

En integrert, problembasert studieplan for medisinerutdanningen i Oslo har i år sitt tiårsjubileum. Selv om effektene av reformen ikke er avklart, bør reformens grunnprinsipper hegnes om

Oslo 96 – ti år etter

Det er i disse dager ti år siden innføringen av den nye studieplanen for medisinerutdanningen ved Universitetet i Oslo – Oslo 96. I likhet med beslektede studiereformer i Tromsø og Trondheim er studieplanen resultat av bevisste valg av til dels ideologisk karakter (1). Det tidkrevende forarbeidet med studieplanen, som startet i 1990, tok utgangspunkt i grunnleggende prinsipper knyttet til pedagogisk teori og morgendagens utfordringer for leger (2, 3). Disse prinsippene kan stikkordsmessig oppsummeres slik:

- Integrering. Undervisningen skal formidle sammenhengen mellom ulike fagområder, spesielt mellom basalfag og kliniske fag, som et mottrekk mot en tiltakende fragmentering og spesialisering av medisinen.
- Dybdelæring. Undervisningen skal legge mer vekt på forståelse av grunnleggende prinsipper fremfor memorering av fakta, noe som fremmer den praktiske anvendelsen av innlærte kunnskaper i en senere yrkesrolle.
- Studentaktive, samarbeidsorienterte læringsformer. Studentenes aktive egeninnsats er den viktigste betingelsen for læring, både i grunnutdanningen og i et livslangt perspektiv. Slik innsats bør finne sted i et sosialt fellesskap for dermed å forberede studentene til tverrfaglig samarbeid.

Flere virkemidler ble tatt i bruk for å realisere disse grunnleggende prinsippene (1). Skillet mellom prekliniske og kliniske fagområder ble opphevet; i stedet ble hvert semester bygd opp omkring organer og organsystemer. Mengden av organisert undervisning, spesielt forelesninger, ble kraftig redusert for å legge til rette for selvstudier. Og ikke minst ble problembasert læring (PBL), der 6–8 studenter arbeider strukturert med en pasienthistorie under veiledning, innført som en sentral undervisningsform (3).

Sentrale spørsmål etter ti år er: Hva ble konsekvensene av den nye studieplanen? Utdanner Universitetet i Oslo bedre leger nå enn for ti år siden? Spørreskjemaundersøkelser indikerer at studentene nå er mer fornøyde enn de som da fulgte de tradisjonelle studieplanene (4, 5), og at de i større grad har aktive læringsstrategier (4). Det er også holdpunkter for en positiv sammenheng mellom dybdelæring, grad av tilfredshet og eksamensresultater (6). Slike undersøkelser sier imidlertid intet om studieplanens overordnede mål, som jo er å forme den påfølgende yrkesutøvelsen. Bredere anlagte forskningsprosjekter, for eksempel en prospektiv sammenlikning av kohorter utdannet etter ulike studiemodeller, vil kunne gi verdifull informasjon (7). Vi vil også fremheve betydningen av kvalitative forskningsdesign, som kan gi en mer grunnleggende forståelse av læringsprosessene. En evaluering som utelukkende baserer seg på kvantitative metoder, har ofte begrenset validitet og er dermed lite egnet som beslutningsgrunnlag for en revisjon av studieopplegget.

Utdanningsvirksomhet kan imidlertid ikke støtte seg på empiri alene, men involverer også verdibaserte valg og kvalifisert synsing. Studiemodellen må videreutvikles i samsvar med den medisinske fagutviklingen og endringer i helsevesenets rolle i samfunnet. Dette innebærer blant annet økt vektlegging av etisk refleksjon, evne til kunnskapshåndtering og forståelse for medisinsens samfunnsmessige betydning. Men vi vil advare mot «politisk korrekte» revisjoner. I en tid der legerollen står i fare for å reduseres til en slags avansert funksjonær, er det spesielt viktig at fremtidige leger får en

bred, felles faglig plattform, og at de utvikler karakteregenskaper som selvstendighet, ansvarlighet og integritet. Den medisinske grunnutdanningen skal ikke primært være et studium i teknikk, men skal bibringe studentene dannelse, i vid forstand.

Grunnprinsippene som Oslo 96 bygger på er velegnet for å oppnå slike overordnede målsettinger. Vi frykter likevel at prinsippene ikke alltid virkelig gjøres og etterlevs. En fersk undersøkelse indikerer riktignok at studieplanen ikke har forvitret med hensyn til ytre, organisatoriske forhold (8), men dette sier lite om det konkrete innholdet i undervisningen og om mer grunnleggende trekk ved læringssituasjonen. Utvikler for eksempel studentene evnen til aktivt å innhente ny kunnskap, eller blir reduksjonen i lærerstyrt undervisning en sovepute? Brukes problembasert læring til faglig utfordrende diskusjoner om sammenhenger og forståelse av komplekse fenomener, eller degenerer gruppemøtene til overflatelæring der ingen føler ansvar for egen eller andres læring? Har reformen medført en byråkratisering som svekker lærernes autonomi og dermed deres evne til å begeistre og motivere studentene?

Tiårsjubileet for Oslo 96 bør derfor være en anledning til selvransakelse. Selv om studieplanen ble gjennomført uten ekstra tilførsel av ressurser (9), er det ingen tvil om at et fagintegriert, problembasert studieopplegg krever større arbeidsinnsats fra fakultetets ansatte enn et tradisjonelt fagoppdelt studieopplegg. Dette understreker betydningen av at alle som er involvert i undervisningen tar et felles ansvar for å sikre at intensjonene i Oslo 96 etterlevs, slik at effekten av reformen skal bli best mulig.

Vegard Bruun Wyller

vegard.bruun.wyller@rikshospitalet.no

Per Brodal

p.a.brodal@medisin.uio.no

Vegard Bruun Wyller (f. 1972) er doktorgradsstipendiat ved Barneklubben, Rikshospitalet-Radiumhospitalet og Avdeling for fysiologi, Universitetet i Oslo. Han hadde en sentral rolle i planleggingen og evalueringen av Oslo 96.

*Per Brodal (f. 1944) er professor i anatomi ved Universitetet i Oslo. Han ledet arbeidet med planleggingen og innføringen av Oslo 96 og er for tiden studie-
dekan ved Det medisinske fakultet i Oslo.*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Brodal P. Oslo 96 – hva var de viktigste endringene, og hvordan har det gått? I: Lindbæk M, Straand J, red. Allmenmedisinske spor. Oslo: Unipub forlag, 2006: 113–27.
2. Handal G. Utdanning av medisinerer – det pedagogiske perspektivet på Oslo 96. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1931–3.
3. Schmidt HG. Foundations of problem-based learning: some explanatory notes. Med Educ 1993; 27: 422–32.
4. Wiers-Jenssen J, Aasland OG. Har Oslo 96-reformen ført til endringer i studenttilfredshet og studieatferd? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2100–3.
5. Wyller VB. Oslo '96 – hvordan går det? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 909–15.
6. Wyller VB, Wyller TB. Relations between background, process and outcome in the first semester of a new, problem-based medical curriculum. Med Teach 2002; 24: 502–6.
7. Wiers-Jenssen J. Skaper ulike studieordninger ulike leger? Bakgrunn for evaluering av «Oslo96» – medisinerutdanningsreformen ved Universitetet i Oslo. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning, 2004.
8. Handal G, Lycke KH. Studieplaners liv og forvitring. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 74–7.
9. Wyller VB, Brodal P. Hindrer ressursmangel gjennomføring av pedagogiske reformer i medisinerutdanningen? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 684–6.