
Studiekvalitet - bare et honnørord?

REDAKSJONELT

BRODAL P

De fleste av oss har meninger om hva som er viktig for god studiekvalitet, men den aktuelle mediedebatten om undervisning og eksamen for lærerhøgskolestudenter og andre avslører at det finnes dyptgående ulikheter i synet på dette. Når det opptrer høy strykprosent eller andre forhold som tolkes som tegn på dårlig studiekvalitet, pekes det raskt ut noen enkle årsaker. Dessverre bygger slike raske slutninger som oftest på en mangelfull forståelse av de mange faktorer som virker sammen når det gjelder studiekvalitet. Studiekvalitetsutvalget (1), under ledelse av professor Gunnar Handal, gav en dyptgående drøfting av studiekvalitet og redegjorde for de grunnleggende forhold som må endres om man ønsker reelle bedringer. De fremhevet blant annet at studiekvalitet må forstås som et kulturfenomen. Med en slik definisjon følger også erkjennelsen av utdanning som en vekstprosess som er underlagt andre lover enn en produksjonsprosess (2). Derfor bærer det lett galt av sted om produksjonstankgang får dominere studieplanlegging.

Jeg har her valgt ut enkelte forhold som kanskje kan ansees som nøkkelfaktorer for studiekvaliteten i dagens medisinstudium.

Gode fagmiljøer har mer enn spisskompetanse

Gode og kreative fagmiljøer er en forutsetning for god studiekvalitet. Dette omfatter blant annet kvalitetsforskning på et bredt felt innen medisinen - ikke bare konsentrert om enkelte spydspisser. Det betyr at universitetsklinikkene må ha klinisk kompetanse på høyt nivå på alle større felter av medisinen - ikke bare på områder hvor de har regionale eller nasjonale oppgaver. Det betyr også at pasientgrunnlaget må være tilstrekkelig bredt - det kan ikke begrense seg bare til pasienter som trenger høyspesialiserte tjenester.

Det ligger en fare i at høy faglig standard i dag ofte oppfattes som synonymt med høyspesialisering. Høy medisinskompetanse omfatter noe mer, nemlig en bredde i kunnskaper og engasjement som gjør det mulig å se det spesielle som endel av et hele - enten det gjelder et helt studium, eller en pasients totalsituasjon.

Læringsmiljøer er truet

For å få et inntrykk av læringsmiljøet kunne man måle temperaturen på lærernes engasjement når det gjelder studentene og deres læring. Hvis temperaturen er lav, vet vi at læringsmiljøet ikke kan være særlig godt - uansett hvor faglig fremragende miljøet ellers måtte være. For at en avdeling skal ha et godt læringsmiljø, fordres det at alle ansatte - ikke bare de med universitetsstilling - ser opplæring av yngre som en naturlig del av arbeidet. Jeg tenker ikke da på den studieplanfestede undervisningen - den skal selvfølgelig ivaretas av de universitetsansatte - men på detalldrike potensielle læringssituasjonene som oppstår i løpet av et døgn. Én selvsagt forutsetning er at studentene er mye til stede i avdelingen - noe som dessverre sjelden er tilfellet i dag. Før vi legger skylden på studentene, bør vi sørge for å rydde tid på timeplanen for slik tilstedeværelse, sørge for at studentene utgjør en naturlig del av avdelingen og lage eksamen slik at det er like effektivt å være i avdelingen som å sitte på lesesalen.

For store grupper

En annen nøkkelfaktor når det gjelder studiekvalitet er gruppestørrelsen. Dette gjelder praktisk klinisk undervisning spesielt, men også muligheten for å drive annen form for studentaktiviserende undervisning. En rekkesentrale elementer som inngår i god studiekvalitet forutsetter arbeid i smågrupper (3). Situasjonen nå er dessverre at økt studenttall og hardere arbeidspress for de universitetsansatte fører til økning i gruppestørrelse. De fleste vil vel være enige i at grupper på seks til åtte (som dessverre er ganske representativt) ikke er optimalt for læring av kliniske ferdigheter.

Hva kan gjøres?

Bedring av læringsmiljøet krever samordnet innsats fra fakultetenes og sykehusenes ansatte. Det store ansvar som ligger hos ledelsen på alle nivåer må likevel fremheves. Hvis ikke avdelingsledelsen klart formidler hva som er et kollektivt ansvar som del av en universitetsklinikk, skal man ikke undres over at de underordnede i en stresset hverdagsprioriterer tid til opplæring av vordende kolleger. På samme vis har sykehusledelsen ansvar for at rammebetingelsene er slik at det er mulig å drive god studentundervisning. Hvis ledelsen for eksempel stiller seg positiv til "studentvennlig" poliklinikk, men ikke er villig til å akseptere redusert produktivitet, tas ikke dette ansvaret på alvor. Lengre tid avsatt per pasient og ekstra administrativ hjelp burde være selvsagte anvendelsesområder for funksjonstilskuddet.

I tillegg til at ansvaret for god studiekvalitet ligger hos hver og en av oss, er myndighetene ansvarlig for det effektivitetspresset som nå truer universitetsklinikkenes læringsmiljøer. Problemene forsterkes av økt opptak på kortvarsel. Usikkerhet om studenttall og rammebetingelser hemmer også nytenkning når det gjelder bedring av studiekvalitet. Det tar tid å bygge opp fagmiljøer - blant annet er det umulig på kort varsel å skaffe tilstrekkelig antall kompetent lærere innen basalfagene og flere av laboratoriefagene. Hvis ikke slike fagpersoner finnes, mangler grunnmuren for god medisinsk studiekvalitet.

Publisert: 30. august 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.