

Dannelse til lege

Læring av profesjonalitet, pasientsentrert kommunikasjon og mestring av legerollen under medisinstudiet i Bergen

Rapport fra «Profesjonalitetskomiteen», mars 2013

Innhold

1. Opptakt	1
2. Mandatet fra PUM.....	1
3. Komiteens tolking av mandatet og prioritering innen tidsfristen	2
4. Læring og endring	3
5. Om profesjonalitet og dannelsesprosesser.....	4
6. Nytt undervisningsemne første studieår: «Pasientkontakt» (PASKON1)	7
7. «Profesjonsgrupper» på medisinstudiet - en skisse	10
8. Samspill med underviserne ved MOFA	11

1. Opptakt

Visedekan for utdanning nedsatte våren 2012 en gruppe, ledet av Edvin Schei, som i oktober 2012 leverte rapporten *Profesjonalitet, kommunikasjon og mestring av yrkesrollen – momenter til en dannelsesakse i profesjonsstudiene ved det medisinsk-odontologiske fakultet* til Arbeidsgruppe 3 for ny studieplan i medisin.

Rapporten ble fremlagt for Programutvalg for medisin (PUM) på møte 30.10.12 (sak 43/12). I samme møte behandlet utvalget undersøkelse fra Mental helse-gruppen ved Medisinsk fagutvalg MFU; *Mental helse og trivsel blant medisinstudentene ved MOF* (sak 41/12). Studentene peker på klare problemer i inneværende studieplan med tanke på manglende veiledning over langs, manglende tilbakemelding på kunnskap, ferdigheter og personlig utvikling, samt tendens til uheldige miljøfaktorer som klikkdannelse. Visedekan for utdanning ba i november 2012 PUM om å følge opp både Schei-komiteens rapport og trivselsundersøkelsen, og at det foreslås konkrete tiltak - om mulig allerede fra høsten 2013.

PUM vedtok å nedsette en arbeidsgruppe for å utrede «trening av medisinstudentene i profesjonalitet, kommunikasjon og mestring av yrkesrollen» i inneværende studieplan, og muligheten for å bruke «profesjonsgrupper» til dette.

2. Mandatet fra PUM

«Gruppen bes utrede innhold i treningen, nødvendig ressursbruk samt vurderings- og evalueringsformer. Hvordan kan lærere trenes, og hvordan kan denne treningen evalueres? Utredningen bør spisses slik at et første tiltak kan implementeres allerede høsten 2013 som et prosjekt, samtidig som dette tiltaket må ha en tydelig påbyggingsmulighet.

Vi ber om at gruppen ivaretar anbefalingene i Schei-komiteens rapport. Begrepet profesjonalisme bør defineres med tanke på felles forståelse. Det synes å være tung dokumentasjon på at trening i profesjonell utvikling bør baseres på at studenten utfører klinisk arbeid og får kvalifisert tilbakemelding. Trening av veiledere bør utredes.

- Profesjonsutviklende grupper bør:
- Stimulere til den enkelte students individuelle profesjonelle vekst gjennom studiet
- Sikre at studenten har en kvalifisert mentor gjennom studiet

Gruppen bes levere sitt forslag til PUM innen 22.03.2013.»

Komitéens sammensetning

Edvin Schei, *leder*

Representanter fra utredningsgruppen Helge Asbjørnsen og Ingvar Wilhelmsen

Representanter fra de kliniske instituttene Torbjørn Jonung og Helge Ræder

Ingrid Neteland, *studentrepresentant ((arbeidsgruppe 3, ny studieplan)*

Eivind Valestrand, *studentrepresentant (arbeidsgruppe 3ny studieplan)*

Sofie Paus, *studentrepresentant*

Else Fjøsne, *studentrepresentant (arbeidsgruppe 1, ny studieplan)*

Karl Erik Müller, *studentrepresentant*

3. Komitéens tolking av mandatet og prioritering innen tidsfristen

Mandatet fra PUM er stort, og tiden til disposisjon for gruppen bare tre måneder. Vi har valgt å gi prioritet til tiltak som må utvikles og konkretiseres umiddelbart for å kunne gjennomføres fra neste studieår. Vårt forslag her er et nytt obligatorisk emne, «Pasientkontakt» (PASKON1), som vi foreslår gjennomført for det nye førstekullet i løpet av vinteren 2014 (se detaljer lenger nede).

Andre oppgaver i mandatet er:

1. Gi en anvendelig definisjon av begrepet profesjonalitet
2. Gi anbefalinger om konkrete metoder for «trening av medisinstudentene i profesjonalitet, kommunikasjon og mestring av yrkesrollen»
3. Utrede teoretiske og praktisk-pedagogiske aspekter ved bruk av smågrupper i medisinstudiet til trening som nevnt i punkt 2
4. Utrede vurderings- og evalueringsformer
5. Gi råd om opplæring av undervisere og gruppeledere

Til punkt 1 foreslår vi en definisjon av profesjonalitet som vi mener er relevant for MOFA. Under punkt 2 og 3 har vi skissert et mulig opplegg for profesjonsgrupper. Her er det mange andre muligheter. Når det gjelder punktene 2-5 har vi arbeidet med relevant litteratur og erfaringer fra andre studiesteder i inn- og utland, og vil i dette dokumentet antyde noen prinsipper som vi mener MOFA bør arbeide ut fra. For å kunne fremme konkrete og velbegrunnede forslag på disse punktene trenger vi imidlertid mer tid, både til å samle informasjon, utvikle samarbeidsnettverk og gjøre erfaringer lokalt med nye tiltak.

Vi har hatt en diskusjon rundt hvordan tiltak best kan gjøres i resten av studieløpet. Her er det mange tiltak som kan tenkes for å styrke pasientorientert atferd. Vi kan nevne muligheten for at legestudenter evalueres av pasienter, tilbakemeldingsskjema ved muntlig eksamen, strukturert tilbakemelding ved klinikk, refleksjoner etter utfordrende møter med klinisk hverdag, med mer. Mye av dette vil kunne være tiltak som kan implementeres både i løpende og ny studieplan, dels ved å bevare og videreutvikle velfungerende elementer og gode undervisningsmiljøer.

I tråd med Schei-komiteens notat fra oktober 2012 mener vi at endringer som dem det her er snakk om bør utvikles og implementeres trinnvis og utprøvende, i samarbeid med alle berørte miljøer, under

kontinuerlig evaluering og justering. Vi ber derfor om en forlengelse av mandatet med ny tidsfrist. Komiteens medlemmer er villige til å fortsette arbeidet inntil videre.

4. Læring og endring

Det er viktig å ha en eksplisitt forståelse av hva som er hensikten og utfordringene med det utviklingsarbeidet som nå gjøres ved fakultetet. I dette avsnittet har vi samlet sentrale premisser fra forrige komité's rapport (okt. 2012):

Målsetting for studentenes utvikling

At studentene i løpet av sin studietid skal få et godt grunnlag for mestring og trygghet i legerollen gjennom kunnskap om sykdom og forståelse av lidelse, gjennom fortrolighet med medisinen som profesjon og vitenskap, og gjennom erfaringsbasert innsikt i egne og andre menneskers ressurser, behov og sårbarhet.

Læring gjennom sosialisering

Opptreden i yrkesrollen er en «pakke» av væremåter, normer og verdier som læres gjennom praksis. Hver dag på studiet er en serie erfaringer hvor læreres, forbilders og medstudenters opptreden og verdier innlemmes i den enkeltes identitet og virkelighetsoppfatning, gjennom ubevisste og automatiserte læringsprosesser. Tilpassing til fagkulturen skjer på tilsvarende måter hos undervisere i et faglig miljø.

3 pedagogiske premisser

1. Komplekse ferdigheter læres og endres ikke av passiverende undervisning, men gjennom egenaktivitet, utprøving, veiledning og refleksjon over praksiserfaringer.
2. Individuell trygghet, trivsel og gode samarbeidsevner kan utvikles gjennom veiledet arbeid i små grupper.
3. Kommunikasjon og yrkesrolleforståelse må undervises som en integrert og selvfølgelig del av annen klinisk undervisning, slik at relevans, ferdigheter og nytte blir demonstrert og legitimert av kliniske rollemodeller, i kontakt med pasienter, pårørende og annet helsepersonell.

Strategier

1. Opprettelse av en faggruppe på fakultetsnivå med eksplisitt ansvar for å ivareta profesjonalitetsaksen og den pedagogiske kvaliteten i grunnutdanningen.
2. Videreutvikling av pedagogisk og kommunikativ kompetanse og forståelse av dannelsesprosessene i studiet blant undervisere i alle fag.
3. Trinnvis og utprøvende implementering av nye undervisningselementer over flere år med justering etter hvert som man får erfaring.
4. Årvåkenhet for å unngå at kliniske kompetanser som «kommunikasjon» og «profesjonalitet» blir utkrystallisert som fenomener eller fag «ved siden av» andre legefærdigheter.
5. Etablering av mappeeksamen eller andre kontrollposter som gir legitimitet og tyngde til profesjonalitetsaspektet ved alle kliniske fageksamener.
6. Forskningsprosjekter som kan dokumentere effekter av tiltakene.

Motstand mot endring

Mange forsøk på å endre medisinske læreplaner har strandet på at underviserne stort sett har fortsatt som før. Professor Per Brodal ledet studieplanarbeidet i Oslo 96. Han påpeker at studentenes læring i et profesjonsstudium avgjøres av hva lærerne gjør, mener og tenker. Både den enkeltes motivasjon, incitamentene i universitetskulturen og innholdet i den tradisjonelle medisinske virkelighetsforståelsen byr på barrierer mot forandring. Brodal peker på følgende momenter som avgjørende for en vellykket reformprosess¹:

1. «Endring av ytre rammer, innhold, struktur og metoder vil ikke føre til målet dersom lærerne gjør som før i møte med studenter og med hverandre.»
2. «Hvordan får man lærere til å endre sin atferd? Informasjon, diskusjon og dialog alene vil neppe føre til målet, blant annet fordi det er for vanskelig å få til en dialog med tilstrekkelig mange av

fakultetets lærere... Et overordnet siktemål må være at *både studieplanen og fakultetets organisasjon endres så mye at det ikke er mulig for den enkelte lærer å forholde seg akkurat som før.*»

3. «Ledelsen av en større studieplanreform må ta på alvor at det alltid vil være motstand mot endring. ... Irrasjonell motstand kan ikke nedkjempes med logiske argumenter og slett ikke med makt, men kanskje med tålmodig dialog og mest mulig konkretisering av hva den nye situasjonen innebærer. ... Det er avgjørende at fakultetsledelsen støtter og tar ansvar for endringsprosessen, men ledelsen må vite å gi nyskaperne stor frihet i planleggingen, slik at det opprinnelige konseptet kan justeres.»
4. Følgende betingelser er grunnleggende for å få til vesentlig bedring av medisinstudiet:
 - a. en stab som er interessert i og opptatt av utdanning
 - b. ledere (dekan og andre) som er villige til å involvere seg og yte virkelig lederskap for utdanning
 - c. avsetning av midler og ressurser til gjennomføring av endringsprosjekter og til utdanningen selv.

5. Om profesjonalitet og dannelsesprosesser

I dette avsnittet drøfter vi begrepet medisinsk profesjonalitet, hva det er og hvordan det læres. Vi legger også frem et forslag til definisjon.

Profesjon

«Profesjon» kan kort defineres som «et yrke som krever spesialisert kunnskap og ofte lang og intensiv akademisk forberedelse» (Encyclopedia Britannica Online). Profesjoner er kjennetegnet ved at de utøves av «profesjonelle» som behersker sine oppgaver «på en god, riktig eller forbilledlig måte»². En profesjon har kontroll over arbeidsoppgavene sine gjennom monopolordninger, faglig autonomi, politiske sanksjoner og en samfunnskontrakt som forplikter profesjonen til å tjene visse allmenne interesser.

Ordene «profesjon» og «profesjonell» kommer av det latinske *professio* som betyr å erklære offentlig. Å tilhøre en profesjon kan sies å innebære at man i jobbsammenheng «erklærer» evne og vilje til å utøve visse tjenester som kjennetegner profesjonen. «Profesjonalitet» viser til moral, ansvar, kunnskap og ferdigheter som igjen viser til verdier som «god», «sann», «gyldig» og «holdbar».

Profesjonenes arbeidsoppgaver er i noen grad uspesifiserbare og løses ved å kombinere formalisert kunnskap, ferdigheter og skjønn på en adekvat måte. Resultatet er «praksis». Profesjonell praksis er feilbarlig og preget av usikkerhet om hva som kan bli konsekvensene av handlingsvalg.

Profesjonene utgjøres av individuelle profesjonsutøvere som på mikronivå tilegner seg og forvalter sin profesjonelle rolle. De enkelte utøveres rolleforståelse, motiver, valg og handlinger, og hvordan de utvikler sin kompetanse, bestemmer profesjonens faktiske funksjon, troverdighet og kulturelle posisjon.

Profesjonalitetsbølgen i medisinsk utdanning

Når vi ved Universitetet i Bergen nå ønsker å tydeliggjøre begrepet «profesjonalitet» og innrette undervisningen mot å styrke denne siden av studentenes kompetanse, kaster vi oss på en bølge som har gått høyt særlig ved nordamerikanske og kanadiske universiteter de siste 10-15 årene.

Utgangspunktet er en rekke rapporter som har dokumentert negativ utvikling av medisinstudenters pasientsentrerte holdninger og ferdigheter gjennom studiet³. Et tap av faglig idealisme antas å være knyttet til fremmedgjørende aspekter ved den medisinske kulturen og hos rollemodeller som studentene møter under klinisk del av studiene. Dokumentasjon av negativ karakterutvikling gjennom legestudiet har ved mange universiteter utløst selvransakelse, forskning, søken etter de moralske og karaktermessige kjerneverdier som bør være typiske for en god lege, samt en serie forsøk på å korrigere utviklingen ved å endre på undervisningens innhold og form. Erfaringene er blandete. *En vesentlig innsikt er at profesjonalitet ikke kan undervises som «noe eget», fordi begrepet i bunn og grunn handler om kvaliteter ved måten leger tenker, opptrer og behandler pasienter på i den kliniske*

hverdag. Begrepet profesjonalitet peker mot fenomener som yrkesidentitet¹ og fagkultur², og kan ikke tenkes endret annet enn ved å påvirke nettopp yrkesidentitet og fagkultur.

Medisins kjerneverdier og studenters karakterutvikling

Inui et al⁴ har gått gjennom en rekke offisielle dokumenter om «medical professionalism» fra Association of American Medical Colleges, National Board of Medical Examiners osv. Disse dokumentene fremhever ønskelige kjennetegn ved «den profesjonelle lege»: respekt, ferdigheter og kunnskap, faglig ærgjerrighet, omsorg, medfølelse, fremragende kommunikasjon, integritet, ærlighet, ansvarsbevissthet, pliktfølelse og altruisme. Enigheten i disse dokumentene springer ut av felles forestillinger om medisinen som et moralsk anliggende bygget på grunnleggende verdier: å være faktabasert, bygge terapeutiske allianser med pasienten, kurere når mulig, tilby omsorg og trøst, tåle ulikhet og opptre empatisk, være selvoppofrende for å fremme pasienters beste, m.m.⁵ Konkrete råd og anvisninger for legearbeid som virkeliggjør disse verdiene undervises i dag som «kommunikasjonsferdigheter» og «pasientsentrert konsultasjon» ved MOFA^{6,7}.

Disse medisinske kjerneverdiene er i liten grad spesifikke for medisinsk virksomhet, de kan gjenfinnes som grunntrekk ved humanisme, moralsk opptreden og dannelse. Implikasjonen er at «å utdanne til profesjonalitet i medisinen er det samme som å utdanne til humanisme, moralsk oppførsel og spiritualitet i medisinsk fagutøvelse – det vil si å støtte opp under dannelsen av karakter og samvittighet hos den fremtidige lege.»⁴ En gjennomtenkning av begrepet «medisinsk profesjonalitet» har slik ført oss frem til et begrepsinnhold som på vesentlige punkter overlapper med fenomenet «dannelse» som også debatteres ved norske universiteter for tiden⁸.

Hvor dannes legers tenke- og væremåter?

«One especially challenging aspect of education becomes apparent when we observe that students and graduate trainees learn most powerfully from the environment in which they are educated and less powerfully from readings or formal classroom-based content»⁴.

Vil man endre studentenes læringsmiljø må man ta høyde for at mye av den grunnleggende, ubeviste identitetsutviklingen, fra lekperson til lege, skjer ved å observere rollemodeller og delta i det uformelle hverdagslivet som utspiller seg på universitet og sykehusavdelinger. Man snakker om tre typer pensum: **Det eksplisitte pensum**, «what the faculty believes that they are teaching» inneholder strukturert undervisning, klinisk eksponering og organisert faglig refleksjon. **Det uformelle pensum** er det som fremgår av snakk mellom leger, mellom leger og studenter, i legers møte med pasienter og pleiere m.m. Det er vist at dette er en sterk innflytelse, stort sett negativ, som bidrar til kynisme blant studenter og unge leger fordi de ser sprik mellom liv og lære. **Det skjulte pensum** er budskapene som ligger i timeplaner, undervisningsformer, eksamener, prioriteringer av tid med pasienter og teknologi, arkitektur, belønningssystemer for forskning og undervisning, det vil si fruktene av utallige beslutninger og politiske prioriteringer i organisasjonens liv som ikke har hatt noen intensjon om å virke dannende, men allikevel virker slik.

Coulehan & Williams peker på en rekke konkrete trekk ved dagliglivet på sykehusavdelinger og andre deler av studiemiljøet hvor det lett oppstår skvis mellom ideal og virkelighet⁹. På et sykehus vil studenter se at de samtalene som betyr mest for legene ofte skjer på vaktrommet og i korridorene, ikke ved pasientens seng. Og at de viktige personene i samtalene og fortellingene ikke er pasientene, men legene og teknologien, med pasienter, pårørende eller mindre dyktige kolleger fra andre spesialiteter i biroller¹⁰. Studentene lærer at samværet med pasientene gjøres så kort som mulig, og da gjerne med en prosedyre eller et konkret tiltak for øye, mens emosjonelle og eksistensielle aspekter minimeres¹¹. Samtidig kan studiet oppleves både slitsomt og truende, slik at studenter blir opptatt av sin egen overlevelse og skyver bort alt som ikke er «matnyttig»¹². Målet med utdanningen snevres gjerne inn til å komme seg gjennom eksamener hvor kravene er å avlevere tekniske svar og handlemåter, uten konkrete krav til mellommenneskelige kompetanser.

Tilgjengelig evidens tyder på at studentene i sin kliniske trening beveger seg

- Fra å være opptatt av det formelle pensum (gjøre som underviserne sier) til å bli formet av «det uformelle pensum» (de gjør som alle andre gjør)

¹ Identitet: Hvordan et individ ønsker å se seg selv og bli sett av andre

² Fagkultur: Normer og verdier som regulerer atferd og moralske vurderinger i et fagmiljø

- Fra nysgjerrighet og åpent sinn til eksamensfokusert tunnelsyn
- Fra varme og idealisme til engstelig opptatthet av å klare seg gjennom studiet
- Fra ønske om å hjelpe andre til kynisk oppgitthet
- Fra å være empatiske til å bli oppgavedrevet, med mindre fokus på pasientenes opplevelse og mer på å få sin egen jobb gjort¹³
- Fra modning til stagnasjon i evnen til moralsk refleksjon og skjønn⁴

Den uformelle pensumets påvirkning på studentene tilsier at profesjonalitetslementer må gå parallelt - eller flettes inn i – hele den kliniske delen av studiet. Det er avgjørende for å unngå negativ innflytelse på studentene at de opplever gode rollemodeller i alle fag, og at alle spesialiteter de møter illustrerer viktigheten av kommunikasjon og riktig atferd overfor pasienter og pårørende. Hvis de gode forbildene bare er innenfor noen av fagene de møter, kan studenter få inntrykk av at dette ikke er viktig for dem som tenker seg andre spesialiteter etter endt studium. MOFA må forsøke å utnytte potensialet som ligger i både det uformelle og det skjulte pensumet på en positiv måte.

Coulehan argumenterer for at spenningene som hele tiden finnes mellom fagets høye omdømme og eksplisitt altruistiske verdier på den ene siden, og mange legers selvopptatthet og likegyldighet til pasienters erfaringer, tanker og følelser på den andre, tvinger medisinstudenter og leger inn i en av tre typer yrkesidentitet¹⁴. Den første er en *teknisk profesjonalitet* med et kynisk forhold til plikt, trofasthet og integritet, skepsis til egen og andres idealistiske motivasjon for yrket, og snevert fokus på jobbens tekniske sider. Den andre er en *ureflektert profesjonell identitet* hvor man tilpasser seg sykehuskulturen uten å innse at man samtidig har fjernet seg fra medisinsens grunnleggende verdier. For eksempel kan man være overbevist om at medlidenhet krever distansering og at personlig tilknytning er suspekt fordi det mangler objektivitet. Den tredje formen er en *medfølelse profesjonell identitet* hvor legen bevarer blikket for pasientens perspektiv, erkjenner egen sårbarhet og kan reflektere over verdimeslige spenninger i fagkulturen. Det er denne formen for identitet vi ønsker at våre studenter skal få trygghet til å utvikle.

Profesjonalitet, dannelselse, dygd

Vi har sett i det foregående at profesjonalitet overlapper med dannelselse. Begge begrepene viser til karakterutvikling, selvforståelse og relasjonell kompetanse som dynamiske fenomener, som aspekter ved et menneskes selv og sosiale identitet. Det handler om personlig læring, om vekst, om å oppøve «karakter», det vil si handlingstilbøyeligheter som setter en i stand til å virkeliggjøre faglige idealer fordi det kjennes selvfølgelig og «naturlig». Begrepet «dygd» (dyd) brukes om karakteregenskaper som vokser frem over tid, gjennom individuelle dannelsesprosesser formet av praksiserfaringer og veiledet refleksjon. Aristoteles bruker dygd om et individs tilbøyelighet til å føle det rette, det vil si ikke for mye og ikke for lite, og handle deretter. Eksempler på dygd er mot, måtehold, rettferdighet, vennlighet, ærlighet og praktisk klokskap.

Profesjonalitet: Forslag til definisjon

Det er ikke lett å gi en kortfattet definisjon på profesjonalitet, og kanskje ikke heller nødvendig. Allikevel vil vi prøve å imøtekomme PUM med en arbeidsdefinisjon. Definisjonen må oppfattes som dynamisk. Vi ønsker ikke at den skal begrense eller diktere, men fungere som en plattform som studentene og lærerne kan arbeide utfra og videreutvikle.

Mange definisjoner av medisinsk profesjonalitet som finnes i litteraturen tenderer etter komiteens oppfatning mot å være oppramsinger av honnørord, uten rom for den individuelle sårbarheten, ubestemtheten og skjønnets som kjennetegner verdibasert arbeid med mennesker. Vi foreslår at MOFA tar utgangspunkt i definisjonen til Royal College of Physicians, London, fra 2005¹⁵. Denne knytter profesjonalitet eksplisitt til omsorg for pasientens liv og velvære, med vekt på at legen skal gjøre seg verdig medmenneskers tillit. Rapporten fra Royal College of Physicians er på 66 sider og kan lastes ned fra <http://www.rcplondon.ac.uk/publications/doctors-society>.

Definisjon av profesjonalitet:

Medisinsk profesjonalitet betegner de verdier, væremåter og relasjoner som skaper tillit til leger hos enkeltpasienter og i samfunnet.

Følgende beskrivelse tydeliggjør hva disse verdiene, væremåtene og relasjonene er:

Forholdet mellom lege og pasient er basert på gjensidighet, individuell respekt og etterprøvbarehet. Legen må ha faglig kunnskap, kliniske ferdigheter og moralsk dømmekraft innrettet mot å beskytte og bygge opp under menneskeverd og velvære. I hverdagen må leger forplikte seg på å virkeliggjøre verdier som integritet, medlidenhet, innlevelse, altruisme, kontinuerlig dannelse og egenutvikling, samt godt samarbeid med de andre hjelpeyrkerne. Dette er grunnsteiner i den moralske kontrakten mellom den medisinske profesjonen og samfunnet.

6. Nytt undervisningsemne første studieår: «Pasientkontakt» (PASKON1)

Komiteén foreslår å prøve ut et undervisningsopplegg som inneholder følgende ingredienser:

1. Pasientkontakt på første studieår, hver student presenteres for 20 pasienter og deres fortellinger om eget liv og erfaringer med sykdom og helsevesen.
2. Hver student får, i samarbeid med medstudenter i smågrupper på 4, ansvar for å bli kjent med og presentere en pasient for resten av kullet.
3. Eldre studenter får opplæring i å være gruppeveiledere. De eldre studentene skal ha ansvar for en til to grupper á fire studenter. I tillegg skal de bistå en annen veileder med vedkommendes gruppe for å sikre gode tilbakemeldinger til studentene på skriftlig arbeid.
4. Utprøving av metoder for utvelgelse, opplæring og veiledning av studentveiledere.
5. Utvikling av et teoripensum for profesjonalitetsaksen.
6. Obligatorisk refleksjonsarbeid skriftlig og muntlig, individuelt, i smågruppe og i plenum
7. Undervisningssamarbeid med MED1ETIKK og EXPHIL-MOEKS/MOSEM samt muligheter for å integrere undervisningen med både basalfag, kliniske fag, samfunnsmedisinske fag og samarbeidende profesjoner (sykepleiere osv.)
8. Mappeeksamen
9. Forskningsbasert evaluering
10. Etablering av en pasientdatabase med mennesker som har sykdomserfaring og ønsker å bidra i ulike former for undervisning ved MOFA

PASKON1 – en skisse

Komiteen har vært i møte med ledelsen ved IBM og funnet plass på timeplanen til emnet PASKON1 tidlig i vårsemesteret 2014. Professor Edvin Schei vil ha overordnet ansvar for å rekruttere pasienter, gjennomføre kurset første gang, og sette sammen en gruppe av undervisere som kan få erfaring og senere drifte og videreutvikle kurset. Underviserne bør rekrutteres fra ulike kliniske fag. Pasientene rekrutteres fra sykehuspoliklinikker, allmennpraksis, legevakt, pasientforeninger og evt. gjennom avisannonser. Det lages en database over pasienter som kan være med på ulike former for undervisning.

Varighet og omfang

Kurset går over 11 uker, med 6 timer innledning i uke 1, deretter 10 ukentlige undervisningsøkter á 3 timer i plenum ledet av en eller to undervisere. Kullet deles i to slik at plenum blir på 80 studenter. Kurset dubleres, hvilket innebærer at underviserne får ansvar for 6 timer undervisning i de 10 ukene.

Inndeling i grupper

Studentene deles i åttmannsgrupper basert på gruppeinndeling fra basalfagsundervisningen.

Bli kjent med pasient

Åttmannsgruppene deles i to grupper på fire studenter. Hver smågruppe tildeles en pasient og får ca. en uke til å snakke med vedkommende, gjøre seg kjent med livshistorien og forberede en times presentasjon i plenum. Det lages en overordnet veiledning med klargjøring av temaer det kan være aktuelt å ta opp med pasientene – sykdomshistorie, hva sykdom og bekymring har betydd for livet, hva kontakten med leger og helsevesen har betydd av hjelp og støtte, hvordan situasjonen er nå. Gruppen får utdelt et ark med generell informasjon om pasientens sykdom (tilgjengelig på Mi side for hele

kullet). Pasientene vil bli oppfordret til å ta imot studentene i eget miljø (hjem, sykehjem, sykehus) og til å delta i plenumspresentasjonen uken etter.

Firergruppen diskuterer forventninger til møtet med pasient, og samkjører hva de ønsker å få kunnskap om utfra den veiledende manualen, og hvordan det kan være hensiktsmessig å opptre under møter med pasienten. Det bør være anledning til å diskutere med veileder (eldre student).

Åttergruppen diskuterer sammen i forkant av presentasjon for kullet, for å unngå at presentasjonene blir for like, samt sikre at man reflekterer over forskjellene i pasientenes opplevelse av sykdom.

Plenum

Hver uke vil to firergrupper legge fram sine pasienter. Hver firergruppe presenterer sin pasient gjennom en undervisningstime, fortrinnsvis med pasienten til stede. Det åpnes for spørsmål og refleksjoner fra salen. Undervisere og eldre studenter, samt inviterte gjester som kan variere etter tema og pasient, bruker den tredje timen til å belyse pasientrolle, studentrolle, tekniske og profesjonelle temaer.

Studentveiledere

Åttergruppen har en fast veileder, en eldre student, som hjelper gruppen med forberedelser til pasientsamtalen(e) og med å lage presentasjonen. Veilederne går gjennom refleksjonsnotatene med den enkelte student, gir tilbakemelding, og rapporterer videre til undervisningsleder ved behov. Veilederne støtter hverandre parvis. Hver studentveileder har ansvar for en-to grupper i løpet av perioden, det blir da 10-20 veiledere. Disse må ha egne samlinger hvor de hjelpes med forberedelser og rådgivning underveis. Appendix 1-3 er utkast til arbeidsdokumenter for studentveiledere.

Skriftlig bearbeidelse

Hver student må skrive fire korte refleksjonsnotater på 500-800 ord: De tre første er knyttet til gruppearbeidet - ett om hvordan studenten tror pasienten opplever og håndterer sin situasjon, ett om hvilke tanker, følelser og prosesser som er blitt igangsatt i studenten i prosessen og møtet med pasienten, og ett om inntrykkene fra plenumsseansen. Det fjerde notatet skal studentene skrive etter avsluttet PASKON1 hvor de reflekterer over hele læringserfaringen. Hver student har en e-mappe hvor tekster og veiledernes godkjenninger skal inngå. Eksamen består i en kvalitativ vurdering av studentens mappe ved kursansvarlige undervisere, med bedømmelse bestått/ikke bestått. Ved ikke bestått tilbys studenten en veiledning og mulighet for å levere et nytt skriftlig arbeid.

Pensum

Det utvikles et kompendium av artikler som kan belyse ulike aspekter ved pasientrollen, studentrollen, læring, samspill mellom pasient og hjelper, sykdomsteori, menneskekunnskap osv. Studentene oppfordres til å lese fritt i heftet. Obligatorisk er bare å forberede en artikkel som gruppen presenterer i sin plenumsseanse, hvor oppdraget er å koble teorien til den konkrete erfaringen i gruppen.

Undervisere

Undervisningen ledes av en kursgruppe, et fåtall undervisere som tar ansvar for gjennomføring, kontinuitet og evolusjon av kurset. Den ukentlige dialogsesjonen på 3 undervisningstimer ledes av en erfaren kliniker. Her bør opplegget utvikles med bevisst bruk av aktiverende pedagogikk, dialog og refleksjon, slik at undervisningen illustrerer improvisasjon, godt samspill, håndtering av autoritets- og kunnskapsforskjeller. Over en 10-ukersperiode er det naturlig at pedagogikken beveger seg fra enkle og velkjente metoder mot mer krevende formater som inneholder flere av utfordringene studentene i sitt yrkesliv vil støte på som leger, ledere, autoriteter og undervisere. Konkrete planer for undervisningsmetoder og refleksjonsspørsmål må utvikles.

Formatet tillater at man kan invitere gjester med spesiell kompetanse på noen av problemstillingene som illustreres av pasientene. Mange ulike typer leger, sykepleiere, fysioterapeuter osv, politi, brannvesen, ambulansepersonell, rusarbeidere, pasientforeninger. Dette forutsetter av pasientene er identifisert og avtaler gjort i god tid.

Man kan også bruke videoopptak fra praksis i Bergen, kunstfilm, teater, musikk, litterær tekst. Her finnes det svært mye på markedet.

Felles introduksjonsdag

Hele kullet får en introduksjonsdag på 6 timer. Her er det viktig med gode undervisere fra varierte fagområder, som understreker viktigheten av humanisme, empati, profesjonalisme og at mennesket må forstås i sammenheng med sin sykdom, uavhengig av hvilket fag man er tilknyttet. Studentveilederne bør også delta her. Høsten kan brukes til å forberede kullet mentalt. Samspill med etikk- og filosofiundervisningen er planlagt.

Læringsinnhold i PASKON1

A. Utbytte for førstekullstudentene

Dette emnet tilbyr nye studenter ramme hvor de er nødt til å gjøre en rekke uvante erfaringer med høy relevans for dannelse og utvikling mot en fremtidig legerolle. Teoretisk kan denne undervisningen best beskrives gjennom «situert læringsteori», som tar høyde for at læring skjer i kontekst og påvirkes av egen aktivitet, hva forbilder og kolleger gjør, og de normene og verdiene som kan leses ut av læringssituasjonen. Kurset vil dermed ikke bare si «hva» pasienter er opptatt av, men også «at» leger er avhengige av å forstå hva pasienten forstår og mener før man kan vite hva som er problemet og hva man som helsearbeider kan få til med kunnskap, omsorg og biomedisinsk teknologi. Situert læring legger vekk på kompetanseutvikling gjennom kognitiv mester-svennlæring, samarbeidslæring, refleksjon, praksis og formulering av oppnådde læringskompetanser¹⁶.

Et hovedmål er å gjøre det tydelig for studentene at legers arbeid handler om å hjelpe enkeltmennesker på deres egne premisser, enten deres sykdom kan diagnostiseres og behandles eller ikke, enten de er reelt eller innbilt syke, enten problemene er biologisk forklart eller ikke. Man kan altså ikke være en god lege uten å forstå hva som er viktig for den som ber om hjelpen¹⁷. Man kan i tillegg ikke vite hva pasienten ønsker før man har spurt. Gjennom hele studiet bør studentene settes i situasjoner hvor de blir oppmerksomme på den faglige relevansen av både 1) at mennesker lever under felles grunnvilkår og 2) at individer og situasjoner er unike, variable og uforutsigelige. PASKON1 vil også være en anledning til å reflektere over legers uformelle makt¹⁸ og pasienters autonomi og eierskap til egne beslutninger, helserelaterte valg, livsstil og verdier.

Det er svært mye i studentens virkelighetsoppfatning, yrkesrolleforståelse og menneskeforståelse som berøres med denne type undervisningsopplegg. Viktige stikkord er å gjøre studenter *trygge* i situasjoner som innebærer å ta kontakt med fremmede, være i en behandlerrolle mens man ser seg selv som uvitende og usikker, våge å eksponere egne tanker, atferd og følelser for medstudenter, gi respons til medstudenter på en byggende måte, venne seg til at alt klinisk arbeid innebærer et vell av sosiale signaler, uklare meninger, hint, spenninger, uenighet og forskjellige tolkninger som kommuniseres gjennom ord, kropp, stillhet osv.

De skriftlige refleksjonsoppgavene vil innebære at studentene må artikulere sine erfaringer, det vil innebære bevisstgjøring på flertydighet, valg og egne læringsprosesser. Diskusjoner i grupper og i plenum, og lytting til alle de andre gruppenes presentasjoner og tanker, kan gi et rikt tilfang av impulser, ideer og kunnskaper med relevans for senere klinisk arbeid. Det er viktig å samarbeide med erfarne klinikere som står midt i reelt pasientarbeid i ulike spesialiteter for å signalisere til studentene at innholdet i PASKON1 er «ekte medisin».

Læringsutbyttebeskrivelser vil bli laget når PUM har fattet vedtak om å godkjenne PASKON1 som obligatorisk emne.

B. Utbytte for studentveilederne

Veilederne vil få et personlig ansvar med stort rom for å vise forståelse, omsorg og innsikt, og de må selv finne måter å gjøre dette på, samtidig som de vil få veiledning både av hverandre, fra undervisere og gjennom samspill med de yngre studentene. Denne erfaringen har mange elementer felles med legearbeid. Vi ser på dette som en pilotering av undervisningsformer hvor eldre studenter aktiveres i større skala, med tilhørende refleksjon om de relasjonelle erfaringene det gir, og parallellene til legerollen.

Evaluering

Kurset bør evalueres grundig underveis, i etterkant og komparativt. Også studentveilederne læringsutbytte og inntrykk bør kartlegges. Hva vi forhåpentligvis kan si noe om etter å ha prøvd dette: Hvor lett er det å etablere grupper, hvor ulike blir gruppene, hva kommer ut av gruppearbeidet for hver enkelt student? Hvor mye modnes et kull i løpet av et par måneder med ukentlige presentasjoner av studenters møter med syke folk, veiledet av erfarne leger? Hva kjennetegner gruppens refleksjoner i tidlig fase, og i sen fase når de siste gruppene legger frem sine pasientmøter etter å ha sett medstudenter gjøre det mange ganger? Disse og andre temaer bør undersøkes med spørreskjema- og fokusgruppestudier. Komiteen har initiert et samarbeid med forskere ved Universitetet i Oslo med tanke på dokumentasjon. Et aktuelt design er å bruke et validert instrument til å måle empati blant studenter på flere kull i inneværende og kommende studieår. En grundig emneevaluering vil bli gjennomført.

Studentveilederne bør intervjues både skriftlig og muntlig med to formål. Det ene er å samle deres inntrykk for å utvikle denne og liknende undervisningsformer. Det andre er å utvikle deres bevissthet om hva de har erfart og lært, altså å høyne læringsutbyttet.

7. «Profesjonsgrupper» på medisinstudiet - en skisse

Ut fra komiteens mandat vil vi beskrive noen muligheter for gjennomføring av ideen om profesjonsgrupper gjennom hele studiet. Arbeidet samsvarer med Arbeidsgruppe 3 sitt forslag. PASKON1 vil fungere som en god innledning til mer langsgående arbeid og refleksjon i små grupper.

Opplegget

Dersom det skal innføres profesjonsgrupper på studiet må det være klare rammer og strukturer for hvordan disse skal gjennomføres. Det må være tydelige krav til veiledere og det bør være fastlagt når i studieløpet profesjonsgruppene skal møtes, med forslag til temaer som skal diskuteres. Vi mener at profesjonsgruppemøtene må intensiveres i perioder av studieløpet hvor studentene er i sårbare situasjoner, der refleksjon og diskusjon med andre studenter og en veileder vil kjennes nyttig og relevant for studenter flest. Vi har følgende forslag til tidspunkt hvor vi mener det er særlig aktuelt med gruppemøter:

- Under disseksjonsundervisning
- I overgang fra preklinikk til klinikk
- Etter første desentralperiode
- Etter patologi og obduksjonsundervisning
- Under onkologiundervisning

Profesjonsgruppene bør ikke bestå av mer enn 6 studenter og vi mener studentene bør være på samme kull. Dette fordi de da er på samme sted i studieløpet og profesjonsgruppene kan knyttes tett opp til de fagene studentene har på dette tidspunktet. Det betyr at man trenger 27 veiledere per kull på 160 studenter. En veileder bør kunne ha tre ulike grupper og altså 18 studenter å forholde seg til. Det er ønskelig at en veileder har grupper på tre ulike kull. Det vil si at man totalt trenger 54 kvalifiserte veiledere til å dekke alle medisinstudentene.

Hvem er veilederne?

Vi ser for oss en heterogen gruppe leger i ulike spesialiteter, som kjenner seg trygge i sin arbeidsrolle og slutter seg til den forståelsen av profesjonalitet som fremstilles i dette dokumentet. Det må være leger som ser på seg selv som potensielle mentorer og som har lyst til å være veiledere. De må evne å møte studentene med forståelse i ulike faser av utdanningsløpet og ta høyde for at studentene har ulik erfaring og modningsgrad.

Veilederne må gis en grunnopplæring og samles halvårlig til faglig påfyll, gjensidig inspirasjon og refleksjon over erfaringene.

Det er ønskelig at en profesjonsgruppe møtes minst en gang per semester, men i enkelte semestre vil det være naturlig å møtes oftere. Dermed blir det minst tre møter med ulike grupper for en veileder per semester.

I tillegg skal veilederne følge opp hver enkelt student i sine grupper. Det bør legges opp til én time i semesteret med hver student. Det betyr 18 timer til enkeltmøter for veileder, altså tre arbeidsdager. På disse møtene skal veileder følge opp den enkelte students progresjon gjennom studiet og sammen med studenten gå gjennom studentens e-portefølje. Studentens faglige og personlige utvikling skal diskuteres med veileder. Vi ser for oss at dette skal foregå som en samtale og ikke noen formell eksaminasjon. Tilbakemeldingen skal fokusere på å synliggjøre og anerkjenne læring, kompetanse og studentens evne til å reflektere over erfaringer fra det formelle, det uformelle og det skjulte pensum. Mentor og student bør sammen identifisere forbedringsmuligheter og utfordringer for studenten, og lage en plan for videre arbeid. Det er ønskelig at veileder skriver et notat etter møtet, som eventuelt kan inngå i e-porteføljen, slik at student lettere kan følge med sine tilbakemeldinger og egen progresjon over tid. Eksamensvurdering av e-porteføljen bør gjøres av en komité etter møte med veileder, for eksempel semesterstyret, som har det formelle ansvaret for å vurdere bestått/ikke-bestått.

Hva er fordelene med profesjonsgrupper?

Studenter etterspør mer personlig tilbakemelding og faglig oppfølging. Dette kan profesjonsgruppene i bidra til. Med profesjonsgrupper vil hver eneste student ved fakultetet ha en lege å forholde seg til som skal følge opp studentens utvikling. Studenter vil bli bedre fulgt opp, føle seg mer sett og føle tilhørighet til en gruppe (identitetsbyggende), et forum for å reflektere over og diskutere erfaringer og egen utvikling både når det gjelder kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse¹⁹. Ved å følge studentene tettere opp, kan man tidligere gripe inn og gi støtte dersom det er behov for det. Studenter evne til empati, refleksjon, kommunikasjon, ansvarlighet, respektfullhet og deres faglige ferdigheter og kunnskaper vil bli sett under ett ved at studentens e-portefølje blir gjennomgått. Man vil slik ha en mye bedre bakgrunn for å vurdere hver enkelt student.

Hva er svakhetene med et slikt opplegg?

Svakhetene med profesjonsgrupper er at man ikke kan sikre et helt likt opplegg til hver student. «Kjemi» mellom studentene i gruppen og mellom enkeltstudenter og veileder er avgjørende, og noe man ikke kan forutse. God veiledning og oppfølging av veilederne er nødvendig. En egen komité som arbeider med rekruttering og utdanning av veilederne bør også opprettes.

I tillegg anbefaler vi at veiledere kun har en profesjonsgruppe i tre år, og at alle studenter får en ny veileder halvveis i studiet. Det bør også være mulighet for bytting av veileder dersom det skulle være nødvendig. Det kan bli utfordrende å få studenter, spesielt i begynnelsen av studiet, til å se relevansen og viktigheten av opplegget. Derfor tror vi at klare krav og retningslinjer for hvordan profesjonsgruppene skal gjennomføres er helt nødvendig. Fordi det kun er studenter fra samme kull, og fordi man legger profesjonsgruppemøtene til spesifikke tidspunkt i studieløpet er det stor mulighet for å integrere møtene i de spesifikke fagene og situasjonene som studentene står oppi. Vi tror på denne måten at studentene vil se viktigheten av gruppen og at profesjonalisme kan bli sett på som en viktig del av legerollen i alle medisinske fag, og ikke som et frittstående fag eller et pliktløp «ved siden av».

8. Samspill med underviserne ved MOFA

Komiteen vil understreke at det må gjøres et stort og langsiktig arbeid på fakultetet for å inspirere underviserne, de ulike fagmiljøene og instituttene til å engasjere seg i videreutvikling av gode undervisningsformer. Å få hele fagmiljøet til å erkjenne den grunnleggende betydningen av det uformelle og det skjulte pensum bør være et viktig mål. Det handler som vi har vist om de formende prosessene som bygger yrkesidentitet og fagkultur.

Komiteen har tatt initiativ overfor dekanatet til å etablere tettere kontakt mellom fakultetsledelsen og de vitenskapelig ansatte om temaet «studieplanendring». Et første elektronisk nyhetsbrev er på trappene, med invitasjon til alle interesserte undervisere, stipendiater og post-doc-forskere til et møte om undervisningsutvikling i april. Her vil PASKON1, profesjonsgruppekonseptet og tenkningen bak bli presentert, med mulighet for å rekruttere interesserte medundervisere og fremtidige veiledere. Vi tror bevisstgjøring av medundervisere og fremtidige veiledere i forhold til profesjonsgruppekonseptet og et mangfold av pasientsentrert undervisning er avgjørende, jf. Per Brodals artikkel «Om å skape forandring i legers utdanning». Undervisere og veiledere i alle kliniske

fag vil kunne eksemplifisere og konkretisere profesjonelle holdninger og atferd gjennom å belyse tankegangen i de konkrete pasientmøtene som studentene er vitne til eller deltar i.

Komiteéns leder har tatt initiativ overfor McGill University i Montreal og skal i april 2013 besøke det medisinske miljøet der, sammen med visedekan for undervisning Arne Tjølsen. Ved McGill ligger de langt fremme når det gjelder medisinsk pedagogikk, profesjonalitetsundervisning og «faculty development». Forfatterne av boken *Teaching medical professionalism*²⁰ arbeider ved McGill og har satt av god tid til samtaler med representantene fra Bergen.

Vi ser arbeidet med å inspirere de vitenskapelig ansatte og skape entusiasme rundt studieplanen som helt avgjørende for å lykkes med å forbedre utdanningen i årene fremover. Komiteen er innstilt på å bidra mer konkret i en eventuell neste runde.

Litteratur

1. Brodal P. Om å skape forandring i legers utdanning. I: Schei E, Gulbrandsen A, red. *Forstår du, doktor?* Oslo: Tano Aschehoug, 2000.
2. Marvel M, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *JAMA* 1999;281(3):283-7.
3. Pedersen R. Empathy in medicine. A philosophical hermeneutical reflection [PhD]. Oslo, 2010.
4. Inui TS, Cottingham AH, Frankel RM. Supporting teaching and learning in professionalism - changing the educational environment and students' "navigational skills". I: Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y, editors. *Teaching medical professionalism*. New York: Cambridge University Press, 2009.
5. Schei E. *Hva er medisin*. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
6. Schei E. Den kliniske samtalen. I: Hunskaar S, red. *Allmenntidning*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2013:69-87.
7. Stewart M, Brown JBB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. London: Sage, 1995.
8. Dannelsesutvalget. Kunnskap og dannelse foran et nytt århundre. Innstilling fra Dannelsesutvalget for høyere utdanning. Oslo: Universitetet i Oslo, 2009.
9. Coulehan J, Williams PC. Vanquishing virtue: The impact of medical education. *Academic Medicine* 2001;76(6):598-605.
10. Coulehan J, Williams PC. Conflicting professional values in medical education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2003;12(1):7-20.
11. Agledahl KM, Gulbrandsen P, Førde R, Wifstad Å. Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *Journal of Medical Ethics* 2011;37(11):650-4.
12. Christakis DN, Feudtner C. Temporary matters. The ethical consequences of transient social relationships in medical training. *JAMA* 1997;278:739-43.
13. Pedersen R. Empathy development in medical education--a critical review. *Medical teacher* 2010;32(7):593-600.
14. Skovholt TM, Rønnestad MH. *The evolving professional self. Stages and themes in therapist and counselor development*. New York: John Wiley & Sons, 1995.
15. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London: RCP, 2005.
16. Maudsley G, Strivens J. Promoting professional knowledge, experiential learning and critical thinking for medical students. *Medical Education* 2000;34(7):535-44.
17. Schei E. Skam i pasientrollen. I: Gulbrandsen P, Stang G, Wilmar B, Fugelli P, red. *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal, 2006.
18. Schei E. Makt i lege-pasientforholdet. I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B, red. *Makt og medisin*. Oslo: Makt- og demokratiutredningens rapportserie, 2003.
19. Kunnskapsdepartementet. Kvalifikasjonsrammeverket for høyere utdanning, 2009.
20. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. *Teaching medical professionalism*. New York: Cambridge University Press, 2009.

Appendix 1. TIMEBRUK OG KOSTNADER

Anslåtte brukte timer:

- Introdag med opplæring i å gi konstruktiv tilbakemelding (6 timer)
- Pasientmøte (1 time)
- Mandag – veileder møter studenter (1 time)
- Tilgjengelig
- Gruppesentasjon – ønskelig at veileder er til stede (1 time)
- Evaluering – en gangs tilbakemelding på 8 studenters 3 refleksjonsnotater (1 time 15 min per student).

Totalt 19 timers arbeid

Per veileder: 3.230,- (19 timer) brutto (170 kr/time)

Totalt (20 studentveiledere): 64.600 kr

Appendix 2. REKRUTTERING AV ELDRE STUDENTER

Vil du være veileder for yngre studenter i deres første møte med pasienter?

Høsten 2013 starter det opp et nytt fag, "Pasientkontakt" (PASKON1), for de nye studentene som begynner på profesjonsstudiet i medisin. Dette kurset er en spe start på å få mer profesjonsutvikling inn i utdanningen vår, og studenter skal møte pasienter tidlig i studiet, og forsøke å forstå hvordan det føles å være syk. Kommunikasjonsevner, empati, innlevelsesevne og profesjonalitet er kvaliteter som er viktig i arbeidet som lege, og nå får førstekullingene mulighet til å utvikle dette tidlig! Dette krever god oppfølging og veiledning, og til dette trenger vi 20 eldre studenter.

Du er

- ivrig etter å dele din kunnskap og erfaring
- forståelsesfull for at et pasientmøte kan være utfordrende og skummelt
- opptatt av pasientkommunikasjon og viktigheten av å se et helt menneske

Hva får du ut av dette?

- Du får god kjennskap til to pasienter, og de kan lære deg mye om sine opplevelser.
- Du blir kjent med 8 studenter på førsteåret på medisin.
- Du får god pedagogisk erfaring ved å veilede og gi tilbakemelding til studentene.
- Du får innsikt i mange refleksjoner fra ett pasientmøte.
- Du vil bli utfordret faglig og personlig.
- Du vil samarbeide med og bli kjent med andre veiledere.
- Du får lønn.
- Du får attest på arbeidet ditt.

Dersom du er interessert, skriv max én side om hvorfor du ønsker å bidra på dette kurset.

Mvh

.....

Appendix 3. ARBEIDSAVTALE



UNIVERSITETET I BERGEN

ARBEIDSAVTALE

MIDLERTIDIG TILSETTINGSFORHOLD

TIMELÆRER

Navn:P.ident.:

har inngått følgende arbeidsavtale med: UNIVERSITETET I BERGEN.

Tilsetningsvilkår Tilsetningsvilkår ved tiltredelse (jfr. også evt. utlysningstekst)

Institutt/Avdeling: **Institutt for global helse og samfunnsmedisin**

Stillingsprosent/antall timer pr. ukeFaktor for forberedelse:

Tjenesteansiennitet: Lønn tilsvarende stillingskode: **1019**

Timesats (inkl. tid til for- og etterarbeid (denne satsen påføres timeregning):

Lønnstrinn ved tiltredelse: **34** i statens regulativ.

Tiltredelsesdato:Siste arbeidsdag:

Arbeidets art:

Adr.:Kontonr.:

Leveret skattekort/frikort (ja/nei, evt tidl.)? _____ Skattekommune: _____

Tilsetningsforholdet opphører uten skriftlig oppsigelse ved arbeidsforholdets opphør.

Tilsettingen skjer med plikt til å rette seg etter de til enhver tid gjeldende bestemmelser.

Tilsettingen er midlertidig i henhold til Lov om Statens tjenestemenn; § 3 nr. 2 pkt.).

Generelle lønns- og arbeidsvilkår reguleres av hovedtariffavtalen i staten.

Lønn utbetales etter attesterte og anviste timelister.

Arbeidstid avtales i hvert enkelt tilfelle (begrenset oppad til 13 timer per uke inkludert forberedelsesfaktor).

Ferie og feriepenger tilstås i henhold til Ferieloven og sentrale særavtaler.

Oppsigelsesfrister er nedfelt i Lov om statens tjenestemenn, §§ 8, 9, 10. og 11.

Prøvetid er 6 måneder, jf. Lov om statens tjenestemenn § 8. Prøvetid gis normalt ikke ved overgang fra en stilling til en annen ved UiB, eller ved forlengelse av midlertidig tilsetningsforhold som har vart over 6 måneder.

Generelle rammebetingelser for tilsetningsforholdet er for øvrig regulert i:

Universitetsloven, Lov om statens tjenestemenn m.m., Arbeidsmiljøloven, Folketrygdloven, Lov om Statens Pensjonskasse (ved arbeidstid på minst 14 timer per uke), Lov om aldersgrenser, Hovedavtalen i Staten, Tilpasningsavtalen ved UiB, Lov om offentlige tjenestetvister, Personalreglement for

vitenskapelige stillinger stillinger, samt Særavtale om lønns- og arbeidsvilkår for undervisnings- og forskerstillinger ved universitetene og høyskolene.

Arbeidstaker beholder et eksemplar av kontrakten, arbeidsgiver (institutt/fakultet/avdeling) beholder det andre.

.....

Dato

.....

Dato

.....

Arbeidstakers underskrift

.....

for Universitetet i Bergen