



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det Helsevitenskapelige fakultet

Frihet under ansvar

En nordnorsk studieplan i et internasjonalt perspektiv

Stine Katinka Andersen

Masteroppgave i medisin (MED-3950), juni 2019

Veileder: Ragnar Joakimsen, Professor II, Institutt for klinisk medisin

Biveileder: Torsten Risør, Førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisin

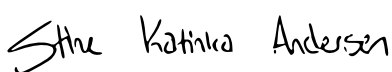


1 Forord

Hensikten med oppgaven har vært å sammenligne styringssystemer for medisinsk grunnutdanning i Norge med to andre europeiske land, Sveits og Nederland. Sammenligningen ble gjort med formål om å vise hensikten og utfordringene med rammeplaner, og samtidig se på hvordan økt styring fra myndighetshold kan gjøres uten tap av faglig autonomi. Bakgrunnen for valg av tema i denne oppgaven kommer fra en interesse og nysgjerrighet for hvordan medisinsk grunnutdanning drives i Norge og utlandet. I mitt første studieår ble jeg rekruttert til å jobbe med prosjektet Nasjonal delprøve i medisin, og dette arbeidet har gitt meg inspirasjon og kunnskap som er nyttiggjort i denne oppgaven.

Tidlig i studietiden kom jeg i kontakt med Torsten Risør, som har vært en viktig kilde til gode diskusjoner og nyttig lesestoff gjennom studietiden. Det var også etter anbefaling fra Torsten at jeg tok kontakt med Ragnar Joakimsen, som er min hovedveileder for oppgaven. I Ragnar har jeg hatt en god og nyttig sparringspartner, og våre ulike perspektiver har, etter min mening, beriket denne oppgaven med ulike synspunkter.

Jeg vil rette en stor takk til både Ragnar og Torsten for inspirasjon, motivasjon og god rettleiding i arbeidet. En spesielt stor takk til Ragnar som har gitt meg tilgang til sitt EndNote-bibliotek og tipset meg om mange gode kilder til min oppgave. Ellers er det på sin plass å takke Katrine Wennevold for tilgang til sin masteroppgave, samt Morten Antonsen for bistand med korrekturlesing og gode diskusjoner. Til sist vil jeg takke Arbeidsgruppen for nasjonal delprøve i medisin for å ha gitt meg en arena hvor jeg både kan utfordre meg selv og andre, og samtidig lære mer om medisinsk grunnutdanning. En spesiell takk til Kristian Bjørø som har gitt meg tillatelse til bruk av upubliserte resultater og figurer i oppgaven.



Stine Katinka Andersen

30. mai 2019

Innholdsfortegnelse

1	Forord	I
2	Sammendrag	III
3	Nøkkelord	IV
4	Innledning	1
5	Materiale og metode	2
6	Bakgrunn	3
6.1	Opptakten	3
6.2	Utviklingen av studieplanen	6
6.3	Revisjoner	9
7	Resultater	9
7.1	Eksamen og vurderingsformer	9
7.2	Rammevilkår for medisinsk grunnutdanning i Norge	12
7.3	Rammeplaner og rammevilkår i andre europeiske land	16
7.3.1	Nederland	16
7.3.2	Sveits	19
7.3.3	EU, Bologna-prosessen og The Tuning Project	20
7.4	Nasjonal delprøve	24
8	Diskusjon	29
9	Konklusjon	33
10	Litteratur og referanser	35
11	Tabeller og figurer	39
12	Vedlegg	43
12.1	Kunnskapsevaluering/GRADE	43

2 Sammendrag

Bakgrunn

Medisinstudiet i Tromsø har eksistert siden 1973, og i 2018 ble det første kullet på ny studieplan (Studieplan 2012) uteksaminert. Denne oppgaven har som formål å undersøke hvilke lovmessigheter og rammeplaner som styrer medisinstudiet i to sammenliknbare europeiske land, Nederland og Sveits og sammenligne dette med våre nasjonale forhold. Videre tar oppgaven sikte på å vurdere om nasjonal delprøve kan ses på som en samlende faktor som fører til at en får et minst felles multiplum blant nyutdannede leger utdannet i Norge. Kan en slik delprøve fungere som garantist slik en eventuell rammeplan ville gjort?

Materiale og metode

Opgaven inneholder en sammenfatning av tilgjengelig kunnskap og informasjon om rammeplaner i Sveits og Nederland, samt lovmessigheter knyttet til EU/EØS-området. Disse forholdene sammenlignes med norske forhold, og settes i kontekst med rammeplandiskusjonen og utviklingen av en nasjonal delprøve i medisin. Det meste av materialet er hentet fra PubMed og Google-søk på relevante søkeord, men enkelte av de eldste kildene er delt av min veileder og biveileder. Oppgaven inneholder også hittil upublisert informasjon fra nasjonal delprøve 2019.

Konklusjon

Sameksistens mellom økt statlig styring og kvalitetssikring og akademisk frihet er mulig. I 2017 ble den første nasjonale delprøven i medisinstudiet i Norge avholdt. Nasjonal delprøve synes å være en gylden middelvei, der en oppnår en større grad av samordning av de lokale studieplanene, og en kvalitetssikring av studentene, så vel som de ulike utdanningsinstitusjonene. I Tromsø er det foreslått å bytte ut den lokale skriftligeeksamen med nasjonal delprøve i medisinstudiet. Dette synes som en plausibel idé, da det både blir arbeidsbesparende for fakultetet, fungerer som en kvalitetssikring for myndighetene og samfunnet for øvrig, samt øker sikkerheten og kvaliteten på prøven for studentene.

3 Nøkkelord

I en oppgave som omhandler læring og testing slik, er det hensiktsmessig å avgrense og definere ord og begreper som går igjen slik at disse ikke mistolkes. I denne oppgaven skrives det en del om læring og testing, men pedagogisk teori har med overlegg fått begrenset plass. Enkelte begreper og ord har i pedagogisk litteratur mer enn én betydning, og under følger de definisjoner som jeg har valgt å forholde meg til i arbeidet med oppgaven.

Et gjennomgående tema er rammeplaner, det som på engelsk kalles «frameworks». Rammeplaner har ulike funksjoner i ulike settinger, og her synes det nyttig å trekke fra definisjonen som brukes i Eksamensforskriften ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet.

«En nasjonal plan fastsatt av fagdepartementet. Planen beskriver læringsmål, faglig innhold, oppbygging og gjennomføring av yrkesutdanninger.» (1)

Denne definisjonen gjør at rammeplaner slik de omtales i denne oppgaven ligner mye på det læreplanverket som styrer utdannelsen i grunnskolen i Norge. I avsnittet om rammevilkår for medisinstudiet vises det også til Kvalifikasjonsrammeverket, som også kan ses på som en slags rammeplan. Forskjellen her blir at Kvalifikasjonsrammeverket sier noe om systemfaktorer og krav, uten å si noe om innhold: Et slags reisverk som institusjonene selv må fylle med innhold. I denne oppgaven vil derfor rammeplaner tolkes som et helhetlig rammeverk som både definerer pedagogiske og faglige rammer.

Læringsmål er også et sentralt begrep i denne oppgaven. Læringsmål er den norske oversettelsen av det engelske begrepet learning outcomes og beskriver kunnskaps-, ferdighets- eller holdningsmål. Læringsmål, læringsutbyttebeskrivelser, læreplanmål og kompetansemål er eksempler på ord som ofte brukes i tilsvarende sammenhenger, men her brukes altså læringsmål gjennomgående.

4 Innledning

I Ibsens stykke «Fruen fra havet» står hovedkarakteren Ellida ovenfor et valg: Å bli hos Wangel, eller å dra vekk med den Fremmede (2). For Ellida var det ikke bare selve valget som var utfordrende, men premissene dette valget skulle tas under. Ellida hadde ingen frihet til å gjøre egne valg. Vendepunktet kommer når Ellida plutselig får frihet til å velge for seg selv.

Det er ikke mange paralleller som skal trekkes mellom Ibsens verk og denne masteroppgaven. Riktignok var Wangel lege, og attpåtil nordfra, men det er friheten til å stake ut egen kurs og måtte stå til ansvar for de beslutninger som tas, som er sentralt for tematikken jeg ønsker å behandle i denne oppgaven.

Akademisk frihet er den enkelte forsker og institusjons rett til å forske, undervise og formidle ideer og synspunkter uten at det finnes sanksjonsmulighet hos myndigheten. Den akademiske friheten er lovfestet i Norge. I Universitets- og Høgskoleloven står det om den enkelte institusjons rettigheter og vern, men side om side står det også om den enkeltes plikt og ansvar. Og dette er selve paradokset for den medisinske grunnutdanningen i Norge. Den enkelte institusjon har forpliktet seg til å levere ferdig utdannede leger til det norske helsevesenet, men det finnes ingen myndighetsinstruks som fastsetter konkrete faglige rammer for hvordan dette skal foregå. Det som finnes er overordne pedagogiske rammer og beskrivelser av systemfaktorer, og disse blir gjennomgått grundig i denne oppgaven. Per dags dato finnes det ikke en felles nasjonal standard for hva slags teoretisk eller praktisk kompetanse en nyutdannet lege skal ha. Her har den enkelte utdanningsinstitusjon, emneleder og foreleser selv friheten til å definere hva som kreves av en god lege.

I Norge har ikke medisinutdanningen noen form for nasjonal rammeplan å forholde seg til i sitt daglige virke, og en har dermed få eller ingen garantier for at det faglige utbyttet er det samme på de ulike institusjonene. Hver av utdanningsinstitusjonene har laget sin egen lokale studieplan, og denne beskriver i grove trekk det samme som en rammeplan ville gjort. I

Tromsø følger vi nå «2012-studiplanen». I 2018 ble de første studentene på denne planen uteksaminert. Dette var også det første året samtlige medisinstudenter på siste studieår gjennomførte en felles nasjonal prøve. Denne oppgaven vil derfor ta sikte på å summere opp hvordan vi har kommet dit vi er i dag, se på internasjonale trender for hvordan behovet for statlig styring og kvalitetssikring kombineres med faglig autonomi og egenart i to europeiske land og til sist se på utviklingen av den nasjonale delprøven. Kan en felles nasjonal innsats på slutten av studiet sikre et minste felles multiplum for nyutdannede leger utdannet i Norge?

5 Materiale og metode

Intensjonen bak oppgaven har vært å samle kunnskap om rammeplaner, lover og regler i andre europeiske land, for å kunne sammenligne dette med våre norske forhold. Her ble Nederland og Sveits valgt som sammenligningsland, og i tillegg ble det gjort søk på overordnede europeiske rammeplaner og andre lovmessigheter. Rammeplanene og studieplanene er identifisert gjennom enkle Google-søk, mens artikler som diskuterer konsekvenser, fordeler og ulemper med rammeplaner ble funnet via søk på PubMed. Offentlige dokumenter er funnet gjennom Regjeringen.no og nettsidene for NOKUT. Lovverk er hentet fra lovdata.no og rettsdata.no. Tekstene er lest og blitt gjenstand for en kvalitativ analyse med problemstillingen som lupe. De aktuelle delene av tekstene er i denne oppgaven kategorisert og drøftet i resultatdelen, og hovedvekten ligger i nettopp denne drøftingen som er videreført i diskusjonsdelen og konklusjonen. Min hovedveileder Ragnar Joakimsen har sjenerøst delt sitt EndNote-bibliotek, noe som har vært til stor hjelp i prosessen med å finne gode artikler. En del av materialet er også skannede artikler som ikke er å oppdrive på internettet, delt med meg av biveileder Torsten Risør. Artikler, prosjektplaner og rapporter fra Arbeidsgruppen for nasjonal delprøve i medisin gjenfinnes også ved enkle Google-søk. 2019-rapporten er per nå under arbeid og vil høyst sannsynlig publiseres i løpet av sommeren/høsten 2019. Upubliserte resultater og figurer brukes med tillatelse fra arbeidsgruppas leder, Kristian Bjørø.

6 Bakgrunn

6.1 Opptakten

Allerede i 1918 ble ideen om et universitet i Nord-Norge lansert av Hans A. Meyer. Tanken var da å forsyne regionen med embetsmenn, og selve kongstanken var tidlig forankret i mangel på leger og prester. I sin artikkel i Tidens Tegn i 1918 ble et av hans viktigste argumenter formulert slik:

Det eneste effektive botemiddel er etter min mening at skaffe landsdelen egne høiskoler og universitet, først og fremst det siste. Da vil vi, tror jeg, snart faa nok av dygtige mænd med rot i folket og kjendskap til landsdelen, folk som føler seg hjemme heroppe i Nord-Norge, og finder det selvsagt og naturligt at leve sit liv og øve sit arbejde her. (3, s. 21)

Mangelen på embetsmenn i Nord-Norge var skrikende, og det sto særlig elendig til med legestanden. Historier om den danske Poul Houe som fungerte som lege i Vadsø helt uten medisinsk bakgrunn, og om at Quislings egen livlege ble plukket ut av fengsel for å fungere som distriktslege i det nedbrente nord (3, s. 24) illustrerer denne mangelen så altfor godt.

Dette ble i starten bare med tanken og skriverier, men gjennom de neste tiårene ble effekten av en mager legestand etterhvert nøye dokumentert. En høy spedbarnsdødelighet, høyere forekomst av hjerteinfarkt og lav median levealder gjorde sitt for å illustrere en situasjon som ikke lengre var holdbar (4, s. 36). Harstadmannen Torstein Bertelsen kom etterhvert med banebrytende tall som viste en klar effekt av føde- og studiested på hvor leger etterhvert slår seg ned og har sitt virke (4, s. 34). Leger reiste altså hjem eller slo seg ned i nærheten av studiestedet. Han kalte det lakseeffekten, og det ble med det klart at vi måtte utdanne nordlendinger, i nord, til å bli leger.

Dette gikk selvsagt ikke upåaktet hen i hovedstaden, og det formelig stormet rundt ideen om at det skulle utdannes leger i nord. Historiefortellingen om polemikken som fulgte, er grundig beskrevet i mange verker om universitetets historie. Men det er verdt å merke seg blant annet Ruud-utvalget, som ble startet opp høsten 1963, med mandat fra Kirke- og utdanningskomiteen. Hensikten var «å utrede muligheten for høgere undervisning og forskning i Tromsø». (4, s. 31) På den andre siden av debatten var Brodal-utvalget, dannet av leger og embetsmenn med tilknytning til Bergen, Oslo og Trondheim. Utvalget ble dannet uten mandat og uten kostnadsdekning fra regjeringshold. I Brodal-utvalget undersøktes muligheten for en utvidelse av tilbudet i Oslo og Bergen, samt muligheten for en oppstart av et medisinsk studium i Trondheim. Disse utvalgene var i konstant uenighet, og spenningen var stor.

I Ruud-utvalget satt tidligere nevnte Bertelsen. Bertelsen hadde siden før opprettelsen av de respektive komiteene, hatt en løpende dialog med Erik Waaler, professor i patologi ved Universitetet i Bergen. Denne kontakten, som på den tiden ofte forekom i brev form, fortsatte også parallelt med arbeidet til de to komiteene. Waaler, som i tur ble oppnevnt til Brodal-utvalget, ble etterhvert en torn i øyet for formann Brodal. Waaler gjorde allerede på det første møtet klart at han ville støtte en nærmere utredning av muligheten i Tromsø. «*Man løser ikke Nord-Norges legeproblem ved en ytterligere utbygging i Oslo-området*», skrev Waaler i 1964 (4, s. 64).

I 1965 får Norge en ny, borgerlig regjering. Den nye statsråden i Kirke- og utdanningsdepartementet, Kjell Bondevik tok i trontaledebatten til orde for utbygging i Tromsø:

«Så litt om universiteta. Me veit at det har vore ei sterk utbygging når det gjeld unversiteta, både i Oslo og Bergen men mykje står at. Det er også gjort vedtak om å byggja eit universitet i Trondheim, og det er planar om eit nytt universitet i Tromsø. Her har ein ikkje kome så svært langt, fordi ein ikkje har vilja starta på mykje samtidig, og fordi det står nokså mykje

att å realisera i Oslo og Bergen. Men det er heilt klårt at Nord-Norge så snøgt som berre råd er, må kunna få eit universitet med visse fakultet som skulle liggja rimeleg tilrettes for det...»

«Eg skulle tru for Tromsøs vedkomande ville det vera nokså naturleg først å byggja ut for realfagstudiet og dessutan for medisinske undervisninga».

Internt på Det medisinske fakultetet i Oslo var det selvsagt mye som skulle sies og menes om opprettelsen av et medisinstudium nordpå. De fryktet at det ville bli utdannet annenrangs leger i Tromsø, og at prosjektet slett ikke ville føre til flere leger i regionen. Ja, det ble til og med foreslått at eksamensfesten like gjerne kunne avholdes på sørgående hurtigrute. Da det skulle stemmes over om det burde opprettes et medisinsk fakultet i Tromsø, var det bare én enkelt stemme for. Hånden tilhørte dosent og overlege Peter F. Hjort (3, s. 39).

Høsten 1967 avholdt Universitetet i Oslo sin årsfest i Universitetets aula. På denne tilstelningen var det kutyme at en av dekanene avholdt en forelesning. Det nevnte året tilfalt denne oppgaven medisinerne, og tidligere nevnte dekan Alf Brodal ga oppgaven videre til Hjort. Han holdt foredraget «Tanker om medisinen i fremtidens samfunn», som senere også ble publisert i tidsskriftet (5). En av hovedkonklusjonene i foredraget var som følger:

«Medisinsk undervisning må bygges ut, slik at alle norske leger kan utdannes i Norge.»

Hjort brukte foredraget som talerør for sine meninger og tanker om hvordan blant annet medisinsk utdanning burde foregå. Den politiske kampen om Universitetet i Tromsø foregikk parallelt, og da det ble fattet i vedtak i 1968 om en klinisk medisnutdannelse i Tromsø var mange fagfolk svært skeptiske. I 1968 rekrutterte Bondevik Hjort til å jobbe videre med studiet i Tromsø. Med rekrutteringen av Hjort endret også ambisjonsnivået for det som skulle skapes nordpå seg betraktelig:

«Interimsstyret har derfor kommet til at Universitetet i Tromsø ikke kan bygges opp som en liten kopi av de to andre universitetene i Norge. Det er nødvendig å møte den utfordring som ligger i tiden med en klar vilje til å gå nye veier i Tromsø. Lykkes det, kan dette arbeid også bære frukt sydpå, fordi de erfaringer som vinnes nordpå kan nyttiggjøres ved de eldre universiteter.» (3, s. 27).

Det var ikke lengre snakk om minste motstands vei, eller en ren klinisk medisinstudium, men et fullverdig medisinstudium med ambisjon om å løse problemstillingen: «Hvordan skal vi lage en bedre og mer moderne utdanning for en ny type leger?».

6.2 Utviklingen av studieplanen

Omtrent parallelt med den politiske kampen om medisinstudiet i Tromsø ble Harlemutvalget opprettet i 1967. Utvalgets oppgave var å sette sammen «en rammeplan for integrert medisinsk undervisning uten spesiell referanse til et eventuelt medisinsk fakultet i Nord-Norge» (3, s. 85). Innstillingen kom like etter stortingsvedtaket om opprettelsen av Universitetet i Tromsø, og arbeidet syntes å være gjennomsyret av kontakt med enkelte nøkkelpersoner knyttet til arbeidet i Tromsø.

Harlem-komiteens innstilling blir av mange referert til som selve opphavet til Tromsøs studieplan (6). Her lanseres både organkurs og valgfrie emner, så vel som en nøye formulert tanke om at den medisinske utdanningen skal være en grunnutdanning, og således sette den enkelte lege i stand til livslang læring gjennom videre- og etterutdanning. I den endelige innstillingen går de langt i å differensiere sitt arbeid fra datidens medisinske utdanninger i Oslo og Bergen. Harlem hentet mye inspirasjon fra utlandet, og både Duke University og Harvard University er nevnt i rammeplanen.

«Da utvalgets innstilling på vesentlige punkter bryter med det tradisjonelle undervisningsopplegg i Oslo og Bergen, har man lagt stor vekt på å presentere de målsettinger og studieplaner som etter hvert dominerer i utlandet, både i USA, Europa og utviklingsland. Utvalget legger frem en rammeplan for en medisinsk grunnutdannelse bygd på en utstrakt integrering så vel mellom universitetsutdannelsen og helsetjenesten som mellom studiets forskjellige fagområder.» (6)

Under utviklingen av den nordnorske studieplanen skylte det en antiautoritær bølge over det ganske land, så vel som internasjonalt. Sekstiåttene gjorde opprør på universiteter verden over. Trenden ble etterhvert en overgang fra ren kateterundervisning til «bedside teaching» i Osler's ånd. (3, s. 84). Johns Hopkins University i Baltimore, USA, var allerede på dette tidspunktet en pioner innen medisinsk utdanning, og var blant de første som også hadde kvinnelig studenter på linje med menn. Ved Johns Hopkins ble bedside teaching innført allerede ved oppstarten i 1893 (7). Studentene ble «lærlinger» i operasjonsaler så vel som i poliklinikken, og lærte mens de utførte medisinske prosedyrer på virkelige pasienter.

McMasters i Canada og Maastricht i Nederland ble etterhvert viktige eksempler på «integreert medisinsk undervisning» og et eksempel til etterfølgelse. McMasters og Maastricht hadde langt mer begrensende rammevilkår enn de hadde i Tromsø, og Tromsø hadde derfor en betraktelig større frihet da de med tiden en del av denne nytenkende bølgen. Det ble snakket mye om å se pasienten i et mer «holistisk» perspektiv, og dette hadde også innvirkning her i nord. Basert på disse internasjonale utviklingstrekkene og et nordnorsk nybrottsarbeid ble Medisinsk studieplan formulert, og høsten 1973 begynte de 40 første studentene på studieplanen kalt «Den lille halvørde».

Den lille halvørde var ambisiøs. Ønsket om å integrere biologi, klinikk og et samfunnsmessig perspektiv var tydelig, men også innføring av sosiologi, sosialmedisin og psykiatri ble prioritert. Dette er en floskel som ikke bare er utfordrende for tungebåndene, det viste seg

også vanskelig å gjennomføre i praksis. Planleggingen av timeplanen ble, som det ofte stadig er, en evig kamp om timer og prioriteringer.

Et grep som ble gjort i oppbyggingen av studieplanen var bruken av organkursmodellen. Her integreres basalfag i klinisk undervisning, og vice versa, og er et viktig prinsipp som har blitt stående til den dag i dag. Den valgfrie fordypningsoppgaven har også bestått, likeså har utplasseringen i distrikt og på sykehus i femte studieår (stadium III).

Eksamensformen og studieplanen var, naturlig nok, noe forskjellig fra den vi ser i dag, men flere av grunnprinsippene er de samme. Allerede i starten landet en på et bestått/ikke bestått-system. Dette skjedde selvsagt ikke uten debatt, en debatt som tidvis blusser opp igjen. En har likevel valgt å holde på en bestått/ikke bestått-skala og dermed holdt seg til Peter F. Hjorts mantra:

«Satt på spissen, kan man si at for legen er karakter viktigere enn karakterer» (8)

Eksamenene i Tromsø var store, og studiet var delt inn i 4 ulike stadium, der tre stadier skulle testes med hver sin eksamen. Stadium I ble testet etter første studieår, stadium II etter fire år og stadium IV etter seks år (Figur 1). Opprinnelig var det også en plan om å gi kontinuerlig tilbakemelding til hver enkelt student om deres faglige utvikling. I realiteten kulminerte dette i den såkalte «protokollsaken» hvor en lærer hadde gjort notater om enkeltstudenter i en protokoll, med den hensikt at dette skulle brukes konstruktivt i læringsprosessen. Dette ble oppdaget av studentene, protokollen ble stjålet og siden brent i all offentlighet. Alt gikk med andre ord ikke som planlagt. (3, s. 88).

6.3 Revisjoner

80- og 90-tallet ble i Tromsø i all hovedsak preget av mislykkede revisjonsforsøk. Forsøk på større revisjoner gikk i all hovedsak til grunne fordi ressursbehovet ved implementering ble undervurdert, og revisjonene ble derfor aldri fullt implementert (9). Dette skjedde gang på gang, og førte istedenfor til mindre revisjoner.

Studieplan 2005 (Figur 2) viser at det inntil da ikke var så mye som var forandret fra den opprinnelige planen. Det var mindre og hyppigere eksamener enn opprinnelig, men i det vesentlige bero den på de samme prinsippene. I 2005 ble det nedsatt en ekstern evalueringsgruppe som tok sikte på å evaluere både administrasjonen av studiet så vel som studieplanen i seg selv. Dette arbeidet lå til grunn under revisjonsarbeidet som ledet fram mot dagens studieplan, 2012-studieplanen (Figur 3).

I sin artikkel i 2006 (8) skriver Peter Hjort at «*alt – absolutt alt - er forandret*» siden den første studieplanen ble satt i verk i 1973. Han argumenterer for hvordan både sykdomspanorama og folkesjela har endret seg siden 70-tallet, og konkluderer med at dette har endret forutsetningene for studieplanen fullstendig. Dette var også overveielser som ble tatt med inn i arbeidet med 2012-studieplanen. Arbeidet har vært dynamisk, og små endringer har tilkommet etterhvert som den har blitt satt i verk. Våren 2018 ble de første studentene som har fulgt planen gjennom hele sin utdanning uteksaminert.

7 Resultater

7.1 Eksamen og vurderingsformer

Hensikten med eksamen har tradisjonelt vært å kontrollere studentenes kunnskaper. Dette er nødvendig for å vurdere om en student kan gå videre til neste emne, eventuelt komme ut fra studiet med det kunnskaps- og ferdighetsnivå som forventes. Eksamen er også et verktøy i den pedagogiske prosessen ved at retningslinjene for en kommende eksamen, og innsyn i

tidligere eksamenssett, veileder studentene i deres arbeid. Sist, men ikke minst, er eksamen et ledd i den løpende oppfølgingen av studiekvaliteten. (9)

Eksamensordningen er et sentralt element i studieplanen i Tromsø. På tross av flere revisjoner gjennom årenes løp har ikke eksamens karakter endret seg stort. Det har blitt flere eksamener, og de kommer noe hyppigere, men grunnprinsippene med relativt få og store eksamener består. Avsluttende eksamen består i Tromsø i dag av én skriftlig eksamen og fire kliniske eksamener, to i såkalte «storfag» (kirurgi, medisin eller allmenntilleggsmedisin) og to i «småfag» (f.eks. nevrokirurgi, pediatri, gynekologi/obstetrikk osv.). Vurderingen er en helhetlig vurdering av den samlede innsatsen gjort av en felles eksamenskommissjon.

Et mye omtalt moment i eksamen og vurderingsformer generelt i Tromsø har vært valget av en bestått/ikke bestått-skala. Denne praksisen har vært normen siden oppstarten i 1973 og praktiseres stadig. Temaer rundt valg av karakterskala er en egen diskusjon og vil derfor ikke behandles i denne oppgaven.

Selve formen på eksamen har i stor grad vært preget av kortsvarsoppgaver, men de seneste årene har internasjonale trender påvirket studiet i en retning mot stadig flere flervalgsoppgaver/flervalgsspørsmål (Multiple choice questions, MCQ). Innføringen av flere MCQs har potensiale til å øke antall spørsmål i prøven, samt øke prøvens reliabilitet (10). I 2018 skrev Katrine Wennevold en masteroppgave om eksamen og vurderingsformene ved medisinstudiet i Tromsø (11). Eksamenen på sjetteåret hadde på dette tidspunktet aldri tidligere blitt vurdert, hverken internt eller eksternt. Wennevold peker på at dette ikke handler om en mangel på kunnskap, men at det i all hovedsak handler om en tilbaketrukket kultur og et system som baserer seg på mer på «slik har det alltid blitt gjort» enn evidensbaserte metoder for vurderingsarbeid. Det var for eksempel tidligere en fiksert grense på 60% riktige svar for å bestå den avsluttende skriftlige eksamen, uten at det var mulig å oppdrive en begrunnelse for denne standardsettingen. Denne typen standardsetting ses dog også hos mange andre institusjoner. Det finnes ingen blueprint/rammeverk for hvor

mange oppgaver som skal være med av hvert tema, og «småfag» kan derfor få like stor plass i eksamen som «storfag», uavhengig av hvor mye det har blitt undervist i det aktuelle emnet. Det var også mangel på data over studentenes prestasjoner på eksamen, og det var derfor ikke mulig å gjøre psykometriske analyser for å vurdere hvordan prestasjonene hadde endret seg etter f.eks. innføringen av en større andel MCQ-oppgaver.

Wennevold avdekket i sin oppgave det som beskrives som en mangel på bruk av evidensbasert praksis knyttet til eksamen og vurderingsformer. På grunn av manglende rammeverk for hvordan eksamen skulle bygges opp og hva den skulle inneholde, samt mangel på tallgrunnlag og kvalitetskontroll ble det her ikke funnet bevis for hverken validitet eller reliabilitet, og sjetteårseksamen ble med henblikk på disse parameterne vurdert som svak. Hun går langt i å problematisere strukturene rundt sisteårseksamen, og foreslår selv å avvikle den lokale avsluttende prøven og heller satse på den nasjonale delprøven i medisin som ble pilotert i 2017.

I arbeidet med informasjonsinnhenting gjorde Wennevold også en spørreundersøkelse blant foreleserne for å avdekke deres syn på avsluttende eksamen i Tromsø. I denne spørreundersøkelsen kommer det fram at hele 82% av enten sier seg enig eller svært enig i at UiT presenterer en valid avsluttende eksamen. I oppgaven tolkes dette som en mangel på en klar forståelse av hva som kreves av et godt vurderingssystem. Dette kan imidlertid også tolkes som et uttrykk for intern tiltro til dagens prøve. Dette kan, ved bruk av Michael Kanes argument-based approach (12) ses på som at stakeholders, eller på norsk, interessenter, har høy tillit til vår lokale prøve. Stakeholders er i dette eksemplet forelesningsstaben ved medisinstudiet ved UiT, men dette kan enkelt forstås til å også bety samfunnet som helhet. Den lokale prøven «kalibreres» av allmennpraktikere fra resten av landet, og dette er en bidragende faktor i det som av foreleserne anses som god intern validering. Dette er poeng fra en større teoretisk diskusjon som ikke behandles videre i denne oppgaven, men det er verdt å merke seg at validitetsbegrepet ikke er entydig.

7.2 Rammevilkår for medisinsk grunnutdanning i Norge

Det sentrale temaet i denne oppgaven er krysningspunktet mellom faglig autonomi og behovet for statlig styring og regulering av medisinsk grunnutdanning. I Norge har ikke medisinstudiet nasjonale rammeplaner, slik som for eksempel sykepleier- og lærerutdanningen. Hva er det så som begrenser og ansvarliggjør de norske medisinerutdanningene? Under følger en kort oversikt over gjeldende nasjonale lover og regelverk, samt andre offisielle dokumenter som er retningsbestemmende for medisinerutdanningen.

Helsepersonelloven

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Loven beskriver forventninger til forsvarlig yrkesutøvelse, taushetsplikt, meldeplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt, dokumentasjonsplikt og vilkår for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Autorisasjon gis av Statens helsepersonellnemnd etter godkjenning hos den enkelte utdanningsinstitusjon (13).

Universitets- og høyskoleloven (UH-loven)

Beskriver blant annet universiteter og høyskolars ansvar for å verne om den akademiske friheten, samt ansvaret for å sikre at undervisning og forskning holder et høyt nivå og utøves etter anerkjente vitenskapelige, kunstfaglige, pedagogiske og etiske prinsipper. Det fastsettes også at universiteter og høyskoler ikke kan gis pålegg eller instruksjoner, men dette gjelder ikke fullt ut for den undervisningen som gis. I praksis gjelder en rekke fullmakter for Kongen og departementet. Det er fastsatt at departementet kan gi forskrift om et nasjonal kvalifikasjonsrammeverk, og at det kan fastsette nasjonale rammeplaner for enkelte utdanninger. Fagenes innhold er med andre ord delvis et nasjonalt anliggende, men utdanningsinstitusjonenes autonomi står likevel høyt.

Loven stadfester også krav om at institusjonen ha et tilfredsstillende kvalitetssikringssystem. For å fylle denne rollen ble forvaltningsorganet Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) opprettet i 2002. Formålet med NOKUTs virksomhet er å føre tilsyn med kvaliteten i høyere utdanning og fagskoleutdanning. NOKUT har også ansvaret for godkjenning av utenlandske utdanninger og til å stimulere til kvalitetsutvikling hos de enkelte institusjonene i Norge (25). NOKUT skal også akkreditere institusjoner og studietilbud, samt føre tilsyn (14).

Kvalitetsreform av høyere utdanning (2000-2001)

Kvalitetsreformen av høyere utdanning ble i stor grad basert på arbeidet som Mjøs-utvalget gjorde i årene før, kalt «Frihet med ansvar». Av viktige endringer denne reformen medførte har vi tettere oppfølging av studenter, studiepoeng (ECTS), karakterskala (A-F, bestått/ikke bestått), innføring av bachelor- og mastergrad, desentralisering og resultatstyring. Den enkelte institusjon fikk fullmakt til selv å bestemme den interne organiseringen av institusjonen på alle nivåer, og den faglige autonomien ble styrket. Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) ble opprettet, og fikk ansvar for å vurdere hvilke grader den enkelte utdanningsinstitusjon er kvalifisert til å tildele (15).

Samhandlingsreformen (2008-2009)

Samhandlingsreformen tok sikte på «rett behandling – på rett sted – til rett tid». Dette skulle oppnås ved å flytte ansvaret for behandlingen av innbyggerne til den respektive kommune. Det skulle forebygges mer, behandles tidligere og samhandles bedre om pasientene (16). Disse endringene har ført til et økt behov for kunnskap om forebyggende arbeid og folkehelse hos nyutdannede leger.

Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (2011)

Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR) er en del av oppfølgingen etter at Norge signerte Bologna-avtalen i 1999. Kvalifikasjonsrammeverket forsøker å forene beskrivelsene av læringsutbytte på bachelor-, master- og ph.d-nivå med EUs

kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (EQF) (17). Intensjonen var at alle vitnemål og kompetansebevis utstedt av nasjonale myndigheter i land som er en del av Bologna-avtalen skal ha en klar referanse til EQF-systemet. Dette for å gjøre sammenlikning over landegrenser enklere, og for å øke potensialet for mobilitet av studenter.

Som følge av innføringen av NKR fastsatte alle de norske institusjonene læringsutbyttebeskrivelser for studieplanen sine før 2012. I tråd med NKR har Tromsø opprettet et Kvalitetssystem for utdanningsvirksomheten ved Universitetet i Tromsø (18). Kvalitetssystemet tar sikte på å kvalitetssikre utdanningsaktiviteten ved UiT. Det finnes også et system for skikkethetsvurdering av kandidater.

Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger og RETHOS-prosjektet

I behandlingen av Meld. St 13 (19) kom Stortinget med en rekke bestillinger for å styrke kvaliteten og relevansen i de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. De mente at helse- og velferdstjenestene som ansetter de ferdige kandidatene ikke hadde nok innflytelse på utdanningene, og ved å øke denne innflytelsen var målet å bedre forberede studentene på fremtidige arbeidsoppgaver. Det ble derfor foreslått en rekke endringer for å få en mer dynamisk struktur og en bedre styring av utdanningene.

Formålet med det nye styringssystemet er at utdanningene selv, tjenestene og brukerne får økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene. Det nye styringssystemet består av:

1. Universitets- og høyskoleloven
2. Forskrift for felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene
3. Retningslinjer for hver enkelt utdanning

Forskriften om felles rammeplaner for helse- og sosialfagutdanninger ble fastsatt i 2017, med hjemmel i UH-loven. Forskriften gjelder for universiteter og høyskoler godkjent av NOKUT som tilbyr helse- og sosialfaglige utdannelse.

Forskriften skal, sammen med nasjonale retningslinjer for den enkelte utdanning, definere de nasjonale rammene for helse- og sosialfagutdanningene.

Forskriftens formål er å sikre at utdanningsinstitusjonene tilbyr praksisnære og forskningsbaserte helse- og sosialfagutdanninger med høy faglig kvalitet og relevans.

Forskriften skal sammen med retningslinjene sikre at norske helse- og sosialfagutdanninger kjennetegnes nasjonalt og internasjonalt som kvalitativt gode profesjonsutdanninger i høyere utdanning. Den skal sammen med retningslinjene sikre at utdanningene forholder seg til de standardene og kriteriene som gjelder for helse- og sosialfagutdanninger, nasjonalt og internasjonalt regelverk, gir internasjonale perspektiver og imøtekommer samfunnets nåværende og framtidige behov for kompetanse.

Forskriften skal sammen med retningslinjene sikre at institusjonene legger til rette for helse- og sosialfagutdanninger med helhet og sammenheng mellom fag, emner, teori og praksis samt undervisningsmetoder og vurdering av studentene. (20)

Arbeidet med utvikling av nasjonale faglige retningslinjer er et samarbeidsprosjekt mellom Kunnskapsdepartementet (KD, Arbeids- og sosialdepartementet (ASD), Barne- og familiedepartementet (BFD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), og er organisert som et eget prosjekt under KD. Prosjektet går under navnet RETHOS. Det er oppnevnt programgrupper for hver utdanning som fremmer forslag til retningslinjer. Disse består av representanter fra utdanningene, helse- og velferdstjenester, studentene og aktuelle forskningsmiljøer (21). Fase 1 som gjelder barnevernspedagog-, bioingeniør-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, radiograf-, sosionom-, sykepleier- og vernepleieutdanningen ble vedtatt i mars 2019. Programgruppen for medisinerutdanningen, som er en del av fase 2, behandler per 03.05-19 høringssvar.

7.3 Rammeplaner og rammevilkår i andre europeiske land

7.3.1 Nederland

Nederland har vært medlem av EU siden 1958, og var sammen med Norge blant de første landene i Bologna-prosessen. I 2003 implementerte Nederland bachelorstudier (3 år) og masterstudier (3 år) også i medisinsk grunnutdanning. I Nederland er det Ministry of Education, Culture & Science (OCW) som har ansvaret for utdanningssektoren. På linje med Norge, har også Nederland laget en egen rammeplan som tilsvarer EQF kalt Dutch Higher Education Qualifications Framework. NOKUTs motpol i Nederland kalles The Accreditation Organisation of The Netherlands and Flanders (NVAO) og har ansvaret for å kontrollere kvaliteten på eksisterende og nye studier i Nederland (22).

Den nasjonale rammeplanen for medisinstudier i Nederland kalles «The Blueprint» og har eksistert i en eller annen form siden 1974. Mot midten av 90-tallet kom det en nasjonal rapport i Nederland som etterlyste en felles liste med «final objectives», eller læringsmål, for medisinstudiet. Dette var startskuddet for arbeidet med Blueprint 1994 (23). Arbeidet samlet nøkkelpersoner fra de 8 ulike lærestedene som underviste i medisin for å sammen etablere en enighet om hva som kunne forventes av en nyutdannet lege. Formålet var at Blueprint 1994 skulle være retningsbestemmende for innhold i studiene og minske forskjellene mellom de enkelte universitetene, uten å fjerne den enkelte institusjons ansvar og faglige autonomi (24). Et nasjonalt rammeverk ga mulighet for en tettere oppfølging og kontroll av det medisinske curriculum, men fritok ikke universitetene fra sitt samfunnsansvar for å utdanne dyktige leger.

Blueprint 1994 ble godkjent av alle de 8 universitetene, av The Royal Dutch Medical Association og The Dutch Hospital Association, og ble implementert fra 1994. Intensjonen var i utgangspunktet å revidere The Blueprint hvert femte år. Slik ble det ikke, og første revisjon var først klar i 2001. Under revisjonen støtte man på et særegent problem av en lovmessig karakter. Etter publiseringen av Blueprint 1994 ble deler av rammeplanen nedfelt i lov. De generelle læringsmålene og flere andre deler av rammeplanen ble lovfestet, og det

førte derfor til at hver revisjon også nødvendigvis ville medføre en lovendring.

Medisinstudiet i Nederland, som i Norge, er i tillegg dekket av en hel del generelle lover om blant annet helsepersonell, beskyttelse av tittel og autorisasjon.

Rammeplanen ble sist revidert i 2009 og går nå under navnet «The 2009 Framework for Undergraduate Medical Education in the Netherlands». Her stadfestes det at rammeplanen er en felles plattform for læringsmål i den medisinske grunnutdanningen. Rammeplanen fungerer som en garanti for samfunnet som helhet og pasientene spesielt på at en kandidat som oppnår tittelen M.Sc. i medisin er av en viss faglig kvalitet. Den siste revisjonen har også tatt hensyn til European Directive 2005/36 som stadfester en gjensidig godkjenning av leger i EU/EØS-området, samt beskriver minimumskravene for en medisinsk grunnutdanning (24). Det er også tatt hensyn til The Tuning Project, et initiativ til å etablere et minste felles multiplum for de europeiske medisinutdanningene som behandles i detalj i senere i oppgaven. Det ble da konkludert med at den nederlandske rammeplanen både dekker samtlige punkter nevnt i The Tuning Project, og er mer detaljert enn det som ble presentert der.

Den nederlandske rammeplanen er delt inn i læringsmål for bachelor- og masterstudiet. Da læringsmålene for masterstudiet nødvendigvis vil definere hva som kreves av en nyutdannet lege i Nederland, så er det disse vi skal se nærmere på her. Læringsmålene for masterstudiet deles inn i Target Profile, Competencies og Issues Relating to Illness and Health:

Target Profile

Dette kapitlet tar for seg rollene som en fersk lege skal fylle i begynnelsen av sitt yrkesliv. Disse rollene er adaptert fra den canadiske rammeplanen CanMEDS. I CanMEDS (Figur 4), og i den nederlandske rammeplanen har de knyttet følgende syv roller sammen:

- Medical Expert
- Communicator

- Collaborator
- Manager
- Health Advocate
- Scholar
- Professional

Disse syv rollene danner til sammen det de kaller «Physician's Profile».

Competencies

Kapitlet "Competencies" omhandler hvilken kompetanse som kan forventes av den nyutdannede legen i de syv rollene. Her defineres spesifikke arbeidsoppgaver, og i hvilken grad det forventes at den nyutdannede lege skal kunne løse oppgaven. Det defineres om legen forventes å kunne løse situasjonen i trening/simulering (level III), med konkrete instruksjoner og under nøye veiledning (IV) eller selvstendig, men med mulighet for veiledning ved behov. Eksempler på oppgaver er blant annet opptak av sykehistorie, å vurdere kognitiv funksjon, rådgivning og forskningsarbeid.

Issues Relating to Illness and Health

I det siste kapitlet konkretiseres spesifikke helseutfordringer en møter hos pasienter både i primær- og spesialisthelsetjenesten opp. Dette er en liste som dekker alt fra neseblødning til ansiktsskjevhet. Intensjonen med denne opplistingen av pasientens utfordringer er å sikre seg at den nyutdannede legen har kunnskaper om, nødvendige undersøkelser og videre behandling.

Som et ledd i kvalitetssikring av studiene og medisinstudentene, deltar 6 av de 8 universitetene i Nederland i en progresjonstest. Denne refereres ofte til som «The Dutch Progress Test» (25). Hver tredje måned tar rundt 10 000 medisinstudenter den samme prøven over hele Nederland. Prøven er formativ, og er lik for første og siste år. Formålet er å

måle hvilken progresjon den enkelte student har igjennom studieløpet. Den brukes også av NOKUTs nederlandske søsterorgan til evaluering av den enkelte institusjon. Prøven består av 200 spørsmål og har vist en reliabilitet med et snitt på 0,92. Resultatene fra prøven brukes til å utvikle studieplanen på den enkelte institusjonen, den brukes av studenter for å selvutvikling og den brukes av forskere som jobber med utdanningsforskning.

7.3.2 Sveits

I Sveits ble behovet for en felles kunnskapsplattform erkjent på 90-tallet. Tidligere hadde bare et par paragrafer i sveitsisk lovgivning fra 1877 definert hvordan medisinsk utdanning skulle utøves, og parallelt med at kravene for gjensidig godkjenning og etterhvert også Bologna-prosessen tok form, startet arbeidet med det som senere har blitt kalt «The Catalogue» (26). Den gamle loven fra 1877 beskrev i detalj både eksamen og innhold. Dette ble oppfattet som begrensende og umuliggjorde bruk av nye pedagogiske prinsipper. Fagmiljøene tok derfor initiativ til en lovedring der de ba om en mer generell lovgivning, som ga de enkelte lærestedene en større autonomi. Denne autonomien skulle balanseres med 3 punkter som skulle sørge for en fortsatt tett kontroll av medisnutdanningen:

1. Obligatorisk akkreditering av den enkelte institusjon som driver med medisinsk grunnutdanning
2. Kontroll av produktet, altså den nyutdannede legen, gjennom en nasjonal eksamen som undersøker hvorvidt kandidaten hadde oppnådd de ønskede kvalifikasjoner innen medisinsk kunnskap, kliniske ferdigheter, holdninger og sosiale ferdigheter
3. Etablering av en sveitsisk katalog over læringsutbyttebeskrivelser innenfor kunnskap, profesjonelle holdninger og kliniske ferdigheter. Denne listen skulle forene de fem medisinske fakultetenes curricula.

Den nye loven kalt «The Federal law of June 23 2006: On The Academic Medical Professions» definerer målene for undergraduate, postgraduate og videreutdanning innen universitetsprofesjonene innen helse: Medisin, odontologi, farmasi, kiropraktikk og

veterinærmedisin (27). Lovgivningen er generell og kan på mange måter sammenlignes med den norsk Helsepersonelloven.

Swiss Catalogue of Learning Outcomes (SCLO), eller The Catalogue (26), baserte seg i høy grad på det nederlandske Blueprint. Graden av gjenbruk er så stor at forfatterne av The Catalogue tar seg god tid i forordet til å anerkjenne The Blueprint. SCLO tar også i bruk de såkalte «Profiles» fra CanMEDS. CanMEDS er en canadisk organisasjon som jobber med videreutdanning av leger i Canada. SCLO ble ferdig i 2001, og ble ratifisert av de fem medisinske universitetene i Sveits i 2002.

I 2011 ble den første Federal licencing examination of human medicine (FLE) avholdt i Sveits (28). FLE er svar på punkt nummer to i oversikten over kontrollfunksjoner av medisinerutdanningen. FLE består av en MCQ-eksamen fordelt på 2 dager, som hver består av 4,5 timer og 150 spørsmål, samt en OSCE-eksamen fordelt over 2-4 dager med tilsammen 48 pasientkasus. Prøven har blitt bruk som både et virkemiddel for gjennomgang av de enkelte lærestedenes curriculum, kvalitetssikring av nyutdannede leger, samt som en test for å kvalitetssikre medical graduates som hadde tatt sin utdanning utenfor EU/EØS.

7.3.3 EU, Bologna-prosessen og The Tuning Project

Innenfor den Europeiske Union er det opprettet et fellesmarked med fri flyt av personer, varer, tjenester og kapital på tvers av medlemsstatenes landegrense. Et viktig premiss for fri bevegelse av personer, er prinsippet om gjensidig godkjenning av profesjonell kompetanse. Dette premisset er nedfelt i European Directive 2005/36/EC punkt 3 (29):

The guarantee conferred by this Directive on persons having acquired their professional qualifications in a Member State to have access to the same profession and pursue it in another Member State with the same rights as nationals is without prejudice to compliance by the migrant professional with any non-discriminatory conditions of pursuit which might be

laid down by the latter Member State, provided that these are objectively justified and proportionate.

Samt European Directive 2005/36/EC punkt 21:

Automatic recognition of formal qualifications of doctor with basic training should be without prejudice to the competence of Member States to associate this qualification with professional activities or not. (29)

Dette betyr med andre ord at en person som har kvalifisert seg til tittelen «Medical Doctor» i et av medlemslandene skal kunne praktisere sitt yrke også i et av den andre medlemslandene. Reglene er noe annerledes for spesialistutdanningene, men det blir ikke behandlet noe nærmere her. Et annet viktig moment, felles plattformer/rammeplaner, er beskrevet i punkt 16:

In order to promote the free movement of professionals, while ensuring an adequate level of qualification, various professional associations and organisations or Member States should be able to propose common platforms at European level. This Directive should take account, under certain conditions, in compliance with the competence of Member States to decide the qualifications required for the pursuit of professions in their territory as well as the contents and the organisation of their systems of education and professional training and in compliance with Community law, and in particular Community law on competition, of those initiatives, while promoting, in this context, a more automatic character of recognition under the general system. Professional associations which are in a position to submit common platforms should be representative at national and European level. A common platform is a set of criteria which make it possible to compensate for the widest range of substantial differences which have been identified between the training requirements in at least two thirds of the Member States including all the Member States which regulate that profession. These criteria could, for example, include requirements such as additional training, an

adaptation period under supervised practice, an aptitude test, or a prescribed minimum level of professional practice, or combinations thereof. (26)

Bologna-prosessen er et europeisk initiativ for å heve kvaliteten på høyere utdanning i Europa, fremme konvergens og harmonisering av høyere utdanningssystemer og -strukturer, samt danne et European Higher Education Area innen 2010 (30). Den opprinnelige erklæringen ble underskrevet av 29 land i 1999. Bologna-prosessen hadde fem primære mål:

- Opprette et tre-syklisk utdanningssystem med bachelor-, master- og doktorgrads-nivå
- Enes om rammeplaner som beskriver læringsmål som beskriver læringsutbyttet for hvert nivå og hver disiplin
- Et felles poengsystem for studiepoeng (ECTS)
- Felles format for gradsdokumentasjon
- Utarbeide europeiske standarder for kvalitetssikring av høyere utdanning

Implementeringen av prinsippene fra Bologna-erklæringen har vært et kontroversielt og omdiskutert tema i Europa, med varierende grad av etterlevelse. For medisin har det vært spesielt utfordrende å forholde seg til nivå-inndelingen av studiet, altså inndeling i bachelor- og masterstudier. Dette har vært sterkt kritisert av blant annet The World Federation of Medical Education (WFME) og The Association of Medical Education in Europe (AMEE) (31). Kritikken har blant annet berodd på at dette potensielt kan føre integrerte medisinstudier tilbake til en tid der studiene hadde en klar pre-klinisk/klinisk inndeling (32). Av de mange motargumentene er det spesielt et jeg ønsker å dra frem:

It is essential that we do not see the Process as a top-down bureaucratic one and that there is better communication and consultation than we have seen to date. We need to go beyond a superficial consideration of the Process and its implications to take the discussion to a much needed higher level and to engage in deep collective reflection in which we may be forced to reappraise our current policies and plans. We cannot say the Bologna Process is not

happening – it is reality and no longer a dream. Medicine needs to be a part of it. Medical education can no longer be a matter of an exclusive national concern – the international dimensions must be recognized (32).

Dette banet vei for The Tuning Project for Medicine. The Tuning Project er et prosjekt finansiert av The European Commission for å utvikle beskrivelser av læringsmål/læringsutbytte for ulike grads-utdanninger i Europa (33). The Tuning Project er nært beslektet med Bologna-erklæringen og videre utvikling av denne. Prosjektet startet opp i 2000, og i 2004 ble medisnutdanningens motstykke påbegynt. The Tuning Project (Medicine) ble etterhvert godkjent av The MEDINE Thematic Network for Medical Education in Europe og validert av et ekspertpanel (33).

Arbeidsprosessen til prosjektet gikk ut på å vurdere eksisterende rammeplaner, utvikle et utkast på en felles rammeplan, gjennomgått rammeplanen i en mengde workshops for å få innspill og til slutt en web-basert spørreundersøkelse. Endepunktet er en rammeplan som ligner mye på de vi kjenner fra andre land:

Level 1

Felles læringsutbyttebeskrivelser som samlet sett beskriver den kompetansen som er påkrevd en medical graduate. Eksempler på ferdigheter som skal mestres er konsultasjon med pasient, vurdere kliniske presentasjoner og funn, differensialdiagnostikk, gjøre primærutredning/behandling og eventuelt henvise. Også blant annet førstehjelp og legemiddelforskrivning dekkes av Level 1.

Level 2

Som er en mer inngående beskrivelse av de 12 læringsutbyttebeskrivelsene med mindre og mer konkrete delmål. Eksempler på ferdigheter er å ta opp anamnese, gjøre en fysisk undersøkelse av pasienten, forklare og gi råd til pasienten, vurdere kognitiv status og en

rekke andre praktiske prosedyrer. Level 2 ligner veldig på det som i andre rammeplaner kalles for felles læringsmål.

Level 3: Medical professionalism

Level 3 består av mer generiske endepunkter for høyere utdanning som er felles for hele Tuning Project. Disse inkluderer flere aspekter av profesjonalitet, som begrepet fortolkes i medisinutdanningen. Dette punktet innebærer blant annet ærlighet, et godt etisk kompass, empati og evne til å se sine egne begrensninger.

Disse læringsutbyttene ble gjort gjeldende for masterstudiet i medisin, altså avslutningen av studiet. Det har i senere tid blitt gjort en innsats for også og bli enige om en felles rammeplan for bachelorstudiet i medisin, men dette behandles ikke noe nærmere her.

I etterkant av The Tuning Project (Medicine) har det vært diskutert hvilke konsekvenser en slik felles rammeplan skal få for utdannelsen av leger i Europa. Det finnes metoder for å direkte sammenligne en eksisterende nasjonal rammeplan med en annen, og dette vil være en mulighet for Tuning. Her kan en direkte sammenligne den aktuelle rammeplanen med Tuning og slik kunne fortsette å bruke den eksisterende plan, men åpne muligheten for en ren revisjon (33). Muligheten for å bruke Tuning som formelle krav er tilstede, men beror på mange utfordringer. Det er blant annet foreslått at Tuning, sammen med andre helse-relaterte Tuning-dokumenter, skal inkorporeres i de yrkesrettede EU direktivene for europeiske grader i medisin. Tuning har med andre ord mange muligheter knyttet til seg, og har potensiale til å være med på å kvalitetssikre medisinutdanningene i Europa.

7.4 Nasjonal delprøve

Stortingsmelding 16 (2016-2017) Kultur for kvalitet i høyere utdanning, bedre kjent som Kvalitetsmeldingen (34), ble presentert av kunnskapsministeren i begynnelsen av 2017. Meldingen bygger på en erkjennelse av at kvalitet i høyere utdanning i hovedsak skapes

lokalt og er kulturavhengig, samtidig som tiltak og rammebetingelser fra myndighetene kan legge til rette for lokalt arbeid for kvalitetssikring og -heving. Et av målene for meldingen er at alle studieprogrammene skal ha tydelige læringsmål og en økt grad av fagfellevurdering.

Gode utdanninger har tydelige læringsutbyttebeskrivelser som gjør at undervisere, studenter og omverdenen vet hva studenten skal kunne når de har fullført utdanningen. Fagmiljøene utvikler studieprogram ved å beskrive kunnskapen, ferdighetene og den generelle kompetansen studentene skal ha etter endt utdanning. Læringsutbyttebeskrivelsene gir retning til alt fra emnebeskrivelser og litteratur til undervisnings- og vurderingsformer, innpassing av utenlandsopphold og praksis. (34)

Kvalitetsmeldingen følger opp Kvalitetsreformen for høyere utdanning fra 2001 (15) og i 2012 kom Stortingsmelding 13 (2011-2012) – Utdanning for velferd. Her ble det fremsatt et ønske om å etablere et felles innhold i alle norske helse- og sosialfaglige grunnutdanninger (19). Det har i flere år og gjennom flere separate forsøk blitt forsøkt å enes om felles læringsmål/læringsutbyttebeskrivelser for medisinstudiet i Norge, senest i 2015 (35). Alle disse innsatsene har syntes å gå til grunne, og en slik oversikt finnes ikke per dags dato. I Stortingsmelding 13 står følgende:

Det er en klar forventning til universitetene og høyskolene, enkeltvis og som system, at de utdanner kandidater med kompetanse i tråd med arbeidslivets behov. Den samfunnsmessige betydningen av at helse- og velferdstjenestene får tilført personell med riktig kompetanse, tilsier at det er behov for mekanismer på nasjonalt nivå for å sikre at denne forventningen oppfylles. En viktig forutsetning er at utdanningsinstitusjonene får kjennskap til hvilke krav og forventninger tjenestene har til utdanningene. Samtidig har institusjonene stor frihet til å bestemme fagprofil og innretning av studiene. Godt samspill mellom utdanning og arbeidsliv er derfor nødvendig for å sikre hensiktsmessige kompetansekrav. (19)

Stortingsmelding 13 førte videre til RETHOS-prosjektet som jobber med felles nasjonale retningslinjer i helse- og sosialfagutdanningene. Gruppen som jobber med retningslinjene for medisinstudiet jobber per 03.05-19 jobber med å behandle høringsvar.

I 2014 fikk NOKUT i oppdrag av Kunnskapsdepartementet (KD) å gjennomføre en mulighetsstudie og et pilotprosjekt om nasjonale deksamener i tre profesjonsutdanninger: bachelorgradstudiet i regnskap og revisjon, bachelorgradstudiet i sykepleie og i begge grunnskolelærerutdanningene (36). I 2017 kom rapporten som beskrev at deksamene ga viktig informasjon om studentenes kunnskapsnivå, at de ga fagmiljøene sammenligningsgrunnlag og at det potensielt kunne bidra til en økt tillit til utdanningen. Nasjonal deksamene har siden blitt innført på permanent basis i disse tre studiene.

Norske myndigheter har uttrykt klare ønsker om både økt grad av kvalitetssikring og felles innhold i de norske helse- og sosialfaglige grunnutdanningene over lengre tid. Det er fattet flere politiske vedtak, og mange føringer har blitt lagt. Politiske vedtak er som kjent både gjenstand for forhandling og forandring ettersom den politiske makten flyttes mellom de ulike partiene, men trenden beveger seg helt tydelig mot en økt statlig og politisk styring av utdanningssektoren. Så har de medisinske fagmiljøene vist evne og vilje til å bidra? Allerede i 2014 henvendte dekanene ved de medisinske fakultetene seg til NOKUT med ønske om å delta i pilotprosjektet for nasjonale deksamener. Grunnet manglende rammeplan og felles læringsmål, ønsket ikke NOKUT å ha med medisinutdanningen i piloten. Samme år bestilte dekanene en utredning av nasjonal prøve i medisin, og våren 2015 ble prosjektet Nasjonal delprøve i medisin etablert. Prosjektet er et samarbeid mellom de fire medisinske fakultetene ved Universitetet i Oslo (UiO), Universitetet i Bergen (UiB), Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT) og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Prosjektet fikk i oppgave å utvikle en felles nasjonal eksamen og rammer for denne, samt utføre en pilot. Delprøven skulle gis i siste semester på sjette studieår, skulle være skriftlig digital og teste klinisk resonnement bygget på læringsmål i studieplanen på de fire lærestedene. I 2016 ble det lovfestet at myndighetene kunne pålegge universiteter og høyskoler å avholde nasjonale deksamener i enkelte fag og emner (14). Hvis de selv skulle

ha eierskap og kontroll over prøve og hva som skulle testes, så begynte nå å haste for fagmiljøene.

Prosjektgruppa besto av fire administrative og 4 vitenskapelige representanter, samt studentrepresentanter fra UiT og UiB. Fra 2017 ble det også oppnevnt studentrepresentanter fra UiO og NTNU. Prosjektet har sekretariat i Oslo og prosjektleder for gruppa var Jan Frich inntil 2018 da Kristian Bjørø, også fra UiO, tok over. Oppgavene som ble produsert ble lagt inn i database ved NTNU. I startfasen ble det gjort en utredning for å undersøke hvor stort samsvar det var mellom de ulike læringsinstitusjonenes læringsmål/læringsutbyttebeskrivelser. Det ble funnet en ulik grad av detaljnivå på mange punkter, og dette vanskeliggjorde den direkte koblingen mellom læringsmålene og den enkelte oppgave i prøven. Ut fra dette ble det tatt en avgjørelse på at det var urealistisk å skulle lage felles læringsmål innenfor den gitte tidsrammen, men at det likevel var grunnlag for å jobbe videre mot en delprøve i klinisk resonnement. Med denne erkjennelsen i bunn ble man enig om at det stilte høyere krav til lokal forankring av oppgavene i de lokale fagmiljøene, og fagkomitéene ble derfor opprettet på det premiss at de i utgangspunktet burde inneholde en fagperson fra hvert lærested.

Ved piloten i 2017 ble første delprøven begrenset til fagområdene kardiologi/thoraxkirurgi, gastroenterologi/gastrokirurgi og nefrologi/urologi. Intensjonen var da en gradvis oppskalering til en fullverdig prøve som dekker hele pensum. Ved første pilot var oppgavesettet fordelt på 75% multiple choice questions (MCQ, single best answer) og 25% sekvensielle oppgaver med til sammen 120 spørsmål fordelt på en 4 timers prøve. I sekvensielle oppgaver følges for eksempel en pasient gjennom flere trinn i et sykdomsforløp/behandling, og har blitt brukt en del ved UiO (37). Dette oppgaveformat har man i ettertid gått helt bort fra, og prøven er nå i rent MCQ-format (38).

Et viktig, og nøye debattert punkt, ble hvordan oppgavene skulle utarbeides og kvalitetssikres. Viktigheten av både eierskap til materiale, at spørsmålene ikke ble for

spesialiserte eller «sære» og klinisk relevans for en nyutdannet lege var alle momenter av stor viktighet for gruppa. En ble etterhvert enig om en modell der fagkomitéer bestående av fagpersoner fra de ulike miljøene i fellesskap utarbeidet oppgavene, før de siden ble fagfellevurdert av en spesialist i samme fag utenfor gruppen. Oppgavene ble også sendt til vurdering av klinisk relevans hos en LIS1 og en allmennpraktiker. (Figur 5)

24. mars 2017 ble den første delprøven gjennomført ved de fire medisinske fakultetene. Delprøven var på dette tidspunkt i sin første pilot, og skulle i utgangspunktet være en obligatorisk aktivitet/arbeidskrav. Dette var ikke mulig å gjennomføre på alle studiestedene av ulike årsaker, men oppmøte var likevel som følger: UiO: 94%, UiB: 80%, UiT: 88 % og NTNU: 73%. Delprøven ble sensurert av arbeidsgruppa, samt ledere av fagkomitéene. Også studentene i arbeidsgruppa deltok i sensurarbeidet. Det ble i forkant utarbeidet et psykometrinotat og innhentet tilbakemeldinger fra studentene. Studentene fikk her muligheten til å gi konstruktiv kritikk, refs og ros av oppgavene i oppgavesettet. Tilbakemeldingen ble sammen med psykometrinotatet brukt i sensurarbeidet, som ledet til at enkelte oppgaver ble strøket, noen oppgaver modifiserte og andre fikk mer enn et rett svar. Hver enkelt student fikk tilbakemelding i et såkalt «spider-diagram» (Figur 6) og den totale fordelingen på de ulike institusjonene er summert opp i Figur 7. Resultatene er sammenfattet i figur 7.

Etter piloten i 2017 ble det besluttet å videreføre prosjektet med oppskalering mot en fullverdig prøve (37). Det ble gjennomført en ny pilot med tillegg av fagområder i 2018 (39), og den første fullskala pilot ble gjennomført 29. mars 2019 (38). Resultatene fra årets prøve viderefører trenden fra tidligere år: Relativt jevne resultater når en sammenligner fakultetene, og en snittscore som stort sett ligger rundt 70%. UiO har siden 2018 brukt nasjonal delprøve som en del av sin avsluttende eksamen på siste semester (modul 8) og den brukes også som en del av det testbatteriet kandidater fra utenfor EU/EØS-området må igjennom for å godkjennes som lege i Norge. Fakultetene jobber nå mot det som potensielt kan bli en felles avsluttende skriftlig eksamen i 2021. Prøven vil graderes som bestått/ikke-bestått (40). I etterkant av nasjonal delprøve 2019 ble det sendt ut en spørreundersøkelse til

alle som tok årets prøve. Tilbakemeldingene er i hovedsak gode, og kanskje de mest interessante resultatene er at 97% av de som svarte på spørreundersøkelsen ønsket at en skulle fortsette med nasjonal delprøve. 88% mente at en også burde arbeide for en felles skriftlig nasjonal avsluttende eksamen i medisinstudiet (40).

8 Diskusjon

Medisinstudiet i Tromsø blir av mange, og kanskje spesielt av seg selv, oppfattet som «annerledes-studiet». I et konservativt system, med en iboende treghet, var oppstarten av et nytt medisinstudium på mange måter et symptom på endringstrang. Denne endringstrangen førte med seg en vilje hos de vi i senere tid refererer til som «pionerne» til å være nytenkende, og å skape et nytt studium basert på datidens internasjonale trender. Mange av de viktigste og mest fremtredende prinsippene består i dagens studieplan.

I Norge har vi ingen helhetlig rammeplan for medisinstudiet. Det finnes en rekke reformer og stortingsmeldinger som sier noe om samfunnets forventninger til sluttproduktet av våre nasjonale medisinstudier, og det er nedfelt generelle prinsipper vedrørende systemfaktorer og pedagogikk. Grunnutdanningen i medisin forholder seg også til lovverk, gjennom Helsepersonelloven og UH-loven. Så hva skal en da med rammeplaner? En rammeplan gir mulighet for standardsetting og kvalitetssikring av de enkelte studieplanene. Den vil også kunne være et kvalitetssikringsledd i utdanningen av den enkelte kandidat, og vil kunne være med på å sikre et felles læringsutbytte ved endt studium. Dette gir en forutsigbarhet, ikke bare for fremtidige arbeidsgiver nasjonalt og internasjonalt, men for den enkelte pasient.

Og nettopp hensynet til pasientene og samfunnet som en helhet, er et sentralt moment. Det koster samfunnet mellom 1,5 og 2 millioner å utdanne en lege i det norske systemet (41). Dette gjør utdanningen av leger til en stor kostand for samfunnet. Legens rolle i samfunnet etter endt studium beror på tilliten gitt av samfunnet, og det er derfor rimelig å si at en slik

makt også medfører et stort ansvar for sluttproduktet. Dagens rammer sier noe om hva sluttresultatet av utdanningen skal være, og hvem som skal stå for den, men svært lite om de faglige rammene for hva som skal undervises og hvilken kunnskap og ferdigheter som kan forventes av en nyutdannet lege i Norge.

I dagens stadig mer internasjonalserte samfunn øker kravene til hva en grunnutdanning bør inneholde. Den må forberede kandidaten på dagens helsevesen og dagens utfordringer, så vel som på framtidens. I EU/EØS-området er det stort sett fri flyt av leger over grensene, også mellom land med ulik grad av toppstyring gjennom rammeplaner. Ser vi for eksempel til Nederland finnes her en veldig konkret rammeplan, som både inneholder pedagogiske rammer og faglige læringsmål. Et godt eksempel på hvor annerledes innstillingen til rammeplaner er i Nederland, er at rammeplanen er lovfestet. Her må med andre ord loven endres hver gang fagmiljøene finner det for godt å revidere rammeplanen.

Også i Nederland gjøres det prosjekter på nasjonal testing, men her gjenstår det litt før alle deltar. Dette er en formativ prøve som tas hver tredje måned, og som produserer enorme mengder data til bruk av vurdering av kandidatene, institusjonene og de lokale studieplanene. Det øker også muligheten for kvalitetssikring av at studieplanen og for vurdering av det enkelte studiested. Dette kan på mange måter minne om de nasjonale prøvene i grunnskolen i Norge. Disse brukes i all hovedsak til å avdekke «outliers», altså de som trenger mer hjelp og de som har behov for større utfordringer, samt som en tilbakemeldingskanal for den enkelte skole, klasse og lærer.

Så hvilke utfordringer byr en eventuell nasjonal rammeplan på? Mange kritikere av en toppstyring av medisinutdanningene viser til at dette vil kunne gå på bekostning av den akademiske friheten og autonomien til den enkelte institusjon. Med en nasjonal rammeplan kan potensielt egenarten til de ulike institusjonene måtte unngjelde, og med tydelig definerte endepunkter for medisinutdanningen kan en oppleve at alt som ikke testes nedprioriteres. Sveits har et lovverk som ligner det vi har i Norge. Tidligere hadde Sveits

rigide lover som var svært konkrete på både innhold og eksamen, noe som ble kritisert for å være mer begrensende enn det var styrende. Fagmiljøene i Sveits kom derfor selv med et forslag til lovendring som økte den akademiske friheten og den enkelte institusjonens autonomi, men som samtidig ga myndighetene økt mulighet for kvalitetssikring og kontroll. Både akkrediteringsmulighetene, som ligner på den vi ser i Norge med NOKUT, og den nasjonale avsluttende eksamen er viktige eksempler på en økt styring og kvalitetssikring fra myndighetshold.

Den avsluttende nasjonale eksamenen i Sveits er både et ledd i kvalitetssikringen av kandidatene, så vel som en mulighet for å kvalitetssikre de enkelte institusjonene og forene de ulike medisinske pensum. En av de store styrkene til en slik eksamen er at den ikke har utspring fra de enkelte, lokale fagmiljøene, men fra samlede, nasjonale fagmiljø. I Sveits har fem institusjoner som utdanner leger evnet å bli enig om en komplett liste med ferdigheter og læringsmål for hva en fersk lege skal beherske. Sveits er et klart eksempel på at en kan ha økt toppstyring uten rammeplan, men med læringsmål og nasjonal eksamen. Slik mener de å ha forent ønsket om akademisk frihet med kvalitetssikring av sluttproduktet og studieplanene.

Mangel på rammeplaner utgjør en stor utfordring for NOKUT, som har en lovfestet plikt til å kvalitetssikre studiene i Norge. Manglende rammeplaner var også argumentet mot at medisinstudiet ble med i NOKUTs pilotprosjekt om nasjonale deleksamener i 2014. Dette førte i etterkant til at fagmiljøene selv tok opp stafettpinnen i 2015 og organiserte prosjektet rundt nasjonal delprøve i medisin. Det hadde lenge vært utfordringer med å skape enighet om felles læringsmål eller liste over læringsutbyttebeskrivelser, men i arbeidet med prosjektet ble man likevel enig i at likhetene var flere enn motsetningene. Nasjonal delprøve er således en indikasjon på at fagmiljøene imøtekommer myndighetene i spørsmål rundt kvalitetssikring og samordning. At dette skjer gjennom et frivillig samarbeid på tvers av institusjoner er i seg selv et motargument mot statlig detaljstyring gjennom detaljerte rammeplaner.

En nasjonal delprøve, eller kanskje i fremtiden, en nasjonal deleksamen, har mange fordeler. For den enkelte institusjon vil det være en stor gevinst i at det med tiden vil føre til mindre arbeid med eksamensoppgaver. Alle institusjonene samarbeider om oppgavene og, om noen år, vil en kunne gjenbruke allerede kvalitetssikrede oppgaver. Institusjonene får også mulighet til å sammenligne seg med hverandre, og slik kunne avdekke svakheter og styrker med egen studieplan. Dette vil kunne medføre økt selvransakelse og potensielt gi mergevinst i det lokale kvalitetssikringsarbeidet. For den enkelte student er det en stor sikkerhet i at oppgavene er kvalitetssikret i så mange ledd, og at det er en enighet mellom forelesere og fagpersoner fra flere institusjoner om relevansen i det som testes. Dette vil høyst sannsynlig føre til at en tester de mest sentrale delene av pensum, og reduserer sjansen for at svært spesialiserte oppgaver havner i prøven. Nasjonal delprøve har også et eget blueprint/rammeverk (figur 8), noe som gjør at det er forutsigbart hvor mye som testes fra hvert fagområde, og som sikrer at en tester mest i det vanligste, uten å glemme de mindre grenspesialitetene. Sammenlignet med en nasjonal rammeplan er systemet rundt nasjonal delprøve mindre rigid, og åpner for en større grad av individuell tilpasning hos de enkelte institusjonene, samt en dynamisk utvikling av prøven.

For samfunnet vil en slik nasjonal eksamen føre til en enda høyere sikkerhet forbundet med leger utdannet i Norge. En nasjonal enighet om hvilken teoretisk kunnskap en nyutdannet lege skal ha vil føre til økt forutsigbarhet og være en mekanisme i opprettholdelsen den tilliten det norske samfunnet allerede har til helsevesenet. En viktig bieffekt er at den potensielt også kan brukes til å teste leger fra områder utenfor EU/EØS-området. Dette vil føre med seg en merverdi i at en kan teste leger som innvandrer til Norge på linje med leger utdannet i Norge, og dermed kunne nyttiggjøre seg av disse i helsevesenet tidligere. Dette er en gruppe som ofte må ta flere studieår eller hele studier om igjen etter ankomst til Norge på grunn av mangel på gjensidig godkjenning.

Norge er et land med en iboende skepsis til testing, og dette er noe en også ser i medisinstudiet. Ved oppstarten av pilotprosjektet Nasjonal delprøve i medisin var det mange kritiske røster som mente at dette ville føre til at det bare ble utdannet én type leger i Norge. Frykten for at alle skulle passe i den samme formen, og for tap av egenart på de ulike studiestedene er nok berettiget, og med de trendene med økt byråkratisering og politisering av høyere utdanning som vi har sett de siste 20 årene er den også forståelig. Å bevege seg mot et system likt det vi ser i Nederland med en rigid toppstyring vil sannsynligvis ikke være riktig for våre norske forhold, og derfor synes en nasjonal deleksamen som ligner mer på systemet i Sveits som en gylden middelvei. En felles skriftlig avsluttende deleksamen med nasjonal sensur fra en felles sensurkomité, som kommer i tillegg til de eksisterende lokale muntlige variantene, vil kunne sikre et minste felles multiplum samtidig som en vil bevare de enkelte institusjonenes egenart og autonomi. Det vil fremdeles være de enkelte studiestedene som velger hvem som er kvalifisert for autorisasjon.

For medisinstudiet i Tromsø har kanskje en nasjonal delprøve en ekstra gevinst. Som Wennevold påpeker i sin masteroppgave, så kvalitetssikres ikke avsluttende eksamen i Tromsø på en evidensbasert måte. Det mangler fornuftige standardsettinger, psykometri og blueprint/rammeverk. Selve gjennomføringen og valg av vurderingsmetoder står heller ikke i stil til ambisjonene om å utdanne leger på en kvalitetssikret og trygg måte. Utfordringene med en endring av eksamensordningen er mange, og kanskje ville det være både hensiktsmessig og fornuftig å legge om til at nasjonal delprøve blir brukt som avsluttende skriftlig eksamen også i Tromsø. En slik løsning er betryggende og rettferdig for studentene, den er ressursbesparende og kvalitetshevende for institusjonen, den fremmer samarbeid mellom landets fakulteter og den kan være med på å løfte norsk medisinsk grunnutdanning internasjonale omdømme.

9 Konklusjon

De siste 20 årene har det kommet gjentatte signaler fra myndighetene om et økt behov for kvalitetssikring i høyere utdanning. De ulike universitetene har alle gjennomført revisjoner

av sine respektive studieplaner, og har gått sammen om prosjektet for å utvikle en nasjonal delprøve. Dette prosjektet bygger på internasjonale trender der en felles testplattform fungerer som kvalitetssikring av de ulike studieplanene, en forening de ulike lokale medisinske studieplanene og en kvalitetssikring av kandidatene. Internasjonalt har disse prøvene stort sett vært knyttet til felles læringsutbyttebeskrivelser/læringsmål. Norsk medisinstudentforening (Nmf) har siden starten av arbeidet med nasjonal delprøve vært forbeholdent positive (42). De har gått inn for å anbefale at en arbeider videre mot en nasjonal eksamen.

På tross av manglende læringsmål viser de tre gjennomførte nasjonale delprøvene at de norske medisinstudentene har det samme nivået av kunnskap og forholdsvis likt læringsutbytte. Kanskje har dette arbeidet ført partene nærmere, og kanskje vil dette på sikt kunne føre til en enighet om hva som kreves av en kandidat ved endt grunnutdanning. Muligheten for å benytte den nasjonale delprøven som en felles avsluttende skriftligeksamen er i iallfall tilstede.

Avsluttende eksamen i Tromsø har et tynt dokumentasjonsgrunnlag for kvalitet og å ta steget videre fra å arrangere eksamen til å bruke nasjonal delprøve som avsluttende skriftlig eksamen i kombinasjon med lokal muntlig eksamen synes å være en formålstjenlig løsning. Dette vil på sikt være både tidsbesparende og føre til et potensielt kvalitetsløft i oppgaveskriving som kan komme hele grunnutdanningen til gode. Med den friheten manglende rammeplaner gir, er representasjon i arbeidsgruppene som produserer eksamensoppgaver essensielt for å sikre lokal forankring av prøven. Hvis en velger en slik løsning så har hver enkelt foreleser og fakultetet et ansvar for at nettopp dette prioriteres.

«I frihet og – og under ansvar! Under ansvar også? – Det er – forvandling i dette her!» (2).

10 Litteratur og referanser

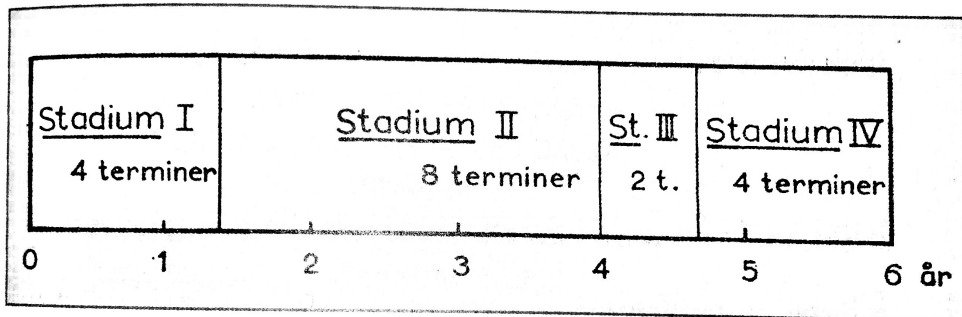
1. Eksamensforskriften ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, Dato hentet 19.05.19. Tilgjengelig fra:
https://uit.no/utdanning/art?p_document_id=347697&dim=179018
2. Ibsen, H. Fruen fra havet. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag: 2005 (første utgave 1888)
3. Gamnes, J. & Rasmussen, K. Fra fagområdet medisin til det Helsevitenskapelige fakultet: Det medisinske fakultets historie, Universitetet i Tromsø. Stamsund: Orkana forlag AS: 2013
4. Bertelsen, T. I. Kampen for et medisinsk fakultet i Tromsø. Bergen: Eget forlag, 1991
5. Tanker om medisinen i fremtidens samfunn, Hjort, P. F., Tidsskrift for Den Norske Legeforening, nr. 20, 1967
6. Harlem, O. K., Om Medisinsk Studieplan, 1968
7. NIH U.S. National Library of Medicine; Dato hentet 19.03.19. Tilgjengelig fra:
<https://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/GF/p-nid/363>
8. Hjort, P. F. Ny virkelighet og nye rammevilkår for medisinerutdanningen i Tromsø, Universitetet i Tromsø, 2006
9. Medisinsk studieplan Universitetet i Tromsø. Innstilling fra Prosjektgruppen for revisjon av medisinstudiet ved Det helsevitenskapelige fakultet, Dato hentet 23.03.19. Tilgjengelig fra:
<http://docplayer.me/5388073-Medisinsk-studieplan-universitetet-i-tromso-innstilling-fra-prosjektgruppen-for-revisjon-av-medisinstudiet-ved-det-helsevitenskapelige-fakultet.html>
10. Schuwirth, L. W., & Van Der Vleuten, C. P., Different written assessment methods: what can be said about their strengths and weaknesses? Medical Education, 2004, 38(9), 974-979.
11. Wennevold, K., Evaluation of the year six written exam and teachers' assesment conceptions at the Medical school at the University of Tromso, Norway, [masteroppgave], Scotland: University of Dundee; 2018.
12. Kane, M., Validating High-Stakes Testing Programs, Educational Measurement Issues and Practice 21(1), 2002

13. Helsepersonelloven, 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr 64.
14. Universitets- og høyskoleloven, Lov om universiteter og høyskoler m.v. av 2005-04-01 nr.15
15. Meld. St. 27 (2000-2001). Kvalitetsreformen for høyere utdanning Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet; 2001
16. Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2009
17. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring, Kunnskapsdepartementet, 2011. Dato hentet 24.03.19. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/kompetanse/nkr2011mvedlegg.pdf>
18. Kvalitetssystem for utdanningsvirksomheten ved Universitetet i Tromsø, Universitetet i Tromsø, 2009. Dato hentet: 27.03.19. Tilgjengelig fra:
<https://uit.no/utdanning/kvalitetssystem>
19. Meld. St. 13 (2011-2012). Utdanning for velferd. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2012
20. Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger av 2017, FOR-2017-09-06-1353
21. Utvikling av nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene, Hentet dato: 20.05.19. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/organisering/id2569503/>
22. Education system The Netherlands, Nuffic, 2nd edition, January 2011, version 5, 2018. Dato hentet 29.03.19. Tilgjengelig fra: <https://www.nuffic.nl/documents/459/education-system-the-netherlands.pdf>
23. Metz, J.C.M., Verbeek-Weel, A.M.M. & Huisjes, H.J., Blueprint 2001: Training of doctors in The Netherlands. Hentet dato 03.04.19. Tilgjengelig fra:
http://www.medidak.de/de/didaktik/tbl/Dutch_blueprint.pdf

24. van Herwaarden, C. L. A, Laan, R. F. J. M. & Leunissen, R. R. M., The 2009 Framework for Undergraduate Medical Education in the Netherlands. *GMS Med Ausbild.* 2010; 7(2)
25. Tio, R. A, Schutte, B., Meiboom, A. A., Greidanus, J., Dubois, E. A. & Bremers, A. J. A., The progress test of medicine: the Dutch experience. *Perspect Med Educ.* 2016;5
26. SCLO. Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training; 2008. Hentet dato 23.03.19. Tilgjengelig fra: http://sclo.smifk.ch/downloads/sclo_2008.pdf
27. Federal Law of 23 June 2006 On The Academic Medical Professions. Hentet dato: 04.04.19. Tilgjengelig fra: <https://www.global-regulation.com/translation/switzerland/2975942/rs-811.11-federal-law-of-23-june-2006-on-the-academic-medical-professions-%2528law-on-medical-professions%252c-medical%2529.html>
28. Guttormsen, S., Beyelera, C., Bonvinb, R., Feller, S., Schirloc, C., Schnabela, K., Schurtera, T. & Berendonka, C., The new licencing examination for human medicine: from concept to implementation. *Swiss Med Wkly.* 2013;143;w13897
29. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. Hentet dato: 06.04.19. Tilgjengelig fra: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32005L0036>
30. Cumming, A., The Bologna process, medical education and integrated learning, *Medical Teacher*, 2010;32:4, 316-318
31. World Federation for Medical Education and the Association for Medical Education in Europe (in consultation with the Association of Medical Schools in Europe and the World Health Organisation (Europe), WFME/AMEE statement on the Bologna process and Medical Education, 2005. Hentet dato: 17.01.19. Tilgjengelig fra: http://www.aic.lv/ace/ace_disk/Bologna/contrib/Statem_oth/WFME-AMEE.pdf
32. Patrício, M. & Harden, R. M., The Bologna Process – A global vision for the future of medical education, *Medical Teacher*, 2010, 32:4, 305-315
33. Cumming, A. & Ross, M., The Tuning Project for Medicine – learning outcomes for undergraduate medical education in Europe, *Medical Teacher*, 2007, 29:7, 636-641

34. Meld. St. 16 (2016-2017). Kultur for kvalitet i høyere utdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2017
35. Medisinsk grunnutdanning – hvordan har universitetene forholdt seg til signaler om nye kompetansekrav? Frich, J., 2016, Uniped, 04/16:39
36. Nasjonal deleksamen – et pilotprosjekt og en mulighetsstudie, Tokstad, K & Hamberg, S., 2017, Hentet dato: 18.03.19. Tilgjengelig fra:
[https://www.nokut.no/globalassets/nokut/rapporter/nasjonal-deleksamen7/nasjonal deleksamen et pilotprosjekt og en mulighetsstudie 2017.pdf](https://www.nokut.no/globalassets/nokut/rapporter/nasjonal-deleksamen7/nasjonal_deleksamen_et_pilotprosjekt_og_en_mulighetsstudie_2017.pdf)
37. Nasjonal delprøve i medisinstudiet, gjennomføring av piloten mars 2017, Arbeidsgruppen for nasjonal delprøve i medisin, 2017. Hentet dato: 18.01.19. Tilgjengelig fra
[https://www.med.uio.no/om/prosjekter/nasjonal-delprove-medisin/prosjektdokument/nasjonal delprove rapport utd mote 1910151.0.pdf](https://www.med.uio.no/om/prosjekter/nasjonal-delprove-medisin/prosjektdokument/nasjonal_delprove_rapport_utt_mote_1910151.0.pdf)
38. En felles prøve for alle legestudenter i Norge, Frich, J. C., Andersen, S. K., Bærheim, A., Ellingsen, Johanson, G. A. S., Lockert, O., Schirmer, H., Slørdahl, T. S., Tidsskriftet Den Norske Legeforening, 2017, utgave 17
39. Nasjonal delprøve i medisinstudiet – gjennomføring av piloten april 2018, Rapport fra Arbeidsgruppen, Arbeidsgruppen for Nasjonal delprøve i medisin, 2018, Hentet dato: 17.03.19. Tilgjengelig fra: https://www.med.uio.no/om/prosjekter/nasjonal-delprove-medisin/prosjektdokument/rapport_nasjonal-delprove-2018.pdf
40. *Under publisering*: Nasjonal delprøve i medisinstudiet – gjennomføring av piloten april 2019, Rapport fra Arbeidsgruppen, Arbeidsgruppen for Nasjonal delprøve i medisin. Brukes etter tillatelse fra Kristian Bjørø.
41. Sundar, T., Høy pris å betale for fremtidig legeoverskudd, Tidsskriftet Den Norske Legeforening, 2001, 25:121.
42. Ulsaker, H., Ja til nasjonal medisineksamen, Tidsskriftet Den Norske Legeforening, 2018, utgave 12

11 Tabeller og figurer



Den første skissen til studieplan, fra «Den lille halvørde».

Figur 1: Første skisse til studieplanen fra «Den lille halvørde», Kilde: Gamnes, J.& Rasmussen, K. Fra fagområdet medisin til det Helsevitenskapelige fakultet: Det medisinske fakultets historie

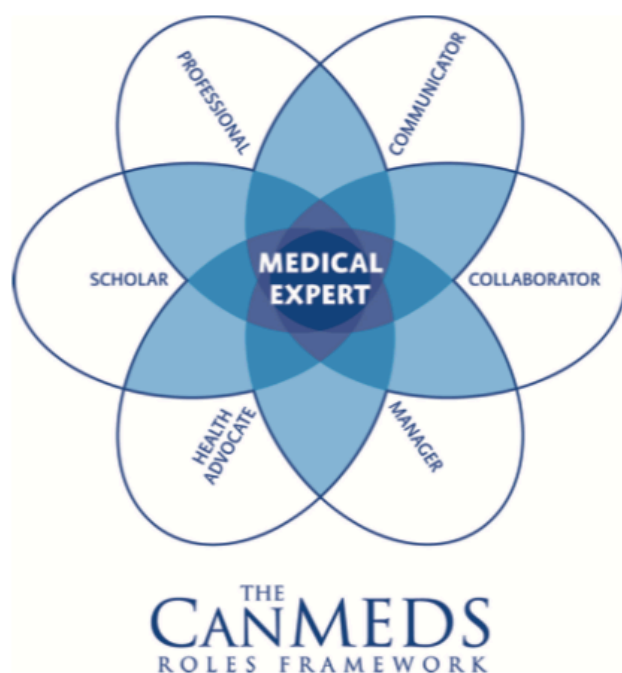
22.06.2005

Profesjonsstudiet medisin - studieforløp

1. År		2. År	
Host	Vår	Host	Vår
Examen Philosophicum	Biokjemi	EKSAMEN MED 100	EKSAMEN MED 200
Kjemi	Cellebiologi	Kurs 1 Introduksjon biomedisin (4)	Kurs 6 Hud (4)
Førstehjelp	Histologi	Kurs 2 Samfunnsmedisin del (4)	Kurs 5 CNS (9)
Samfunn og sykdom m/utplassering hos primærlege	Embryologi	Kurs 3 - Samfunnsmedisin del (4)	Valgfri (4)
Biokjemi	Med. Genetikk	Kurs 4 - Øye - ØNH (1)	
	Fysiologi	Kurs 4 - Øye - ØNH (1)	
		De egneteseminarer (9)	
		Kurs 5 - Samfunnsmedisin del (4)	
		Kurs 6 - Samfunnsmedisin del (4)	
		Kurs 7 - Samfunnsmedisin del (4)	
		Kurs 8 - Samfunnsmedisin del (4)	
		Kurs 9 - Samfunnsmedisin del (4)	
		Kurs 10 - Samfunnsmedisin del (4)	
		Kurs 11 - Samfunnsmedisin del (4)	
		Kurs 12 - Samfunnsmedisin del (4)	
		Kurs 13 - Nyre utnevet (7)	
		Kurs 14 - Gyn/obst (5,5)	
		Kurs 15 - Livsløp (8)	
		Kurs 16 - Samfunnsmedisin del (7)	
		Valgfri periode (4)	
		Kurs 17 Psykiatri (7)	
		Kurs 18 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 19 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 20 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 21 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 22 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 23 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 24 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 25 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 26 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 27 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 28 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 29 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 30 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 31 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 32 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 33 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 34 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 35 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 36 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 37 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 38 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 39 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 40 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 41 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 42 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 43 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 44 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 45 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 46 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 47 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 48 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 49 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 50 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 51 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 52 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 53 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 54 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 55 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 56 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 57 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 58 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 59 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 60 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 61 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 62 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 63 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 64 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 65 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 66 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 67 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 68 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 69 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 70 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 71 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 72 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 73 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 74 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 75 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 76 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 77 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 78 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 79 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 80 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 81 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 82 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 83 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 84 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 85 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 86 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 87 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 88 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 89 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 90 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 91 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 92 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 93 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 94 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 95 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 96 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 97 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 98 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 99 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 100 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 101 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 102 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 103 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 104 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 105 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 106 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 107 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 108 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 109 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 110 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 111 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 112 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 113 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 114 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 115 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 116 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 117 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 118 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 119 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 120 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 121 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 122 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 123 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 124 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 125 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 126 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 127 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 128 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 129 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 130 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 131 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 132 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 133 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 134 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 135 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 136 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 137 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 138 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 139 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 140 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 141 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 142 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 143 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 144 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 145 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 146 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 147 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 148 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 149 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 150 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 151 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 152 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 153 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 154 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 155 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 156 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 157 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 158 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 159 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 160 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 161 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 162 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 163 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 164 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 165 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 166 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 167 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 168 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 169 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 170 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 171 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 172 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 173 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 174 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 175 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 176 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 177 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 178 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 179 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 180 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 181 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 182 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 183 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 184 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 185 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 186 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 187 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 188 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 189 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 190 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 191 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 192 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 193 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 194 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 195 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 196 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 197 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 198 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 199 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 200 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 201 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 202 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 203 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 204 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 205 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 206 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 207 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 208 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 209 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 210 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 211 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 212 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 213 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 214 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 215 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 216 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 217 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 218 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 219 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 220 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 221 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 222 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 223 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 224 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 225 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 226 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 227 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 228 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 229 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 230 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 231 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 232 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 233 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 234 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 235 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 236 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 237 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 238 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 239 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 240 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 241 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 242 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 243 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 244 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 245 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 246 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 247 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 248 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 249 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 250 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 251 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 252 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 253 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 254 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 255 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 256 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 257 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 258 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 259 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 260 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 261 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 262 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 263 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 264 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 265 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 266 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 267 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 268 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 269 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 270 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 271 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 272 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 273 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 274 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 275 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 276 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 277 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 278 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 279 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 280 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 281 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 282 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 283 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 284 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 285 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 286 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 287 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 288 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 289 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 290 - Akuttmedisin (5)	
		Kurs 291 - Akuttmedisin (5)	

1.semester (høst)	FIL-0700 Examen philosophicum, Tromsøvarianten (10 stp)	MED-1501 Medisin og odontologi år 1(50stp)
2.semester (vår)		
3.semester (høst)	MED-2501 Medisin år 2 (60 stp)	
4.semester (vår)		
5.semester (høst)	MED-2510 Medisin år 3(60 stp)	
6.semester (vår)		
7.semester (høst) internasjonalt semester	MED-2520 International semester (30 stp)	
8.semester (vår)	MED-2521 Medisin år 4, vår (30 stp)	
9.semester (høst)	MED-3501 Sykehuspraksis (27 stp)	
10.semester (vår)	MED-3502 Kommunchelsepraksis (13 stp)	
	MED-3950 Masteroppgave (20 stp)	
11.semester (høst)	MED-3600 Medisin år 6 (60 stp)	
12.semester (vår)		

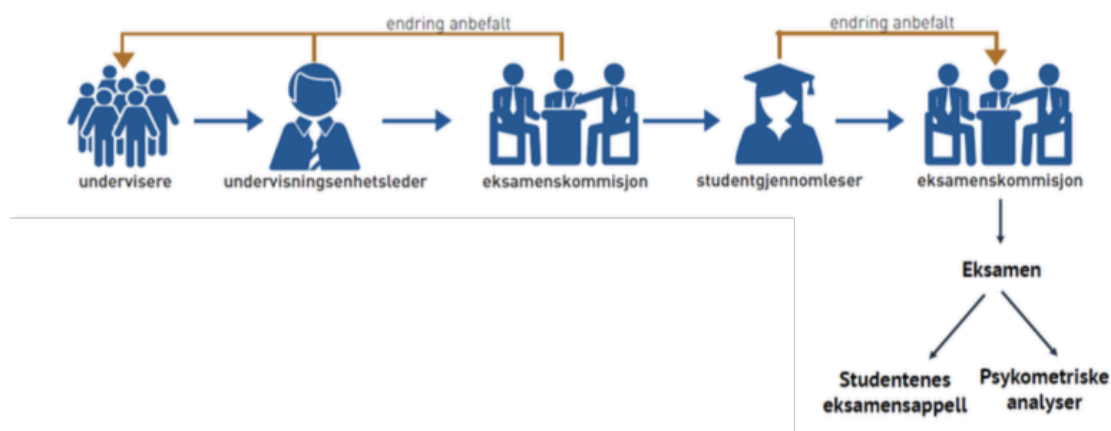
Figur 3: Studieplan 2012, Kilde: Studieplan 2012



Figur 4: The CanMEDS roles, Kilde: CanMEDS framework

Hvordan kvalitetssikres spørsmålene?

Eksempel fra NTNU v/Tobias S. Slørdahl:



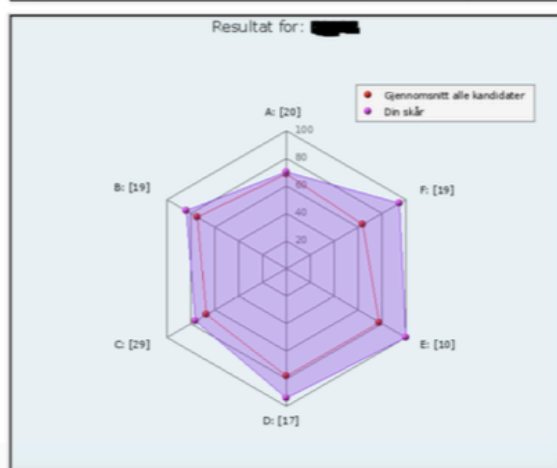
Figur 5: Fagfellevurdering, Kilde: *Nasjonal delprøve i medisinstudiet – gjennomføring av piloten april 2017, Rapport fra Arbeidsgruppen*

Resultater for 50███ på Nasjonal delprøve 2017

Du oppnådde 84% riktige svar samlet sett. Nasjonalt gjennomsnitt på prøven var 71%. Under ser du delskårene innen ulike deler av prøven. Blant kandidatene på eget fakultet ligger du samlet sett på 95. prosentilen. (At man er på for eksempel 75. prosentil betyr at man er blant de 25 % som skåret høyest på eget fakultet.)

Tabell: Fordeling av oppgavene på fagområder

ID	Fagområde	Antall oppg.	Nasjonalt snitt (%)	Prosentil på eget fakultet
A	Gastroenterologi	20	69	60
B	Gastrokirurgi	19	75	85
C	Kardiologi	29	67	90
D	Nefrologi	17	78	95
E	Thoraxkirurgi	10	78	95
F	Urologi	19	64	95



Figur 6: Spider-diagram, Kilde: *Nasjonal delprøve i medisinstudiet – gjennomføring av piloten april 2017, Rapport fra Arbeidsgruppen*

	2017	2018	2019
UiO	70,2%	74,0%	75,0%
UiB	68,8%	65,5%	72,3%
UiT	70,1%	71,2%	71,4%
NTNU	73,2%	72,2%	74,3%
Gjennomsnittsscore	70,6%	70,7%	73,4%

Figur 7: Resultat for fakultetene, *Kilde: Sammenfatning av rapportene skrevet i etterkant av gjennomføringen av Nasjonal delprøve i medisinstudiet 2017-2019*



Utkast til rammeverk for en felles eksamen

Skriftlig eksamen medisinstudiet, 6. år

Pr. 3. mai 2019

Fagområde	Antall spørsmål
Endokrinologi	5-12
Nyresykdommer	5-15
Gastroenterologi	5-15
Lungemedisin	5-15
Infeksjonsmedisin	5-12
Hematologi	5-10
Geriatrici	5-12
Kardiologi	7-18
Gastrokirurgi	5-10
Thoraxkirurgi	4-8
Bryst-endokrinkirurgi	4-8
Ortopedi	5-15
Urologi	5-10
Karkirurgi	5-10
Onkologi	5-15
Nevrologi	5-15
Nevrokirurgi	0-5
Revmatologi	4-8
Psykiatrici	7-15
Barne- og ungdomspsykiatri	0-5
Plastikk kirurgi	0-5
Hud-venerologi	0-5
Øyesykdommer	0-5
ØNH	0-5
Samfunnsmedisin	4-8
Arbeidsmedisin	0-5
Barnesykdommer	5-10
Gyn/Obst	5-10
Fys-med/rehabilitering	0-5
Anestesi/intensivmedisin	5-15

Figur 8: Utkast til blueprint/rammeverk for en felles avsluttende eksamen, *Kilde: Upublisert materiale fra Rapport om gjennomføring av nasjonal delprøve 2019.*

12 Vedlegg

12.1 Kunnskapsevaluering/GRADE

Referanse: Kim, K.-J. & Heo, M., Comparison of virtual reality exercise versus conventional exercise on balance in patients with functional ankle instability: A randomized controlled trial, 2019, Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation			Design: RCT
			Dokumentasjonsnivå III
			GRADE B, Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>The present study investigated the effects of a VR exercise program by comparing the results of VR and conventional exercise on balance in patients with functional ankle instability (FAI)</p>	<p>Deltagere og metode: 21 participants with symptoms of FAI participated in the study. In the VR training program, the strength and balance exercises were done for 10 minutes each using a program included in the Nintendo Wii Fit Plus for VR intervention. In the conventional program, four ankle strength exercises using the TheraBand and the balance exercises were performed for 10 minutes each. Static and dynamic balance were measured in the overall, anterior-posterior, and medial-lateral directions.</p>	<p>Static balance in the VR exercise was significantly lower in the overall direction than in the conventional exercise. Dynamic balance in the virtual reality exercise was significantly lower than the conventional exercise at level 2, level 4 and 8 balance in the medial-lateral direction.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Er formålet med studien klart formulert? Ja 2. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene med randomiseringsprosedyre? Ja 3. Ble alle deltakerne gjort rede for på slutten av studien? Ja 4. Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Nei 5. Var gruppene like ved starten? Ja 6. Ble gruppene behandlet likt? Ja 7. Hva er resultatene? Bedre resultater i enkelte bevegelsesretninger for intervensjonsgruppen, enkelte bedre ved konvensjonell terapi 8. Kan resultatene overføres til praksis? Ja 9. Ble alle utfallsmål vurdert? Ja 10. Er fordelene verdt ulemper/kostnader? Kan potensielt være et billig tillegg til fysioterapi, og dermed kanskje før til redusert pasienttrykk hos fysioterapeuter samt raskere recovery for pasienter med FAI <p>Styrker: Ikke diskutert Svakheter: Ikke diskutert</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja</p> <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ja</p>
Konklusjon			
<p>This study has shown that VR exercise is more effective in the overall direction (static) and medial-lateral direction (dynamic) of balance than conventional method in patients with FAI.</p>			
Land			
Korea			
Ar data innsamling			
Ukjent			

Referanse: Maged, A. M, Kamel, H. H., Sanad, A. S., Mahram, A. E., AbdAllah, A. A., Elkhatieb, R., Bhaa, H. A., Hussein, E. A., Essam, A. & Ibrahim, S., The value of amniopatch in pregnancies associated with spontaneous preterm premature rupture of fetal membranes: a randomized controlled trial, 2019, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, DOI: 10.1080/14767058.2019.1605348			Design: RCT
			Dokumentasjonsnivå III
			GRADE B, Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>To evaluate the efficacy and safety of amniopatch in pregnancies associated with spontaneous preterm premature rupture of fetal membranes (PPROM)</p>	<p>Deltagere og metode: A randomized controlled trial that involved 100 women diagnosed with PPRM between 24 and 34 weeks of gestational age. Participants were randomized equally into 2 groups. Group I in which amniopatch was done in addition to the routine management. Group II were treated with routine management including antibiotics and corticosteroids.</p>	<p>Amniopatch was successful in complete sealing of the membrane defect in 6/50 (12%) of women, while none the control group have undergone similar sealing (P = 0.0144, RR = 0.88). Women in the amniopatch group showed a significant increase of AFI compared to controls (12 vs. 0, P = 0.0001, RR = 0.56).</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Er formålet med studien klart formulert? Ja 2. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene med randomiseringsprosedyre? Ja 3. Ble alle deltakerne gjort rede for på slutten av studien? Ja 4. Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Nei 5. Var gruppene like ved starten? Ja 6. Ble gruppene behandlet likt? Ja 7. Hva er resultatene? Bedre resultat i intervensjonsgruppen 8. Kan resultatene overføres til praksis? Ja 9. Ble alle utfallsmål vurdert? Ja 10. Er fordelene verdt ulemper/kostnader? Konservativ behandling er utvilsomt billigere på kort sikt, men innsparingspotensialet på å unngå preterm labor er stort. <p>Styrker: RCT, at det de undersøkte er lite forsket på og har potensielt stor gevinst for klinisk praksis Svakheter: Liten sample size</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja</p> <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ja</p>
Konklusjon			
<p>The amniopatch procedure is a successful technique that safely enhance sealing of fetal membranes and restore the AFI.</p>			
Land			
Egypt			
Ar data innsamling			
2016-2017			

<p>Referanse: Onatibia-Astibia, A., Malet-Larrea, A., Larranaga, B., Gastelurrutia, M. A., Calvo, B., Ramirez, D., Cantero, I., Garay, A. & Goyenechea, E., Tailored interventions by community pharmacists and general practitioners improve adherence to statins in a Spanish randomized controlled trial, 2019, Health Services Research</p>			<p>Design: RCT</p>
			<p>Dokumentasjonsnivå: III</p>
			<p>GRADE: B, Middels</p>
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>To evaluate the impact of health professionals' intervention on adherence to statins, the influence on total cholesterol levels, and lifestyle patterns in patients with hypercholesterolemia</p>	<p>Deltagere og metode: Randomized controlled trial design (n = 746). Patients were assigned into adherent (ADH) or nonadherent group depending on their initial adherence to statins. Nonadherent patients were randomly assigned to intervention (INT) or non-intervention (NOINT) group. Patients enrolled in the INT group received an intervention depending on the cause of nonadherence. Patients in the ADH and NOINT groups received usual care. Intention-to-treat (ITT) analysis was performed with multiple imputation to replace the missing data.</p>	<p>The odds of becoming adherent during the 6 months was higher in the INT group compared to the NOINT group (OR = 1,49; 95% CI: 1.30-1.76; P < 0.001), especially in the community pharmacy group (OR = 2.34; 95% CI: 1.81-3.03; P < 0.001). Adherent patients showed lower values of total cholesterol compared with nonadherent patients at baseline (ADH: 200.3 mg/dL vs NOADH: 216.7 mg/dL; P < 0.001) and at the endpoint (ADH: 197.3 mg/dL vs NOADH: 212.2 mg/dL; P < 0.001). More patients enrolled in the INT group practices exercise at the end of the study (INT: +26.6 percent; P = 0.002), and a greater number of patients followed a diet to treat hypercholesterolemia (+30.2 percent; P < 0.001).</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Er formålet med studien klart formulert? Ja 2. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene med randomiseringsprosedyre? Ja 3. Ble alle deltakerne gjort rede for på slutten av studien? Ja 4. Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Nei 5. Var gruppene like ved starten? Ja 6. Ble gruppene behandlet likt? Ja 7. Hva er resultatene? CP og GP intervensjoner førte til økt adherence til statin-behandling 8. Kan resultatene overføres til praksis? Ja 9. Ble alle utfallsmål vurdert? Ja 10. Er fordelene verdt ulemper/kostnader? Ja <p>Styrker: Svakheter:</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Nei</p> <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ja</p>
<p>Konklusjon</p> <p>The intervention performed by health prof., especially by cCRP improved adherence to statins by hypercholesterolemic patients, and this improvement in adherence was accompanied by a reduction in tot cholesterol and a healthier lifestyle.</p>			
<p>Land Spania</p>			
<p>År data innsamling Ukjent</p>			

<p>Referanse: Wang, Z., Wu, L., Fang, Q., Shen, M., Zhang, L. & Xueyun Liu, Effects of capsaicin on swallowing function in stroke patients with dysphagia: A randomized controlled trial, Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, Under publication, 2019</p>			<p>Design: RCT</p>
			<p>Dokumentasjonsnivå: III</p>
			<p>GRADE: B, Middels</p>
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Our aim is to explore the use of readily available natural capsaicin in stroke patients with dysphagia. Study design: A randomized, double-blind study.</p>	<p>Deltagere og metode: Sixty-nine hospitalized stroke patients were enrolled in this study. The capsaicin intervention group received thermal tactile stimulation with supplementation of natural capsaicin and additional nectar viscosity boluses. The control group received stimulation and boluses with placebo. Swallowing function was evaluated before and after the 3-week treatment, using Volume-Viscosity Swallow Test, Eating Assessment Tool, Standardized Swallowing Assessment, and Water Swallow Test.</p>	<p>The score decreases in the Eating Assessment Tool and Standardized Swallowing Assessment of the capsaicin intervention group were significantly greater than that of the placebo control group (P < .01). Among the 60 patients, the capsaicin intervention group exhibited effectiveness in a higher number of patients (n = 27, 90%) than the placebo group (n = 9, 30%, P < .001).</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Er formålet med studien klart formulert? Ja 2. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene med randomiseringsprosedyre? Ja 3. Ble alle deltakerne gjort rede for på slutten av studien? Ja 4. Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Ja 5. Var gruppene like ved starten? Ja 6. Ble gruppene behandlet likt? Ja 7. Hva er resultatene? Capsaicin kan forbedre svelgfunksjon hos slagpasienter med dysphagia 8. Kan resultatene overføres til praksis? Ja 9. Ble alle utfallsmål vurdert? Ja 10. Er fordelene verdt ulemper/kostnader? Potensielt svært kostnadsbesparende tiltak <p>Styrker: Ikke diskutert Svakheter: Manglende objektiv vurdering av svelgfunksjon</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Nei</p> <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ja</p>
<p>Konklusjon</p> <p>Regular use of natural capsaicin could promote the recovery of swallow function in stroke patients with dysphagia. The ample availability of natural capsaicin could provide a low cost, easily accessible, and safe alternative method to address dysphagia in stroke patients.</p>			
<p>Land Kina</p>			
<p>År data innsamling 2018</p>			

Referanse: Akiyama, M. J., Norton, B. L., Arnsten, J. H., Agyemang, L., Moonseong, H. & Litwin, A. H., Intensive Models of Hepatitis C Care for People Who Inject Drugs Receiving Opioid Agonist Therapy, <i>Annals of Internal Medicine</i> , 2019			Design: RCT
			Dokumentasjonsnivå III
			GRADE B
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>To determine whether directly observed therapy (DOT) and group treatment (GT) are more effective than self-administered individual treatment (SIT) in promoting adherence and achieving SVR among PWID receiving OAT.</p>	<p>Deltagere og metode:</p> <p>Participants: Persons aged 18 years and older with genotype 1 HCV infection who were willing to receive HCV therapy on site in the OAT program. Of 190 persons screened, 158 were randomly assigned to a study group and 150 initiated treatment: DOT ($n=51$), GT ($n=48$), and SIT ($n=51$).</p> <p>Intervention: 2 intensive interventions (DOT and GT) and 1 control condition (SIT).</p> <p>Measurements: Primary: adherence, measured by using electronic blister packs. Secondary: HCV treatment completion and SVR 12 weeks after treatment completion.</p>	<p>Mean age was 51 years; 65% of participants had positive results on urine drug testing during the 6 months before treatment, and 75% reported ever injecting drugs. Overall adherence, estimated from mixed-effects models using the daily timeframe, was 78% (95% CI, 75% to 81%) and was greater among participants randomly assigned to DOT (86% [CI, 80% to 92%]) than those assigned to SIT (75% [CI, 70% to 81%]; difference, 11% [CI, 5% to 18%]; Bonferroni-corrected $P=0.001$). No significant difference in adherence was observed between participants randomly assigned to GT (80% [CI, 74% to 86%]) and those assigned to SIT (difference, 4.7% [CI, -2% to 11%]; Bonferroni-corrected $P=0.29$). The HCV treatment completion rate was 97%, with no differences among groups ($P=0.53$). Overall SVR was 94% (CI, 89% to 97%); the SVR rate was 98% in the DOT group, 94% in the GT group, and 90% in the SIT group ($P=0.152$).</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Er formålet med studien klart formulert? Ja 2. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene med randomiseringsprosedyre? Ja 3. Ble alle deltakerne gjort rede for på slutten av studien? Ja 4. Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Ja, Nei 5. Var gruppene like ved starten? Ja 6. Ble gruppene behandlet likt? Ja 7. Hva er resultatene? Pasienter som stadig injiserte narkotika ble behandlet med on-site HCV care førte til høyere SVR 8. Kan resultatene overføres til praksis? Ja 9. Ble alle utfallsmål vurdert? Ja 10. Er fordelene verdt ulemper/kostnader? Det er fremdeles en debatt på om hvorvidt injiserende narkotikamisbrukere skal behandles for HCV. Studien viser at dette kan gjøres uten store økonomiske tap og/og terapivikt. <p>Styrker: Ikke diskutert Svakheter: Ikke diskutert</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja</p> <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Ja</p>
Konklusjon			
<p>All models of on-site HCV care delivered to PWID in OAT programs resulted in high SVR, despite ongoing drug use. Directly observed therapy was associated with greater adherence than SIT.</p>			
Land			
USA			
År data innsamling			
2013-2017			