

hjelp i miljøet. Derfor ble det også etter hvert ved Det medisinske fakultet i Oslo tilbud om forskerkurs i tillegg til alle de øvrige kursene.

Etter at doktorgradssystemet ble lagt om,⁴⁵⁰ som et ledd i harmoniseringsprosessen med utlandet, avlegger nå et stadig voksende antall ph.d.-graden istedenfor den tidligere *doctor medicinae*. Dette skjer innenfor et strukturert opplegg med obligatoriske forskerkurs. Og disse doktorgradskandidatene velger ikke å gå på kurs, de *må*.

Nå (2014) har Det medisinske fakultet i Oslo til enhver tid ca. 1200 slike ph.d.-studenter, hvilket betyr at denne formen for videre- og etterutdanning har omtrent samme studenttall som grunnutdanningen.

Fakultetet har simpelthen forandret seg. Nå er prinsippet om livslang læring også blitt *internalisert* der. Men det tok tid før fakultetet tok fatt.

Legeforeningen har også i prinsippet mistet råderetten over spesialistgodkjenningen, som den tidligere ble delegert, til helsemyndighetene. Vil fakultetet gjennom det som der har skjedd kunne gjenvinne noe av den profesjonsstyrende posisjonen de hadde før henholdsvis 1911 og 1914?

35. Studieplanarbeid og mellomspillet «Oslo -96»

Kunnskaper, verdier, meninger – og studieplaner

I 1960-årene vokste det fram en kritikk av undervisningen som nok var berettiget. Forskjellen fra tidligere var at studentene før hadde akseptert at det fantes gode lærere og dårlige lærere. Den økende kritikken falt tidsmessig sammen med at universitetsdemokratiet vokste fram, slik at studentenes stemmer både ble sterkt hørbare og måtte tas hensyn til.

Som vi har sett, har det gjennom hele fakultetets historie vært diskusjon om undervisningens innhold og form. Dette er ikke til å undres over, ettersom både tiden og fagene endrer seg. Nye studenter kommer inn og nye generasjoner av lærere tar over. Her er det noen demografiske forskjeller som også kan ha betydning for hvordan diskusjoner om de samme temaene går i bølger.

Eilert Sundt (1817–1875) beskrev det som er blitt kalt «de Sundtske bølger» i befolkningsutviklingen, nemlig det fenomenet at når det kommer mange nye inn på et bestemt tidspunkt, i hans tilfelle en fødselsboom, kommer det en ny bølge en generasjon senere. Betrakter vi det nye universitetet fra 1811 og vårt medisinske fakultet på samme måte, vil vi se at generasjonsbølgen bevirker nokså sammenfallende utskiftninger ved senere

⁴⁵⁰ Se f. eks. Larsen Ø. Doktorgraden – devaluert eller bare forandret? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1191-3.

tidspunkter, gjerne etter 30-40 år. For Det medisinske fakultetet er det derfor et generasjonsskifte rundt 1850, og et tilsvarende skifte ved slutten av århundret. Vekstfaser med nytilsettinger, slik som i tiden etter Den annen verdenskrig, moderer dette generelle bildet ettersom vi beveger oss framover gjennom historien. Men for *nye fag* vil den samme situasjonen med samtidig utskifting av sentrale personer i miljøet likevel inntreffe.

Studentene derimot, kommer nye hvert år og blir ved fakultetet 6-7 år før de forsvinner ut. De er ikke bundet av gamle tradisjoner, men mer av trender i tiden. Deres holdninger representerer en kontinuerlig utvikling. Studieplandiskusjoner mellom studenter og lærere, mellom studentene innbyrdes og internt i lærerkollegiet må derfor historisk sett diskuteres i lys av i hvilken tidsfase de utspilles i, både for deltakerne og for fakultetet.

Pedagogiske eksperter ble hentet inn som en følge av 60-tallets kritikk, og de så på undervisningsformene. Problemet var da at disse ekspertene ofte hadde liten innsikt i det stoffet som skulle undervises.⁴⁵¹ De hadde gode pedagogiske kunnskaper, men de representerte et fag som hadde sitt eget verdsett, og de hadde sterke meninger om hvordan undervisning skulle legges opp. Disse meningene kunne høres besnærende ut for folk utenfor det pedagogiske fagfelt. Derfor ble de ofte tatt imot relativt ureflektert. Så også ved medisinsk studieplanarbeid. La oss her se på studieplanen «Oslo -96» som et eksempel:

Nye tanker

I Det medisinske fakultets to hundre år lange historie er sytten år med studieplanen «Oslo -96» bare et kort mellomspill. Den ble innført høsten 1996 og avløses høsten 2014 av en ny studieplan. Likevel fortjener studieplanen «Oslo -96» og arbeidet med den spesiell omtale. Innholdet i den belyser pedagogiske prinsipper av allmenn interesse. Innføringen av studieplanen og gjennomføringen av den belyser også interessante trekk ved beslutningsprosessene ved fakultetet.⁴⁵²

Vi har tidligere omtalt hvordan diskusjonene av studieplanene, eventuelt av deres korrelater eksamensreglementene, har vært preget av *teori-praksis*-dikotomien i den medisinske utdanningen. Grovt sett har bildet vært at studentene og de yngre legene har ønsket mer praksis. Fakultetets eta-

⁴⁵¹ Forfatterens erfaringer med dette er fra samfunnsmedisin, der den pedagogiske veiledningen av lærerne ble haltende fordi eksperten ikke skjønnte at det innenfor fagfeltet samfunnsmedisin fantes en rekke ulike temaer som fordret hver sin pedagogiske tilnærming.

⁴⁵² Studieplanen «Oslo -96» er drøftet i større detalj i artikkelen Larsen Ø. The winds from Maastricht. *Michael* 2011; 8: 329-43, og i heftet Medisinsk fakultet i forandring. *Michael* 2013; 10: 209-356 (hefte 3/2013, referat fra aktørseminar 3.12.2012 om Det medisinske fakultet i Oslo siden 1970-årene, også gjengitt i Del 4 i denne boka.)

blerte lærere har forsvart teorien, bortsett fra de blant lærerne som har lagt særlig vekt på å vinne popularitet blant studentene.

Diskusjonene har også dreid seg om *hvor mye* kunnskap som egentlig er nødvendig. Hvor dypt er det nødvendig å gå? Eksempler: Hvor mye anatomi er det nødvendig å kunne? Hvor flink behøver en nyutdannet lege være i lungeauskultasjon? Her er det variasjoner med hva som til enhver tid er studiets mål. Skal den nyuteksaminerte kandidaten beherske å utføre kirurgiske inngrep eller å avfatte kompetente rettsmedisinske erklæringer, er grundige anatomikunnskaper en forutsetning. Under lungetuberkulosens herjinger var høyt oppdrevet auskultasjonsteknikk nødvendig. Dette er blitt mindre viktig i en tid der vi stoler mer på bildediagnostikken – men å tolke bildediagnostikk fordrer også gode anatomiske kunnskaper.

Diskusjoner føres i et *diskusjonsklima*. I dette inngår ikke bare personer, men også strukturer. De gamle professorer var autoritære i den forstand at de var herrer over sine fag, hvilket imidlertid ikke behøvde å bety at de var autoritære som personer. Studentenes forhold til de samme professorer var i ethvert fall inntil midten av 1960-årene gjerne preget av respekt. Kritikkk kunne nok ofte både bli uttalt og i og for seg være berettiget, men det ble ofte med det Johan Scharffenberg allerede i 1890-årene kalte for «hybelkritikk». Kritikken kom ikke fram.

Allerede fra begynnelsen av 1900-tallet begynte det å bli formell studentrepresentasjon i Universitetets organer. Dette utviklet seg videre og gjorde det etter hvert lettere å føre drøftinger om f. eks. studieplanene, men det var først etter reformene som fulgte etter Brodalkomiteéns innstilling i 1970 at det ble fart, form og forpliktelse over dette.

Fra slutten av 1960-årene begynte autoritetsrespekten å bli mindre. Kombinert med at man nå hadde formelle diskusjonsarenaer, kunne problemer tas opp og planer legges i en mer avslappet og konstruktiv atmosfære. Men så kom de opprørske 1970-årene, der det antiautoritære ble en drivkraft i seg selv.⁴⁵³

På siden av dette sto Den norske legeforening med sin egen agenda. Styringsambisjonene var sterke. Fordi foreningen var delegert ansvar for videreutdanning, etterutdanning, spesialistutdanning og spesialistgodkjenning, hadde den for så vidt allerede overtaket på viktige deler av den faglige utformingen av legeprofesjonen.

Som vi har sett, vokste allmennmedisinen fram som akademisk fag i 1960-årene med initiativ og sterk støtte fra Legeforeningen, hvilket implisitt var en støtte til den praksisrettede linjen i undervisningsdebatten. Lege-

⁴⁵³ Universitetet i Tromsø ble etablert i 1968 og undervisning i medisinske temaer kom i gang tre år senere. I planleggingsfasen her var de antiautoritære holdningene framtrepende.

foreningen var representert i fora ved fakultetet der man drøftet undervisning. Tidsskriftets redaktører i etterkrigstiden var interessert i undervisning. Foreningen hadde til og med en egen avdeling for medisinsk undervisning, en slags vakthund som en tid hadde tilhold på foreningens nye konferansesenter Soria Moria på Voksenkollen fra åpningen i 1983.

Vi har omtalt hvordan Universitetet, medisinen og fakultetet var gått inn i en ny tid da krigstiden var over, men vi har også argumentert for at mye av det som foregikk, var i gammel stil. De siste forelesere som leste høyt fra en manuskriptbunke med uklar begynnelse og fjern avslutning, forsvant sannsynligvis for godt da 1950-tallet var omme. Likevel slet studentene med f. eks. ukoordinert undervisning. Det var også enkelte pedagogisk sett dårlige, men i og for seg velmenende lærere. På 1960- og 1970-tallet ble dette ikke lenger akseptert av studentene. De syntes ikke at det å slite med dårlige lærere burde være en del av forberedelsene til yrkeslivet.

Det er likevel ikke tvil om at det var ønsket om *praktisk læring* som lå under debatten hele tiden. Tidlig pasientkontakt hadde det vært lite av i studiet, likeledes av annen sosialisering inn i doktorrollen enn den studentene hadde skaffet seg selv ved å bruke sansene når de var rundt i medisinske miljøer og ved å ha ekstrajobber på sykehus.

Mens lærernes verdigrunnlag og meninger var preget av det kunnskaps-tilfanget de gjerne ville formidle, var – som vi allerede har berørt – studentenes verdigrunnlag og meninger ikke nødvendigvis det samme. De var også opptatt av at studiet ikke måtte være for overveldende, og at det måtte være forenlig med tidens krav til studentliv. I dette dannet det seg noen nærmest udiskutable aksiomer, f. eks. at *forelesninger* var helt avleggs. Forelesninger som undervisningsform var således – paradoksalt nok – en skyteskive for ivrige studentaktivister som knapt nok selv hadde opplevd en forelesningsserie i det hele tatt.

Det var med andre ord et nytt klima for å tenke nytt i 1970- og 1980-årene.

I første del av 1970-årene arbeidet en studieplankomité med mikrobiologen Kåre Jyssum (1920–1987) som formann. Man ville ha kjernepensum, valgfrie perioder og integrering av fag. Dette hørtes bra ut, men det ble likevel ikke så store endringer. Man stokket litt rundt på fagene i første avdeling. Men det ble ikke noen prinsipielle endringer. Dette var det heller ikke så lett å få til, tatt i betraktning av at Det medisinske fakultet ved slutten av 1980-årene besto som vi har sett av mer enn hundre forskjellige enheter. De fleste av disse var riktignok små, men de var like fullt selvstendige og autonome og skulle ha et ord med når noe skulle endres.

Nye tanker ble tenkt. De trengtes også. Noe måtte skje som kunne gi fart i sakene.

Fram mot Maastricht

1970-årene var rare år. Autoritet var liksom feil, uansett hvordan den var. Formell autoritet kunne rett nok tjene på å brynes i mange tilfelle. Men det ble også satt spørsmålstegn ved faglig autoritet, som f. eks. *legens*. Proteststorm og radikalisering var betydelig mer utbredt ved andre fakulteter enn ved det medisinske, men likevel, man hørte mer på innvendinger og motforestillinger enn før. Kanskje var lærere og ledelse den gangen simpelthen litt redde for utviklingen?

Mange av de klagemomentene man hadde hørt om før, kfr. ovenfor, kom nå opp med større tyngde. Nye momenter kom også til, som f. eks. eksamensordningen med sin graderte karakterskala.

Det var også kommet inn i undervisningen en *faglig kursendring* av betydning. Innføringen av allmennmedisin som akademisk fag hadde styrket interessen for det primære, uselekterte møtet med en pasient, slik man har det i allmennmedisinsk praksis. Som en følge av dette kom *pasienters egenopplevelse* mer i blikkfeltet, dvs. man styrket «pasienten i fokus»-aspektet i argumentasjonen. Dette skjøv balansen over mot praksis på bekostning av teori.

I 1972 ble World Federation for Medical Education (WFME) dannet. Den hadde en europeisk underavdeling, the Association for Medical Education in Europe (AMEE). Studenter og lærere deltok på møter her. Gjennomgangstemaet var å gjøre undervisningen pedagogisk bedre og mer praksisrelevant.

I 1970-årene ble også faget medisinske atferdsfag bygd opp ved Det medisinske fakultet i Oslo. Det hadde neppe vært særlig uenighet om at medisinerstudenter trengte å lære mer psykologi til bruk i sitt møte med pasienter enn det de hadde lært til *examen philosophicum*, f. eks. gjennom professor Harald Schjelderups (1895–1974) forelesninger. Derfor ble det gitt timer i medisinsk psykologi. Lærerkrefter fra det samfunnsvitenskapelige miljøet sto for dette, blant andre psykologen Arvid Ås (1925–1969) som ble professor i 1968. Medisinsk psykologi var foreslått som eksamensfag for medisinerere i 1965. Men kort tid etter utnevnelsen døde Ås plutselig under et forskningsopphold i Uganda. Da var det duket for å ta opp psykologi i medisinerundervisningen på nytt.

Det var dessuten i tråd med WHO's helsedefinisjon at man skulle beskjeftige seg mer bredt med hva som var medisinsk relevant. I USA hadde det derfor utviklet seg et medisinsk fagområde kalt *behavioral sciences*. Det

anla et overordnet syn på menneskelig atferd. Historie, sosiologi, psykologi og psykiatri skulle danne en helhetlig bakgrunn for legenes arbeid. De skulle også få emosjonell innsikt, som Einar Kringlen sier det: «De skulle få kunnskaper om menneskets normale livssyklus og kriser og om psykiske og sosiale faktorerets betydning for helse og sykdom.» Dette var grunnen til at man også i Norge ville innføre medisinske atferdsfag som en motvekt mot den biologiske overvekten mange mente medisinstudiet hadde fått.⁴⁵⁴

Sykdomsspekterets dreining over mot mer livsstils- og levekårbetingede sykdommer i de vestlige land var også en viktig faktor. Planleggingen av medisinstudiet i Tromsø fra 1968 tok opp dette, sammen med tidlig pasientkontakt og bedre fagintegrering mellom teori og klinikk. Det var naturlig at man også diskuterte dette i Oslo. Så kom et annet moment inn: I 1969 ble det fart i sakene også fordi man ved planleggingen av et nytt preklinisk bygg måtte ta hensyn til arealbehovet ved større studieplanendringer.

I 1976 ble en ny studieplan vedtatt der medisinske atferdsfag var på plass. I 1977 tiltrådte fagets første professor Einar Kringlen (f. 1931), og i 1978 var det nye hovedfaget i gang i det nye Preklinisk Bygg på Gaustad.

Innføringen av medisinske atferdsfag førte til at både økonomiske ressurser og plass på timeplanen måtte avgis fra andre fag. Det var påfallende lite motstand mot dette. Var det fordi «pasienten-i-fokus»-argumentet og annen vanskelig motsigelig retorikk vant fram? Eller var det fordi argumentene passet godt sammen med tidens antiautoritære stil, slik at man var mot det bestående uansett? Tredje mulighet er selvsagt at idéen om å innføre medisinske atferdsfag hadde mye for seg, og at det var nå idéen hadde sin besøkestid.

Ute i det norske samfunnet foregikk det også andre prosesser som det er grunn til å observere. 1970-årene ble det tiåret da miljøbevegelsen begynte å bli synlig og mektig i Norge.⁴⁵⁵ Her er det et paradoks. Man kunne forventet at interessen for sammenhengen mellom miljø og helse og for profileringen av legens rolle overfor miljøpåvirkningene hadde skutt fart og påvirket fakultetets undervisningsdebatt, men dette skjedde egentlig ikke. Selv ikke arbeid og helse, et felt som var mye framme i offentligheten på grunn av forarbeidet til Arbeidsmiljøloven av 1977, fikk særlig oppmerksomhet ved fakultetet, kanskje fordi dette ble oppfattet mer som et politisk enn som et medisinsk tema.

⁴⁵⁴ Kringlen E. *Personlig meddelelse*, mail 18.6.2013.

⁴⁵⁵ F. eks. var den etter hvert slagkraftige organisasjonen «Natur og Ungdom» blitt dannet i 1967. Se også bøker og skrifter av blant andre Bredo Berntsen om hvordan naturvern forflyttet seg fra vern av gamle trær til økopolitikk.

Vi hadde inntil videre *distriktslegene* som nøkkelpersoner i primærhelsetjenesten rundt om i landet. Distriktslegens posisjon innebar ansvar både for enkeltpasienten og for miljøet. Men dette førte – paradoksalt nok – *ikke* til noen styrking av hygiene eller miljømedisin ved fakultetet. Tvert imot var «hygiene» blitt omdøpt til det mer tannløse «forebyggende medisin» og miljøet der konsentrerte seg mer og mer om epidemiologi. I diskusjonene om hvordan studiet skulle være, var det «pasienten i fokus» som vant.

Diskusjonene om legestudiets profil var ikke spesifikke for Norge. De foregikk i andre land også. Studier ble endret, og vi så på det med interesse. Hva skjedde f. eks. ved McMaster-universitetet i Canada i 1960-årene? Ved Harvard eller ved New Mexico School of Medicine i USA? Ved University of Newcastle i Australia? Ved Hälsouniversitetet i Linköping? Men var *konteksten* på disse stedene sammenliknbar med norske forhold?

Disse diskusjonene falt imidlertid sammen med en annen utvikling, nemlig det etter hvert store behovet for nye leger som legeskoler rundt i verden prøvde å dekke. For den som ville studere ute, var det mange steder å velge i. I motsetning til i Norge ble det imidlertid «studentenes marked» i utlandet. De kunne i større grad velge studiested ut fra sine preferanser.

Det er på dette tidspunktet i 1970-årene at et nytt ord dukker opp i undervisningsdebatten i Norge: *Maastricht*.

Modellen fra Maastricht

Limburg-området i Nederland, der byen Maastricht ligger, er et gammelt gruvedistrikt, der økonomien var på hell ved inngangen til 1970-årene og man måtte etablere nye aktiviteter. Limburg-universitetet ble omdøpt til Maastricht University. Det har slagordet «Leading in learning». Her startet man opp med et medisinsk studietilbud i 1974, til og med før de offisielle formalitetene var blitt i orden i 1975, og i 1976 kunne de første studentene ønskes velkommen.

Den medisinske studiemodellen man tilbød, hadde tatt opp i seg både gammel og ny kritikk mot medisinsk undervisning. Den spilte dessuten opp til tidens antiautoritære holdninger og hadde et åpenbart konkurransefortrinn. Bak Maastricht-modellen lå det tre hovedidéer:

Den *første* hovedidé var *problembasert læring (PBL)*. Ved å ha gruppearbeid med strukturert diskusjon av forberedte læringsoppgaver kunne man erstatte tradisjonelle kurser og forelesningsserier. Gruppene skulle bestå av sju til ni studenter, med en veileder som ikke nødvendigvis var fagkompetent, men som hadde som sin oppgave å styre diskusjonen, slik at alle kom med og slik at man var innom alle de læringsmålene som oppgaven skulle

dekke. Hver oppgave hadde to seanser, der man i den første identifiserte læringsmålene, og så presenterte og diskuterte disse for hverandre et par dager senere.

PBL-modellen er «demokratisk» i den forstand at den overfører ansvaret for innlæringen til studentene selv. Mange av tidens unge studenter vil også være vant til gruppearbeid fra tidligere skolegang. PBL-undervisningen er antiautoritær fordi den reduserer lærerens rolle i undervisningssituasjonen og overfører lærerinnnsatsen til utarbeidelsen av oppgavene og til den mer kortfattede, ledsagende, øvrige undervisningen. Især forelesninger er det få av i en Maastricht-inspirert studiemodell.

På den annen side profileres medisinen til å bestå i å løse enkeltproblemer, ofte knyttet til kasuistikker, dvs. til enkeltpasienter. Faren ved PBL-metoden er også at ferske studenter kan få inntrykk av at slike problemer kan løses ved *å snakke om dem*.

Andre hovedidé ved Maastricht-modellen er *integrering* av de medisinske fagene helt fra studiestart. Studentene får kontakt med hele medisinsens bredde, fra å møte «ekte» pasienter til å lære om vitenskapen som ligger bak forståelsen av sykdomsprosessen og den behandlingen som settes i verk, til de samfunnsmessige påvirkningsfaktorene og konsekvensene.

I løpet av studieårene presenteres dette på en måte som er Maastricht-modellens *tredje* hovedidé, nemlig den såkalte *spirallæring*. Stoffet kommer om igjen ettersom studiet skrider fram, men med stadig større dybde. Ved studieslutt skal da kunnskapsnivået være både jevnt og høyt, med en faglig dybde man er blitt enige om, over hele det feltet som studieplanen har definert som det kunnskapstilfanget en nyutdannet lege skal ha.

Maastricht-modellen slo godt av ved Universitetet i Oslo. Den samsvarte med tidens studiekritikk også her. Modellen var ny, så man hadde ikke så mange *kunnskaper* om den, men den passet inn med *verdier* som gjaldt i tiden og det var en utbredt *mening* at dette var bra. Maastricht var framtiden.

Så var det at det var planlagt et helt nytt Rikshospital på Gaustad. Skulle man satse på PBL-undervisning, måtte nybyggingen tilpasses dette. I tillegg måtte man altså også utvide lokalene der det meste av preklinikken holdt til. Derfor hastet det.

Det var blitt noe enklere å foreta reformer enn før. Universitetsdemokratiet og de 106 fakultetsenheterne gjorde alt tungrodd. Mottrekking som ble valgt sa seg selv, da det anvendes i mange sammenhenger. Ved sammenslåing til større enheter får ledelsen færre å forholde seg til og avstanden mellom dem som ledes og deres ledelse blir større. Da fakultetet ble admi-

Dagens hovedmål

Grunnutdanningen skal være felles for alle leger.

Studenten skal i løpet av studiet, gjennom praktisk og teoretisk utdanning, og gjennom stadig kontakt med pasienter

- ha ervervet nødvendige kunnskaper og ferdigheter som grunnlag for senere spesialisering innen alle spesialiteter og for å kunne gjennomføre turnustjenesten og deretter fungere adekvat i helsevesenet
- ha utviklet holdninger og arbeidsformer som avspeiler selvstendighet, evne til vitenskapelig tenkemåte og ansvarsbevissthet
- ha kunnskap om og erfaring i samarbeid innenfor helsearbeidets viktigste områder
- ha utviklet de nødvendige holdninger og ferdigheter for livslang læring

Figur 107: Mål for medisinstudiet pr. oktober 2002. (Fra Larsen Ø. op.cit. (2002) s.128)

nistrativt reorganisert og de tidligere 106 selvstendige enhetene fra 1.1.1990 ble samlet i seks instituttgrupper, ble «kommandolinjene» enklere.

Studieplanarbeidet var omfattende. Det ble ledet av den i alle kretser høyt respekterte nevroanatomen Per Brodal (f. 1944). Dette personvalget var nok en av forutsetningene for å få gjennom en helt ny og annerledes studieplan, benevnt «Oslo -96», som ble satt i verk ved høstsemesterets begynnelse i 1996.

Høsten 1996 var alt nytt for de studentene som da begynte. Lærerne hadde nå fem og et halvt tøffe år foran seg, for de hadde samtidig de studentene som var tatt opp tidligere og som fulgte den *gamle* studieplanen. Denne planen hadde helt annen logikk bak seg og en helt annen logistikk. Dessuten hadde «Oslo-96» studentopptak to ganger i året.

Hvordan hadde egentlig beslutningsprosessene vært? Dette er vanskelig å vurdere. På den ene side var det *konteksten* – tid, sted, andre prosesser. Så var det *engasjerte personer* som gikk inn for saken. Og saken selv inneholdt momenter av den typen det simpelthen var *vanskelig å si nei til*.

Den omfattende gruppeundervisningen var ressurskrevende. Mange lærere syntes dessuten at deres undervisningstid kunne anvendes bedre. På den annen side kan veilederens nærkontakt med en liten studentgruppe over tid oppleves som svært verdifull av begge parter.

En studieplan som følger Maastricht-modellen kan virke framtidsrettet og dynamisk, men den er også *statisk*. Den lar seg nemlig vanskelig forandre underveis, fordi fagintegrasjonen gjør den så komplisert at selv en liten endring ett sted gir ringvirkninger mange andre steder. Fakultetet i Oslo valgte dessuten å gjennomføre studieplanen i sin helhet, dvs. fram til 2002, før man ville gjøre revisjoner.

I diskusjonene som førte fram til «Oslo -96» blandet det seg inn en annen diskusjon av et tema som mange studenter og enkelte lærere syntes var demokratisk og moderne, nemlig *bestått – ikke bestått* istedenfor eksamenskarakterer. Dette ble også vedtatt, nærmest i dragsuget etter den nye studieplanen. Hvor gjennomtenkt karakter-reformen var med alle dens konsekvenser, vites ikke. Men den tilslørte i alle fall vurderingen av den pedagogiske effekten av «Oslo -96».⁴⁵⁶

⁴⁵⁶ Fakultetet har lagt opp til en longitudinell evaluering av «Oslo -96». Se: Wiers-Jenssen J. *Skaper ulike studieordninger ulike leger?* Oslo: NIFU, 2004. Evalueringsoppdraget er gitt til NIFU (Norsk institutt for studier av forskning og utdanning) og Legeforeningens forskningsinstitutt. Disse samarbeider med Senter for profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Prosjektet skal være oppfølgende og strekke seg over ca. 15 år. Prosjektbeskrivelsen er både grundig og interessant, men i omtalen av tidligere undervisningsmodeller (s. 12) omtales «behovet for vitenskapeliggjøring av den medisinske profesjon». Siden Scharffenbergs tid har det snarere vært det omvendte behov som er blitt satt fram med stor styrke.

Sem	Tema	Uker	Basalfag	Uker	Parakliniske fag	Uker	Samfunnsmed.fag	Uker	Klinisk fag	Uker
1	Introduksjon	1								
	Human biologi	7,5	Anatomi og fysiologi	6,4			Allmennmedisin	0,5	Akuttmedisin	0,4
	Vitenskapsteori/		Medisinsk nomenkl.	0,2						
	Medisin og samfunn	10,5	Statistikk	2			Allmennmedisin	0,5		
			Ex.phil (vit.teori)	2			Samfunnsmedisin	2		
							Atferdsfag	3		
							Medisinsk etikk	1		
	Evaluerings	1								
2	Cellebiologi	19	Anatomi og fysiologi	15	Patologi	0,5	Allmennmedisin	0,5		
			Medisinsk biokjemi	3						
	Evaluerings	1								
3	Signalveier		Anatomi og fysiologi	11	Patologi	2	Allmennmedisin	0,5	Undersøk.tekn.	
	Sirkulasjon/respirasjon				Farmakologi	1			(Indremed/)	
	Blod/immuol./mikrobiol				KBF	0,5			kirurgi)	1,5
	Nyre	19			Immunologi	1				
					Mikrobiologi(gen)	1,5				
	Evaluerings	1								
4	Fordøyelse/ernæring	7,5	Anatomi og fysiologi	5	Farmakologi	0,5			Undersøk.tekn.	
					Patologi	0,5			(Indremed/)	
	Bevegelsesapparatet	11,5	Anatomi og fysiologi	5	KBF	0,5			kirurgi)	1
					Patologi	0,5	Allmennmedisin	0,5	Fysikalsk medisin	2
							Samfunnsmedisin	0,5	Kirurgi	1
							Atferdsfag	1	Radiologi	0,5
									Indremedisin	0,5
	Evaluerings	1								
5	Hjerte/kar		Anatomi og fysiologi	3	Farmakologi	1	Allmennmedisin	0,5	Indremedisin	3,5
	Lunge	19			Patologi	1,5	Samfunnsmedisin	0,5	Kirurgi	2
	Nyre				KBF	2	Medisinsk etikk	0,5	Radiologi	1
					Mikrobiologi	0,5	Atferdsfag	1	Anestesiologi	1
									Psykatri	1
	Evaluerings	1								
6	Fordøyelse		Anatomi og fysiologi	3	Farmakologi	0,5	Allmennmedisin	0,5	Indremedisin	2
	Blod	19			Patologi	1	Samfunnsmedisin	0,5	Kirurgi	1,5
	Infeksjon				KBF	1	Atferdsfag	1	Radiologi	0,5
	Hud				Ernæring	0,5			Infeksj.medisin	1
					Mikrobiologi	1			Hud	4
					Immunologi	1				
	Evaluerings	1								
7	Nevrologi		Anatomi og fysiologi	5	Farmakologi	0,5	Allmennmedisin	1	Nevrologi	4
	Øye	19			Patologi	1			Øye	3,5
	Øre-nese-hals				Med.genetikk	0,5			Øre-nese-hals	3,5
	Evaluerings	1								
8	Nervesystemet og		Anatomi og fysiologi	2	Farmakologi	1	Allmennmedisin	1	Nevrologi	2
	mentale funksjoner	13					Atferdsfag	1	Psykatri	6
	Evaluerings	1								
	Selvstendig oppgave	6								
9	Reproduksjon/		Anatomi og fysiologi	3	Patologi	1,5	Allmennmedisin	0,5	Gynekologi/	
	Kvinne-barn	19			Farmakologi	0,5			Obstetikk	5,5
					KBF	0,5			Pediatri	6
					Med.genetikk	0,5			Psykatri (barn)	1
	Evaluerings	1								
10	Utplassering	12					Allmennmedisin	6	Klinisk medisin	6
	Pasient og samfunn	7					Allmennmedisin	1	Psykatri	1,5
							Samfunnsmedisin	3,5		
							Rettsmedisin	1		
	Evaluerings	1								
	Selvstendig oppgave	6								
11	Kirurgi/indremedisin	14	Anatomi og fysiologi	0,5	Patologi	1			Indremedisin	4,5
					Farmakologi	1			Kirurgi	4,5
					KBF	0,5			Radiologi	1
									Anestesi	1
12	Kirurgi/indremedisin/				Patologi	1	Allmennmedisin	1	Akuttmedisin	4
	samfunn	17					Samfunnsmedisin	1	Indremedisin	4
							Atferdsfag	1	Kirurgi	4
									Psykatri	1
	Evaluerings	1								

Figur 108: Medisinstudiet i fugleperspektiv pr. 2002 – fagenes vekting og plassering. (Larsen Ø. op.cit. (2002) s. 130)