dag, får de 4 pasienter på denne måten hver dag. Videre pekes det på at en slik løsning er veldig ressurs krevende når det gjelder tid, rom og lærerkrefter. Det rapporteres om veldig positive tilbakemeldinger fra studentene. Denne metoden gjør studenten til aktiv part i undervisningen.

For å utnytte lokalsykehusene bedre ble livsløpskurset nevnt som en mulighet til dette. Her mener gruppen at en utplassering av studenter vil gi studentene bedre undervisningsutbytte samtidig som det gir lokalsykehusene muligheter til å rekruttere leger. Gruppen peker her på muligheten for at studenter med tilknytning til ett lokalsykehus kan få muligheten for "å reise hjem".

Lokalsykehuset i Hammerfest mener de kan doble antallet studenter ved å utvide studieåret.

Samtidig mener gruppen at det bør etableres en koordinator for hver avdeling på hvert lokalsykehus. Denne koordinator har ansvar for å motta studentene og sette opp en plan for studenten fra dag 1. Her mener gruppen det bør innarbeides bedre rutiner på oppfølging av koordinatorene fra UiT. Dette kan også være en spire til faglig samarbeid.

Plenumsdiskusjon gruppe 1:

Det ble diskutert litt hvilket fokus som er riktig overfor bruk av lokalsykehusene, mangel på kapasitet på UNN Tromsø eller relevant/nyttig kunnskap som befinner seg i lokalsykehusene. Det var enighet om at det er mye relevant og nyttig kunnskap i lokalsykehusene og at dette bør være fokus.

Tanken om ett nettverk av student ansvarlige på lokalsykehusene ble også mottatt som en god ide. Tor Anvik refererte her kort til ordningen med nettverk for fastlegene, noe som fungerer godt per i dag. Det å ansvarliggjøre enkeltpersoner i oppfølgingen av studentene var det enighet om. Samtidig som det i denne forbindelse er viktig å ha klare læringsmål for å kunne gi god undervisning.

Toralf Hasvold oppsummerte slik: At studentene bare kommer inn i den travle hverdagen på avdelingene uten klare opplegg gir dårlig undervisning. En forhåpning er at når studenten skal ha kirurgi undervisning så knyttes den enkelte studenten til en kirurgisk avdeling. Der stiller studenten på lik linje med de andre ansatte og er en del av den daglige virksomhet. Forhåpentligvis vil dette gi studenten større læringsutbytte og undervisning vil bli en naturlig del av driften for avdelingene.

Gruppe 2

Presentasjon fra gruppe 2:

Gruppen var først tydelig på at pasientgruppen i lokalsykehusene er tilfredsstillende, både når det gjelder antall og bredde på sykdomsbildet i et undervisningsøyemed. Hva veiledningskompetanse angår så mente gruppen det var relevant å skille mellom formell og reell kompetanse. I Bodø mener gruppen begge kompetansefelt er dekket, men ikke nødvendigvis ved de andre lokalsykehusene. Gruppen stiller spørsmål om det vil være mulig å bringe formalkompetansen til lokalsykehus der dette ikke er tilstedet. Fysisk eller via informasjonsteknologi.

Angående de fysiske rammene ved de ulike sykehusene mener gruppen det er gode nok arealer til å ta i mot flere studenter ved Nordlandssykehuset og UNN Harstad. For Narvik sin del, hvor det skal bygges nytt sykehus, mener gruppen at man her vil kunne legge føringer på utformingen av det nye sykehuset slik at det imøtekommer behov som kan være relevante for å utnytte sykehuset i undervisningsøyemed på en mer utstrakt måte enn i dag.

Videre ser gruppen det som ønskelig at man opererer med to kull, altså inntak både høst og vår, noe som gjør det lettere å fordele studentenes utplassering i lokalsykehusene bedre over hele kalenderåret. Gruppen mener videre at det er riktig å sende studentene ut på et tidligere stadium enn hva som gjøres i dag. Hva studenthybler angår ser gruppen dette utelukkende som ett økonomisk spørsmål.

Konklusjon fra gruppen:

Gruppen ønsker at det arbeides bevist mot å at man benytter seg av de lokale arenaer i større grad enn i dag. Det gruppen mener er den største utfordringen i dette er økonomi og det viktig at dette er på plass innen man starter.

Plenumsdiskusjon gruppe 2:

I plenumsdiskusjonen kommer Toralf Hasvold med følgende innspill. Slik han ser det lanserer gruppen ideen om at studentene utplasseres i flere perioder og at de utplasseres tidligere i studieforløpet enn i dag og han ser dette som en spennende ide. Toralf lanserer her tanken om ett

profesjonsstudium på 7 år med inkludert turnustjeneste. I en slik modell vil kandidatene være ferdig uteksaminert etter 7 år, med inkorporert turnustjeneste.

Arthur Revhaug mener at ideen om å sende studentene ut tidlig er viktig, men ønsker også at internasjonaliseringen styrkes ved at man innfører et halvt år obligatorisk utplassering i utlandet.

Stein Johansen, UNN Narvik, presiserer at lokal sykehusene behandler store pasientgrupper og at det er her man har kompetanse på å behandle slike pasienter. Johansen ser med skepsis på at det skal være lite motivasjon blant studentene på å tilbringe tid ved lokalsykehusene, og hvis dette er tilfellet må det sees på hvordan man kan endre på deres oppfatning av utplassering lokalt. Et forslag fra Stein Johansen er at klinikklerer tar med seg sine studenter lokalt og følger pasientene der sammen med sitt kull. Dette vil kunne være med på å bedre læringsmiljøet lokalt. Det er per i dag en del spesialister fra UNN som reiser til lokalsykehusene og har poliklinikk. Disse bør kunne brukes i undervisningsøyemed for utplasserte studenter.

Studentrepresentant Nina Helberg mener studentene er negative før de reiser ut, men positive etter endt utplassering. Det var enighet rundt bordet om at en tidlig tilvenning til utplassering blant studentene kan være med på å gjøre dem mer positive til utplassering på lokalsykehusene. Ett forslag var at, sammen med tidlig utplassering, ga ett antall studenter mulighet til å ta siste del av utdanningen i for eksempel Bodø. Hvis studentene vet om dette i forkant vil det være lettere å akseptere. Mye av motviljen i dag mot utplassering knyttes opp mot den usikkerhet den enkelte student opplever i forbindelse med tildeling av plasser. Dette mener gruppen som helhet kan motviskes ved at studenter som ønsker det vil kunne ta all sin utplassering i hele studiet ved samme lokalsykehus.

Gruppe 3

Presentasjon fra gruppe 3:

Gruppe 3 sendte ut denne skriftlige redegjørelsen av sitt fremlegg i etterkant av møtet:

Her er noen nærmere utdypinger av vår skisse:

- Vi foreslår at større deler av den kliniske undervisningen (for eksempel uketjenesten) i allmennmedisin, psykiatri, indremedisin og kirurgi flyttes ut av UNN/Åsgård/Legevakten/Tromsø og skjer i en eller flere mindre "sykehus-grupper" rundt de 11 lokalsykehusene i regionen, med bistand fra DPS/BUP-ene.
- Vi tenker oss at den minste enheten er 2 studenter som er utplassert sammen i en kommune – heretter kalt "kommune-gruppa". Disse møter sammen med andre kommune-grupper fra 3-5 nabokommuner på lokalsykehuset til felles teori-undervisning, fra lokale lærere og via telemedisin fra UNN – med etterfølgende gruppediskusjoner. Denne enheten på fra 6 til 12 studenter – "sykehus-gruppa" - har en egen lokal koordinator som holder kontakt med dem og organiserer møtene og de lærerne som skal delta. Møtefrekvens må tilpasses reiseavstandene.
- Studentene roterer mellom de aktuelle avdelingene på lokalsykehus/DPS/BUP og kommunene, og får bl.a. i oppdrag å følge og beskrive pasientforløp og sykdomsforløp.
- Pasienter på sykehjem inviteres til å delta i undervisningen – her kan studentene f.eks. trene seg på klinisk undersøkelse og tverrfaglig samarbeid, bl.a. ved å gjøre årskontroll (som tilsynslegene er pålagt å gjøre en gang pr. år av alle inneliggende pasienter).
- Etablering av "sykehus-gruppene" kan gjerne skje allerede første studieår, slik at 1.års utplasseringa blir starten på "kommune-gruppene".
- I undervisninga i "sykehus-gruppene" kan både sykehusleger og allmennleger delta og møtes – og her kan også lærere fra UNN inviteres inn, enten via telemedisin eller in the flesh
- Denne modellen kan brukes samlet i en periode over 2-3 semester, eller fordelt over flere semester fleksibelt fra og med 1. året.
- Den innebærer ikke mer undervisning – men flytting av undervisning.

Plenumsdiskusjon gruppe 3:

Generelt ble modellen godt mottatt, spesielt tanken om å benytte sykehjemmene. Det ble presisert at hvis sykehjemmene skal benyttes må det knyttes opp mot allmennpraksis utplassering og det må utarbeides gode beskrivelser for hva studenten skal gjennomgå. Toralf Hasvold så positivt på modellen. Han pekte på tre utfordringen; økonomi, logistikk og faglig kvalitet. Toralf Hasvold informerer om at UiT har fått gjennomslag overfor helse- nord at undervisningstilskuddet skal synliggjøres overfor USAM. Fakultetet vil kunne ha "en hånd med på rattet" i hvor disse midlene styres i fremtiden. Denne modellen vil innebære en del utgifter og det må argumenteres godt overfor kunnskapsdepartementet. Denne modellen vil ha en dobbel effekt i forhold til samhandling og kvalitetssikring, noe som vil være positivt overfor departementet.

For underviserne i de lokale enhetene vil denne modellen kunne være med å skape ett nettverk og dermed øke kompetansen. Det er viktig at underviserne blir belønnet for denne innsatsen.

Det understrekes at det blir viktig å skape forutsigbarhet overfor studentene i forhold til en slik modell. Hvis ikke det er forutsigbart overfor studenten hvor den skal vil man kunne oppleve en stor grad av missnøye.

Tromsø, 06.02.2008

Ole Martin Haukland
seniorkonsulent