

Fra digitale responsverktøy til papirmangel

*En sammenlikning av medisinstudiet ved
Universitetet i Oslo og Santiago de Cuba*

Live Helbæk



Prosjektoppgave ved Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

23.01.2018

Fra digitale responsverktøy til papirmangel

En sammenlikning av medisinstudiet ved Universitetet i Oslo og
Santiago de Cuba

Live Helbæk

Prosjektoppgave ved Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

23.01.2018

© Live Helbæk

2018

Fra digitale responsverktøy til papirmangel

En sammenlikning av medisinstudiet ved Universitetet i Oslo og Santiago de Cuba

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Til tross for en plassering på Verdensbankens liste over lav- og mellominntektsland (1), har Cuba gjennom de siste tiårene blitt verdenskjent for et godt og effektivt helsevesen som bedre lar seg sammenlikne med helsevesener i høyinntektsland (2). Både den politiske historien samt dagens politiske struktur kan være med på å forklare hvordan det har blitt slik (3).

Denne kvalitative oppgaven gjør et forsøk på å sammenlikne medisinstudiet på Cuba med medisinstudiet i Norge. Dette blir gjort ved å sammenlikne profesjonsstudiet i Medisin ved Universitetet i Oslo med profesjonsstudiet i Medisin ved Universidad de Ciencias Médicas i Santiago de Cuba, og ved å benytte gynekologiterminen som illustrerende eksempel.

Gjennom deltagende observasjon, intervjuer og dokumentanalyse har forfatteren funnet både likheter og forskjeller i de to medisinstudiene. Både studentmassen, læringsmålene og studieløpets helhetlige struktur viser seg å være relativt likt mellom de to universitetene. Av forskjeller kan man blant annet se at studentene på Cuba både har mer obligatorisk undervisning og hyppigere kunnskapstesting enn studentene i Norge. Samtidig ser den største forskjellen ut til å ligge i studentenes *læringsmiljø*, både i form av kulturelle, relasjonelle og fysiske faktorer som påvirker studentens læring. Av fysiske faktorer er det store forskjeller i økonomiske- og materielle ressurser for studentene. Eksempelvis nevner de norske studentene at de synes det er overdreven bruk av digitale responsverktøy i undervisningen, samtidig som cubanske studenter sliter med å finne papir til å skrive notater på.

Forord

Jeg ønsker å takke min veileder Anne Helene Kveim Lie for eksepsjonell hjelp og rådgivning gjennom hele prosjektperioden. Dette har vært avgjørende både for oppgaven, men også for meg personlig. Ved å stadig gi meg treningsoppgaver i både lesing og skriving har hun bygget opp forskerselv tilliten min – lag for lag. I tillegg til å ha vært en lærerik og utviklende prosess faglig sett, har vi hatt det overraskende hyggelig undervegs.

Det hadde ikke vært mulig å gjennomføre dette prosjektet uten hjelpsomme og hyggelige ansatte og studenter ved Universidad de Ciencias Médicas i Santiago de Cuba. Særlig fortjener viserektor Dra. Quenia González samt direktør for internasjonale relasjoner Dr. José Suárez Lorenzo en stor takk for effektiv administrering og god oppfølging under oppholdet ved UCMSC.

Jeg føler også for å takke mine nærmeste for god støtte og hjelp gjennom hele prosjektperioden. Min snille samboer og kjæreste Pável Vázquez Faci har både vært tålmodig og støttende i prosjektperioden, men også hjulpet meg mye med det spanske språket. Som alltid, har jeg også fått gode råd fra familien min; både mamma, pappa, og søstrene mine Hanne Adele og Stine. Mulig det også har vært terapeutisk å være så mye sammen med min nydelige niese Ella, som ble født rett før prosjektet ble igangsatt og nå er stor nok til å gjennomføre motiverende videosamtaler med meg på lesesalen.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
2	Formål	2
2.1	Hvorfor gynekologi og obstetrikk?.....	3
2.2	Hvorfor Cuba?	3
3	Bakgrunn	4
3.1	Cuba.....	4
3.2	Helsevesenet på Cuba.....	5
3.3	Helsevesenet i Norge	7
3.4	Medisinutdanning	8
3.4.1	Forskjellige studiedesign.....	9
3.4.2	Undervisningsmetoder	10
3.5	Forskning på medisinutdanning.....	12
4	Metode.....	14
5	Etikk	17
6	Resultater og diskusjon	18
6.1	Studieløpets helhetlige struktur og innhold	18
6.2	Terminens innhold.....	20
6.3	Læringsmålenes betydning og funksjon	20
6.4	Benyttede lærings- og undervisningsmetoder	21
6.5	Testing og evaluering av studentene	29
6.6	Pensumlitteratur og tilnærminger til dette	33
6.7	Læringsmiljøet.....	34
7	Utfordringer og problematisering.....	38
8	Avslutning	43
	Litteraturliste	45
	Vedlegg	48

No table of figures entries found.

1 Introduksjon

Cuba har gjennom de siste tiårene blitt kjent verden over for sitt gode og effektive helsevesen, til tross for et relativt lavt bruttonasjonalprodukt sammenliknet med Europeiske land (1).

Årlig kommer tusenvis av såkalte «helseturister» til landet for å motta behandling av sykdommer de kunne blitt behandlet for i hjemlandet (4). Samtidig har landet påtatt seg et slags globalt legeutdanningsansvar og mottar årlig om lag 3000 medisinstudenter fra over 80 forskjellige land (5, 6). Mange trekker også fram Cuba som et stjerneeksempel på et rettferdig helsevesen som er gratis og tilgjengelig for alle (2). Det finnes trolig flere årsaker til dette. Mange mener det skyldes den spesielle politikken, og mange peker tilbake til Castros overtakelse i 1959 (3). Samtidig er det lett å tenke seg at et godt helsevesen er avhengig av en god medisინutdanning.

Ettersom jeg selv er medisinstudent, og lenge har vært interessert i medisინutdanning ble jeg nysgjerrig på hvordan det er å studere medisin i et land med så begrensede materielle ressurser og samtidig så gode helseparametere.

Jeg ønsker i denne oppgaven å gjøre et forsøk på å sammenligne medisინutdanningen på Cuba med den vi har i Norge. Det er ingen enkel oppgave. I Norge har vi fire universiteter som alle tilbyr et profesjonsstudium i medisin, og i Cuba finnes over 30 universiteter med til sammen 14 forskjellige profesjonsstudier i medisin (7). Derfor har jeg valgt å sammenligne studieløpet ved Universitetet i Oslo med studieløpet i Santiago de Cuba, og har brukt gynekologiterminen som illustrerende eksempel.

2 Formål

Alle studenter som går profesjonsstudiet i Medisin ved Universitetet i Oslo, skal i løpet av studiet skrive en hovedoppgave med egenvalgt tema. Dette er en slik oppgave, skrevet av en sjetteårsstudent med interesse for kultur, samfunn og global helse.

Opprinnelig hadde vi en hypotese om at forebyggende medisin var mer integrert i den generelle gyn/obst-terminen enn den er i Norge, gitt den betydning forebygging gis på Cuba, og utgangspunktet var å se hvordan det kom til uttrykk.. Planleggingen av prosjektet ble i hovedsak gjort i Oslo, men tidlig i arbeidet ble det utført feltarbeid på Cuba, med gjennomføring av intervjuer og andre kvalitative teknikker beskrevet i metodekapittelet.

Allerede første dag under feltarbeidet forstod jeg imidlertid at jeg måtte revidere problemstillingen, da studentene under første intervju stilte seg relativt uforstående til mine spørsmål som dreide seg om dette. Dermed virket det lite hensiktsmessig å fortsette i samme spor, og jeg valgte å innta en adskillig mer utforskende posisjon. Fleksibilitet er et grunnleggende krav i kvalitativ forskning, og ifølge Moen og Middelthon (2015) bør forskningsspørsmål som er formulert i begynnelsen av en studie ikke behandles som «hugget i sten», derimot bør de endres om nødvendig (8). Oppgavens formål ble dermed omformulert og er beskrevet i den videre teksten.

Formålet med denne oppgaven var å generere kunnskap om medisinstudiet på Cuba ved å sammenlikne obstetrikterminen for medisinstudenter ved Universidad de Ciencias Médicas i Santiago de Cuba, med obstetrikterminen for medisinstudenter ved Universitetet i Oslo.

Det vil i særdeleshet fokuseres på følgende seks punkter som en form for delmål i sammenlikningsprosessen.

1. studieløpets helhetlige struktur og innhold
2. semesterets innhold, i form av læringsmål eller tilsvarende
3. benyttede lærings- og undervisningsmetoder
4. testing og evaluering av studentene
5. pensumlitteratur og universitetenes tilnærminger til dette

6. livet som student / læringsmiljø / studenthverdagen

Ved å sammenlikne de overnevnte punktene er tanken å ha tilegnet meg et godt grunnlag for å identifisere forskjeller og likheter i obstetrikkopplæringen ved de respektive universitetene.

Videre vil det gjøres et forsøk på å diskutere mulige årsaker til forskjellene, samt hva forskjellene eventuelt kan føre til.

2.1 Hvorfor gynekologi og obstetrikk?

Jeg vil påstå at gynekologi og obstetrikk er på mange måter et relativt «nøytralt» medisinsk fagfelt. Mens kardiologi og infeksjonsmedisin begge er eksempler på spesialiteter som trolig vil innebære store forskjeller fra land til land, vil særlig obstetrikk trolig være *relativt* universelt verden over. Svangerskap og fødsler vil alltid være en del av et samfunn, uavhengig av økonomi, kultur, religion og epidemiologi. Imidlertid vil det naturligvis være store variasjoner i hvordan svangerskap og fødsel blir vurdert og håndtert.

2.2 Hvorfor Cuba?

Cuba er et meget spennende land, både politisk, men også medisinsk sett. Som beskrevet i innledningen har landets helsevesen et meget godt rykte globalt, og det er mange grunner til å utforske årsaker til hvordan det har blitt slik.

3 Bakgrunn

3.1 Cuba

Cuba er et lite land bestående av en øy og dens omliggende småøyer i Det Karibiske hav. Selv om øya kun er en tredjedel så stor som Norge, har den hele 11. 4 millioner innbyggere (9).

Landet var opprinnelig befolket av indianske folkegrupper, men ble en spansk koloni på 1500 tallet. Slik forble de i 400 år, fram til USA okkuperte landet etter å ha støttet dem i den over ti år lange selvstendighetskrigen mot Spania. Selv om Cuba ble fikk selvstendighet i 1902, var de likevel under sterk politisk og økonomisk innflytelse fra USA. De var preget av hyppig utveksling av regimer og mye korrupsjon (10).

Etter en sosialistisk oppblomstringsperiode overtok Fidel Castro makten etter en væpnet revolusjon i 1959. Han var president i landet frem til han, på grunn av dårlig helse, ga makten til bror Raúl Castro i 2008. Raúl er fortsatt president i dag, men Fidel Castro døde i november 2016, 90 år gammel (11).

Landet regnes som en sosialistisk ettpartistat, med Kommunistpartiet som eneste tillatte politiske parti. Hvert femte år velger befolkninger representanter til Nasjonalforsamlingen [Asamblea Nacional del Poder Popular], som er et statsorgan bestående av 612 representanter. Nasjonalforsamlingen velger igjen representanter til Ministerrådet [Consejo de Ministros], som er det utøvende organet. Statsrådet presenterer forslag til Nasjonalforsamlingen som har myndighet til fatte offisielle beslutninger (12). Statsrådet er sammensatt av alle departementene, inkludert det cubanske helsedepartementet [MINSAP, Ministerio de Salud Pública] som styrer, utfører og kontrollerer statens avgjørelser om helseorganisering, forskning, helseutdanning, og farmasøytisk industri (13).

Cuba har et relativt lavt bruttonasjonalprodukt per kapita sammenliknet med vestlige land, og er på finne på World Banks liste over lav- og mellominntektsland (1).

Bruttonasjonalproduktet ligger på 77 milliarder US Dollar, og BNP per innbygger er om lag 6 790 UDS (14). Til sammenlikning ligger bruttonasjonalproduktet i Norge på om lag 386 milliarder USD, med en BNP per innbygger på 74 735 USD (15). Lese- og skriveferdighetene i landet er gode, med en alfabetismedekning på 99.9 prosent blant unge. Human Development Index (HDI), som er et mål på menneskelig utvikling, ligger på 0,775 (skala fra 0-1) og er på

nivå med andre land i Sør- og Mellom-Amerika (10). I Norge ligger HDI på 0,949, som er høyest HDI i verden (16).

USA innførte en streng handelsblokade mot Cuba etter Castros revolusjon i 1960. Den offisielle målsetningen for blokaden var å bringe demokrati til det cubanske folket. Under den kalde krigen hadde blokaden relativt lite innvirkning på den cubanske økonomien, hovedsakelig på grunn av solid finansiell støtte fra Sovjetunionen. Etter Sovjetunionens kollaps i 1989 ble det imidlertid en meget krevende situasjon, der Cuba måtte utvikle metoder for å bli totalt selvforsynt også når det gjaldt livsviktige varer slik som mat og medisiner (17, 18).

Til tross for at store politiske steg er tatt siden dette, preges Cuba fremdeles sterkt av politikken. President Barack Obama løsnet i sin periode kraftig på mange av reglene fra blokaden, spesielt når det kommer til turisme og telekommunikasjon (19).

Selv om Cuba fremdeles i hovedsak er selvforsynt når det kommer til mat og medisiner, forgår det stor import av tele- og datautstyr blant annet fra store kinesiske IT-selskaper (20). Situasjonen er dermed adskillig friere enn før, blant annet ved at det nå er mulig for privatpersoner å koble til trådløst internett på utvalgte offentlige parker og kvartaler (21).

3.2 Helsevesenet på Cuba

Moderne vestlig medisin har vært praktisert på Cuba siden starten av 1900-tallet, og den første kirurgiske klinikken ble startet i 1823 (22).

Helsevesenet er statlig styrt, og all behandling er totalt avgiftsfri for befolkningen. Det cubanske helsesystemet har tre administrative nivåer; nasjonalt, provinsielt og kommunalt (13). Cuba har 451 såkalte «samfunnssklinikker» [Policlínicos], 151 sykehus og 12 899 familieleger [médico de la familia]. Det finnes om lag 88 000 leger på Cuba, noe som gir 1 lege per 127 innbyggere (5). Andelen av bruttonasjonalprodukt brukt på helse er 11.1% (14).

Cubanske leger mottar lav lønn, både sammenliknet med andre land, men også sammenliknet med andre yrker innad i Cuba. Det er ikke enkelt å finne et eksakt tall for månedslønn i litteraturen, men en artikkel fra 2005 oppgir en månedslønn på 15 -23 \$ (23). Studentene og

professorene som var intervjuet i oppgaven anslo høsten 2016 at en månedslønn er på om lag 25 \$ i måneden, noe avhengig av spesialitet og kompetansenivå.

Tilgjengelighet og forebyggende medisin er nøkkelord i den cubanske helsepolitikken (24). I forbindelse med revolusjonen ble det gjort store strukturelle endringer for at leger, som tidligere stort sett hadde vært tilgjengelige i de store byene nå skulle spres ut til folket. Antallet distriktsykehus gikk fra 1 til 53 i perioden 1960 – 2010, og pasient-til-lege-ratioen sank fra 1393 pasienter per lege i 1970 til 147 pasienter per lege i 2010 (3). Som nevnt har i dag Cuba verdens høyeste legetetthet med 1 lege per 127 innbyggere.

Svangerskapsomsorg og vaksineprogrammer har fått barnedødeligheten til å gå fra 38.7 per 1000 i 1970 til 4,5 per 1000 i 2010 (3). Svangerskapsomsorgen innebærer meget tett oppfølging fra tidlig i graviditeten og helt frem til noen dager etter fødsel. Det er påbudt å føde på sykehus, med assistanse av utdannet helsepersonell. Adekvat helsepersonell består av obstetrikere, leger i spesialisering, medisinstudenter og sykepleiere; det finnes ikke «jordmødre» på Cuba. Kvinner som bor i grisgrendte strøk blir plassert i statseide boliger i nærheten av sykehus i siste del av svangerskapet (25). Systemet er både kritisert, blant annet for å undertrykke kvinners autonomi, men også applaudert, og trekkes stadig frem som en suksesshistorie med gode resultater (25-27).

En av hjørnesteinene i Cubas helsepolitikk er også de mange samfunnssklinikene [Policlínicos]. Dette er sentraliserte medisinske sentre på distriktsnivå – en slags «halvannenlinjetjeneste» (26). På samfunnssklinikene gjennomføres ordinære pasientkonsultasjoner, samt større forebyggingstiltak som eksempelvis desinfisering av nabolag ved myggbårne epidemier eller holdningskampanjer (26). Det er også samfunnssklinikene som holder oppsyn med de mange familielegekontorene [médico de la familia], som tilhører førstelinjetjenesten. Familielegene og spesialistene ved samfunnssklinikene samarbeider om de litt mer komplekse pasientkasusene (28).

På familielegekontorene finnes tverrfaglige team som har ansvaret for hver sin respektive populasjon og bedriver helseovervåkning av denne. Helseovervåkningen, som på spansk kalles «Dispensarización», er en organisert, kontinuerlig og dynamisk evalueringsprosess der hver enkelt pasient plasseres i en risikogruppe basert på tidligere sykdom, blodtrykksmålinger og forskjellige risikofaktorer (3). Risikogruppen avgjør blant annet hvor mange planlagte kontrollkonsultasjoner, eventuelt også hjemmebesøk, som skal gjennomføres i året. Dette er

også et slags verktøy som hjelper teamet med å holde oversikt over sin pasientpopulasjon, som typisk består av om lag 1000-1500 pasienter (3, 29).

Medisinutdanningen på Cuba er også statlig styrt og finansiert (3). I følge studentene som ble intervjuet i forbindelse med prosjektet får studenter som bor langt unna universitetet dekket bo- og levekostnader til en viss grad. Studentene får da som regel et liten hybel som deles med en eller flere andre, gratis måltider i skolekantinen samt en liten sum med lommepenger i måneden.

Man kan ikke snakke om medisinutdanningen på Cuba uten å nevne ELAM – *Escuela Latinoamericana de Medicina*. ELAM er en Cubanskrevet internasjonal medisinutdanningsinstitusjon som hovedsakelig holder til i Havanna. Siden 2005 har det her blitt utdannet nærmere 25 000 helsearbeidere fra over 83 land i Asia, Afrika og Amerika, herav over 100 fra USA. I skoleåret 2015-2016 fikk så mange som 2975 internasjonale studenter muligheten til å begynne på medisinstudiet her (5). Ideen, som angivelig kommer fra Castro selv, er en slags «teach-a-man to-fish»-teori og innebærer at studenter som kommer fra ressursfattige områder kan komme hit og få medisinutdanning gratis, for så å praktisere god medisin i hjemlandet (30, 31). Etter to års utdanning ved ELAM sendes studentene til et av de andre universitetene i landet for å fullføre medisinstudiet der (6).

3.3 Helsevesenet i Norge

I Norge er det registrert totalt 27 000 leger, hvilket gir 1 lege per 195 innbyggere (32). Andelen av bruttonasjonalproduktet som brukes på helse er 9,7 % (15). Helsevesenet i Norge er også statlig styrt, men er til en viss grad påvirket av private markedskrefter og -tankegang. I primærhelsetjenesten er de aller fleste selvstendig næringsdrivende, med statlige refusjonsordninger. Spesialisthelsetjenesten er i hovedsak statlig styrt med en liten andel såkalte private tilbydere. Det vil si at staten står for reguleringen og styringen, men benytter seg av private tjenester. Det finnes også et fåtall rene privatklinikker der pasienten selv betaler for behandlingen, men disse er likevel regulert av staten, og er en meget liten andel av det norske helsevesenet. Behandling er i hovedsak avgiftsfri for befolkningen, men det betales egenandel for mindre tjenester. All behandling er gratis for barn under 18 år.

I Norge har man siden 1997 benyttet seg av en finansieringsmodell der halvparten av finansieringen er rammestyrt, mens den andre halvparten består av det som kalles innsatsstyrt

finansiering (ISF). Det har tidligere vært ulike perioder med ulik størrelse på disse andelene. Det er et finansieringssystem inspirert av markedsprinsipper, der sykehusene premieres økonomisk etter antallet registrerte diagnoser og prosedyrer inndelt i såkalte diagnoserelaterte grupper (DRG) (33).

Norske leger mottar generelt en høy lønn, både sammenliknet med andre land, men også sammenliknet med andre yrker innad i landet. Noen leger er offentlig ansatt og mottar fast lønn, mens andre arbeider i privat sektor, og kan enten motta helt eller delvis provisjonsbasert lønn. SSB oppgir i en tabell fra 2011 en gjennomsnitts månedslønn for leger ansatt i helseforetakene på om lag 8 200 \$ (34).

Stor pengesekk og geografiske utfordringer er nøkkelford. Norge er det landet i verden som bruker mest penger på helse per kapita. I en WHO-rapport fra 2014 oppgis at det brukes totalt 8436 \$ på helse per person per år i Norge, noe som er ni ganger så høyt som gjennomsnittet i verden. Nyere tall fra OECD-rapporten «Health at a glance» viser imidlertid at det brukes 6647 \$ på helse per person per år i Norge (35). Cuba regnes ikke som et OECD-land og det kan derfor være problematisk å sammenlikne disse tallene direkte.

Norge er også et land som byr på geografiske utfordringer i form av relativt store, nærmest ubebodde, arealer mellom bygder og tettstrøk, samt fjelloverganger og øysamfunn som er svært sårbare for vær og vind. Selv i urbane strøk er vær- og kjøreforhold ustabile og vanskelig å forutse. Dette skaper utfordringer som er nærmest ubetydelige for mange andre land, og er med på å karakterisere det norske helsevesenet.

Medisinutdanningen i Norge er statlig finansiert, og studentene betaler kun en liten symbolsk sum i semesteravgift hvert halvår. Bo- og levekostnader må studenten dekke selv, men det finnes meget gunstige statlige ordninger som de fleste studentene benytter seg av. Den vanligste ordningen er lån og stipend fra Statens lånekasse. Dette er en ordning som enten innebærer en månedlig sum som stipend, eller en romsligere månedlig sum som er et lån der en betydelig andel av lånet omgjøres til stipend ved bestått eksamen. Lånet har svært gunstige vilkår og nedbetales etter endt utdanning.

3.4 Medisinutdanning

Hva er medisinnutdanning

I begrepet «medisinnutdanning» regnes tradisjonelt tre ulike sektorer; universitetsløpet, turnustjeneste og den videre spesialiseringen (36). I denne oppgaven vil hovedfokuset ligge på universitetsløpet, men de øvrige sektorene vil nevnes kort.

Terminologien kan oppleves noe forvirrende, spesielt når tre forskjellige språk er involvert. Det er i denne oppgaven gjort noen valg av oversettelser og definisjoner. Disse fremkommer i vedlegg 1. I tillegg vil det i dette kapittelet presenteres en del begreper for studiedesign og undervisningsmetoder som kan være greit å ha kjennskap til for bedre å forstå funnene i oppgaven.

3.4.1 Forskjellige studiedesign

Medisinstudiet er et profesjonsstudium. Et profesjonsstudium er betegnelsen på «et studium hvor studentene over flere år følger et mer eller mindre fastlagt studieløp som fører fram til et bestemt yrke» (37). Studiet kan bygges opp på forskjellige måter. I boken «Understanding Medical Education – evidence, theory and practice» deler kapittelforfatter Janet Grant inn i fire hovedtyper studiedesign: integrerte løp, kjerneløp med valgmuligheter, løp bestående av blokker eller moduler, eller såkalt spirallæringsløp (38). Disse beskrives i korthet i avsnittene under. Selv om dette kan være fire selvstendige og forskjellige typer design er det på ingen måte slik at bruk av elementer fra den ene ekskluderer bruk av elementer fra den andre. Tvert imot er det vanligst å bruke elementer fra de forskjellige typene design, og dermed utvikle et eget design på studieløpet.

Studieløpet kalles *integrert* når forskjellige emner læres delvis om hverandre. Integreringen kan være både horisontal, det vil si at utdanning av forskjellige fag undervises om hverandre. Et eksempel kan være anatomi og fysiologi, som begge er medisinske basalfag og ofte undervises delvis integrert. Integreringen kan også være vertikal. Det vil si at fag som tradisjonelt hører hjemme senere i studieløpet læres samtidig som de tradisjonelle basalfagene. Et eksempel på dette kan være elementer av klinisk kardiologi i undervisningen av hjertets anatomi. En fordel med denne typen design er at studentene enklere kan se sammenhenger mellom fagene. Det kan også fungere som en motivator for å komme gjennom basalfagene.

Kjerneløp med valgmuligheter er når det er definert en «grunnstamme» av fag som alle studenter skal være gjennom, samtidig som studentene selv kan velge tilleggs-emner. Denne typen design er basert på tanken om at «ikke alle kan lære alt». Det finnes enorme mengder kunnskap i verden, og mange mener man må velge bort noe for å bli god nok i resten. Valgfrie emner kan også være en sterk motivator for studentene.

Modulbaserte studieløp er bygget opp av definerte enheter som til sammen danner én helhet. Disse enhetene, ofte kalt moduler, kan defineres av studieløpets designer, og trenger ikke ha de samme merkelappene som de tradisjonelle fagene. Ofte er modulene nokså selvstendige, men de kan også bygge på hverandre.

Spirallæring er basert på tanken om at repetisjon og modningsprosesser er viktig for læringen. Tanken er at studentene skal presenteres for et emne flere ganger, med «dypere» forståelse hver gang. Det er vanlig å dele inn i fire steg; det normale, det abnormale, det kliniske perspektivet og selve erfaringen i jobbsituasjonen.

3.4.2 Undervisningsmetoder

Det finnes mange forskjellige metoder og strategier for undervisning; noen mer brukt enn andre og noen med mer forskningsgrunnlag enn andre. Her er en kort introduksjon til mange kjente og mindre kjente undervisningsmetoder.

Forelesninger er en av de eldste og mest utbredte undervisningsmetodene i medisinen (39). Her selekterer foreleseren informasjon om et spesifikt emne, bearbeider dette, og presenterer det for et utvalg studenter. Forelesninger har potensiale til å være både kostnadseffektive og enkelt gjennomførbare, selv om dette avhenger både av foreleser-student-ratioen samt eventuelle støtteverktøy og –materiell (40). På grunn av begrepets heterogenitet er det vanskelig å utføre god og nøyaktig forskning på effekten av forelesninger sammenliknet med andre undervisningsformer (41). Derfor er den meste av forskningen basert på generelle observasjoner slik som utviklingen av studenters oppmerksomhet gjennom forelesninger og hvor mye kunnskap som huskes i tiden etterpå (40, 42, 43).

Smågruppeundervisning er undervisning som foregår i mindre grupper, og karakteriseres blant annet av høy grad av studentaktivisering (44). Størrelse, form og utførelse kan variere mye. Det finnes mange versjoner av smågruppeundervisning; alt fra diskusjonsgrupper, kurs,

summegrupper og rollespill, til mer etablerte smågruppedesign slik som PBL (Problem-basert læring), CBL (Case-basert læring) og til en viss grad TBL (Team-basert læring) (45).

Sistnevnte, teambasert læring, er en relativt ny læringsform som i hovedsak tilhører klassen «storgruppeundervisning», men som samtidig har elementer av smågruppeundervisning (46). TBL holdes vanligvis for en stor gruppe studenter, ved at alle først gjennomgår en individuell test, for så å gjennomføre samme test i mindre grupper, der gruppene har mulighet til å diskutere seg imellom. Det er en forutsetning at studentene har en viss kjennskap til stoffet fra før og TBL er i så måte en form for «flipped classroom»-undervisning; som enkelt kan forklares ved at “what is done at school done at home, homework done at home completed in class” (47). Flere studier taler for at TBL er en relativt effektiv læringsform sammenliknet med tradisjonelle metoder (48, 49). Denne undervisningsmetoden er ikke relevant til denne oppgaven, men nevnes likevel på grunn av sin sentrale rolle i dagens internasjonale litteratur innen medisinerutdanning.

Problembasert læring er som beskrevet en form for smågruppeundervisning, og er en av de mest brukte læringsstrategiene innen medisinerutdanning. Konseptet ble utviklet ved McMaster university for snart 50 år siden (50). Studentene blir her delt inn i grupper på 6-8 elever, som hver har sin veileder, eller *fasilitator*. Gruppen blir introdusert for et klinisk problem, som skal fungere som en stimulus, før de selv definerer relevante læringsmål som de skal arbeide med i perioden før de møtes igjen for å diskutere det samme temaet. Forskningen er noe delt i effekten av PBL, men ser jevnt over ut til å konkludere med at PBL gir «like gode, eller bedre» utfall enn andre undervisningsmetoder (51).

E-læring er et nokså nytt begrep som brukes på mange forskjellige måter. Noen bruker e-læring som en betegnelse på all læring som forgår ved hjelp av et elektronisk hjelpemiddel (52), mens andre bruker begrepet e-læring om læringsverktøy som finnes på nett, også kalt Web-læring (53). Det første vil i prinsippet inkludere nesten alle former for læring i den vestlige kulturen i dag, mens det siste vil begrenses til nettbaserte læringsverktøy. En enda snevrere definisjon på e-læring er VLE-er, såkalte virtual learning environments. Dette er internettbaserte læringsplattformer som ofte inkluderer både pensum, timeplaner, innleveringssystemer og tilbakemeldingssystemer (54).

Simuleringsbasert undervisning er undervisning som ikke involverer ekte pasienter, men som etterlikner reelle pasienter eller scenarier. Dette kan altså dreie seg om alt fra dukker og

modeller, til virtuelle pasienter eller virtuelle situasjoner. Økende fokus på pasientsikkerhet gjør at dette er en undervisningsmetode i stor utvikling (55).

Det engelske begrepet *Work-based learning (WBL)* er en type læringsstrategi nevnt de fleste lærebøker om medisinsk utdanning og beskrives ofte som en form for læringsprosess, bevisst eller ubevisst, som foregår på arbeidsplassen (56). I denne oppgaven vil begrepet «læring på arbeidsplassen» benyttes, som en form for WBL. Dette blir ytterligere beskrevet i det aktuelle avsnittet.

«*Seminar*» er meget vidt begrep med mange ulike definisjoner, og vil derfor beskrives nærmere i aktuelle avsnitt i resultatdelen av oppgaven.

3.4.3 Fokusskifte i medisინutdanningen

Det har i løpet av de siste 15 årene vært et gjennomgående skifte fra fokus på undervisningsmetoder og «veien til målet», til fokus på læringsmål og «selve målet». Dette omtales i litteraturen som Outcome-based education (OBE), og er et hett tema på medisინutdanningskonferanser rundt om i verden (57). OBE er altså *ikke* betegnelse på en spesifikk undervisningsmetode eller studieløpsdesign, men er en form for tenkemåte innen medisინutdanning der en fokuserer mer på læringsmål og resultater enn på undervisnings- og læringsmetoder.

3.5 Forskning på medisინutdanning

Forskning på medisინutdanning har vært et akademisk fagfelt i over 50 år (58). Professor George Miller regnes som fagfeltets grunnlegger med sin forskning ved State University of New York, Buffalo på 1950-tallet (59). Siden da har feltet utviklet seg betydelig, og i dag finnes egne tidsskrifter og flere lærebøker dedikert til forskning på medisინutdanning (60). I Norge derimot, virker fagfeltet atskillig mindre utbredt. Medisinsk utdanning står ikke nevnt som verken fagområde eller spalte i Norges største medisinske Tidsskrift «Tidsskrift for Den norske legeforening» og det er meget sparsomt med norskprodusert litteratur på feltet.

Ved forskning på medisინutdanning er det viktig å være klar over sine egne teoretiske perspektiver som forsker. Hvert enkelt paradigme har egne syn på ontologi, epistemologi, metodologi og forskerens rolle i prosjektet.

I dette forskningsprosjektet har jeg plassert meg i et konstruktivistisk paradigme. Forskning i dette paradigme anerkjenner forskerens subjektivitet, og baseres på at virkeligheten er individuell for hver enkelt og at den kan skapes i interaksjonen mellom forsker og forskningsobjekt(er) (61). Dette innebærer også at det vanskelig kan konkluderes med hva som er riktig og galt, og alle funn bør tolkes i lyset av min opplevde virkelighet som forfatter.

4 Metode

Jeg har gjort en *kvalitativ* studie og benyttet meg av ulike metoder, deriblant deltakende observasjon, dokumentanalyse og ikke-strukturerte intervjuer.

Mens *kvantitativ* forskning hovedsakelig fokuserer på identifisering og kvantifisering og benytter forskningsspørsmål av typen «hva» og «hvor mye», fokuserer *kvalitativ* forskning ofte mer på forståelse og fortolkning og besvarer best forskningsspørsmål av typen «hvordan» og «hvorfor» (62). I dette forskningsprosjektet var formålet å, på en åpen og utforskende måte, sammenlikne to medisinstudier, for å avdekke eventuelle interessante forskjeller. Dermed virket det mest naturlig å velge en kvalitativ tilnærming med tilhørende metoder.

Deltakende observasjon med feltnotater

Som nevnt er forfatter i dette prosjektet er femteårsstudent på profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Oslo. Gynekologi og obstetikk undervises i løpet av femte studieår, og jeg kunne dermed delta på den norske undervisningen som normalt, i løpet av min forskningsperiode våren 2017. Dette innebar å gå på forelesninger, utføre praksis, og delta på seminarer og smågruppeundervisning. Dette er en utvekslingsvennlig termin, og all undervisning forgår derfor på engelsk. Dette til forskjell fra andre terminer, der undervisningen i hovedsak foregår på norsk. Medisinstudiet ved Universitetet i Oslo ble revidert høsten 2014.

I løpet av høsten 2016, reiste jeg til Cuba for å delta på undervisning ved UCMSC, Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Der deltok jeg på to såkalte kliniske rotasjoner, hver av en ukes varighet. I tillegg var jeg med på én forelesning, én klinisk smågruppe samt én obligatorisk «vakt» på fødeavdelingen. Jeg hadde også ønsket å delta på en muntlig utspørring eller praktisk eksamen på hvert av de to stedene, men dette var, av organisatoriske årsaker, ikke mulig å få til.

All undervisning og kommunikasjon foregikk på spansk, som er mitt tredjespråk. I denne perioden skrev jeg kontinuerlig *feltnotater*, som videre ble brukt i analysen, og stedvis er referert i resultatdelen.

Alle pasienter, professorer, studenter og annet relevant personell ble informert om prosjektets formål og karakter.

Dokumentanalyse

Jeg har også benyttet dokumentanalyse som metode. Læringsmålene til de to fakultetene er grundig gjennomgått, oversatt og sammenliknet. De norske læringsmålene er hentet fra fakultetets hjemmesider, mens de cubanske læringsmålene er hentet fra fakultetets undervisningsadministrasjon i pdf-format og som papirkopier.

Studieløpets helhetlige struktur er også gjennomgått og sammenliknet. En oversikt over det norske studieløpet er hentet fra fakultetets hjemmesider og oversatt til engelsk. Vi lyktes ikke med å få tak i en tilsvarende helhetlig oversikt fra UCMSC i tekstformat, men det ble utarbeidet et dokument i samarbeid med studentene, som også ble godkjent av en professor. Denne oversikten var for øvrig identisk med et tilsvarende dokument hentet fra nettsidene til UCMH, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Opprinnelig hadde jeg planlagt å sammenlikne eksamensoppgaver ved de to fakultetene. Eksamensoppgaver fra eldre eksamener (før 2015) er tilgjengelig i fulltekst på fakultetets hjemmesider, men de siste årenes eksamener er ikke publisert i sin helhet. Jeg lyktes heller ikke å få tak i disse fra UCMSC, og valgte dermed å ikke ta med dette som en del av undersøkelsen

Intervjuer

Det ble gjennomført totalt 8 ikke-strukturerte intervjuer med både cubanske og norske studenter, samt en fokusgruppe med 8 cubanske studenter. Alle intervjuer ble tatt opp på bånd, og er brukt i analysen. Relevante deler ble transkribert i etterkant. Rekrutteringen til intervjuene ble gjort ved at studenter som allerede var plassert på samme kliniske rotasjoner som studenten ble spurt om å delta på intervjuer av om lag 40 minutters varighet. Det ble benyttet to typer intervjuteknikker; både såkalte fokusgrupper, samt en-til-en intervjuer. Det ble tatt utgangspunkt i en fastsatt liste med temaer og noen konkrete spørsmål, dog med

åpenhet for å skifte retning ved eventuelle interessante svar. Alle intervjuobjekter ble anonymisert og vil refereres med pseudonymer med reelle karakteristika (kjønn, alder og nasjonalitet).

5 Etikk

Før dette prosjektet ble satt i gang ble regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, kontaktet. Prosjektet ble, av REK sør-øst, vurdert til å ligge utenfor helseforskningsloven da det ikke vil skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Det var dermed *ikke* påkrevd med godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Norsk senter for forskningsdata ble også kontaktet, og prosjektet er meldt her. Det ble vedtatt at prosjektet kunne utføres i henhold til forskningsprotokollen, så lenge opptak ble gjort uten internettilkobling, samt uten at personopplysninger om intervjuobjektene kunne knyttes til opptakene som ble gjort.

Ved denne typen forskning er sannsynligheten stor for å havne i situasjoner der etiske prinsipper blir utfordret. Dette prosjektet var intet unntak. I diskusjonsdelen vil dette utdypes videre med eksempler og refleksjon.

6 Resultater og diskusjon

Det er både likheter og forskjeller mellom medisinstudiet i Santiago de Cuba og medisinstudiet i Oslo. I dette kapitlet vil delmålenes resultater presenteres. Videre vil de tydeligste forskjellene beskrives og det gjøres et forsøk på å analysere årsaker til forskjellene, samt reflektere rundt hva disse forskjellene fører til, og hvilke fordeler og ulemper de medfører. Til dette vil jeg tidvis benytte egne erfaringer og observasjoner.

6.1 Studieløpets helhetlige struktur og innhold

Mye er relativt likt når det kommer til det strukturelle rundt medisinstudiet ved de to universitetene. I følge studentene er studentopptaket ved begge universiteter hovedsakelig basert på karakterer, og begge har muligheter for påvirkning av andre poenggivende erfaringer. Begge medisinstudier baseres på et 6-årig profesjonsstudium, en påfølgende turnusperiode og videre grenspesialisering etter dette. Studentene fortalte meg imidlertid at UCMSC gir en mulighet til å starte spesialiseringen allerede 6. studieår, for en liten andel av studentene. Dette gjelder de mest engasjerte studentene som allerede har bestemt seg for en sykehusspesialitet. De omtales som «vertikale praktikanter» [Internos Verticales]. I Norge har vi ingen slik mulighet. Til gjengjeld har studenter ved UiO mulighet for å gå den såkalte «forskerlinjen». Det innebærer å ta et år fri fra den ordinære undervisningen for å delta i et forskningsprosjekt, og fungerer som et grunnlag for et videre PhD-løp (63).

Bortsett fra disse detaljene er det strukturelle nokså likt sammenliknet med andre deler av verden, slik som eksempelvis USA, der medisinstudiet som regel er et fireårig løp som kan påbegynnes etter en fullført bachelorgrad i medisinforbereende fag.

Studieløpsdesign

Når det kommer til selve studieløpsdesignet finner man dog noen forskjeller. I vedlegg 2a og 2b sees en oversikt over oppbygningen til begge studieløp. I sammenlikningen er det tatt utgangspunkt i disse, samt forklaringer og utdypinger gjort av studentene under fokusgruppen gjennomført på UCMSC høsten 2016.

UiO har et studieløp som hovedsakelig er *modulbasert*. Det består av åtte moduler, alle med nokså forskjellig struktur. Noen moduler strekker seg over et helt år, mens andre kun varer i et

halvår. Alle moduler avsluttes med en eller flere eksamener. Noen moduler har både en form for muntlig eller praktisk eksamen og en skriftlig eksamen, mens andre kun har en skriftlig eksamen. Noen moduler er igjen delt inn i blokker, som hver har sine respektive eksamener. En kan også kalle dette studieløpsdesignet *integrert*, da blokkene hovedsakelig er organsysteminndelt og ikke strikt delt inn etter de tradisjonelle fagene.

Gynekologi og obstetrikk undervises i modul nummer 6, som er en 17 ukers termin gjennomført under første halvdel av 5. studieår. Modulen inneholder *ett* integrert emne: pediatri, fødselshjelp- og kvinnesykdommer, samfunnsmedisin (global helse), barne- og ungdomspsykiatri, genetikk, patologi, klinisk biokjemi og fysiologi, farmakologi og allmennmedisin. Dette vanskeliggjør sammenlikningen noe, da dette er nokså særegent for Universitetet i Oslo. I praksis var det meste av undervisningen allikevel videre inndelt i tradisjonelle fag.

Studieløpet ved Universitetet i Oslo har per i dag også elementer av kjerneløp med valgmuligheter. Gjennom studiet har studentene 5 perioder med valgfrie emner. Hver av periodene varer i fire uker. Her har studentene muligheten til å velge mellom emner som strekker seg fra «Medisinsk etikk» og «Makt og kunnskap i helsetjenesten» til «Kreftforskning» og «Prehospital akuttmedisin».

Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba har et studieløp som har elementer fra alle de fire hovedtypene studieløp. Det er nokså konservativt bygget opp, ved at det undervises i tradisjonelt inndelte fag parallelt gjennom hele studiet, men med stadig økende nivåer. Eksempler på disse fagene er morfofysiologi, engelsk og familiemedisin. I tillegg til at mange fag undervises parallelt på denne måten, finnes det også fag som undervises i uavhengige *blokker*. Eksempelvis undervises psykiatri, dermatologi, urologi, og oftalmologi som enkeltblokker på femteåret (se vedlegg 2.b “*Oversikt over profesjonsstudiet i Medisin,, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba*”).

Gynekologi og obstetrikk undervises i to omganger; en 10-ukerstermin på 4. studieår samt en 10-ukerstermin på 6. studieår. Den første terminen består i hovedsak av teori, mens den siste terminen hovedsakelig består av praksis og repetisjon. Begge terminer avsluttes med en eksamen, dog er dette på ingen måte det eneste vurderingsgrunnlaget i løpet av året. Her testes og vurderes nemlig studentene mye mer regelmessig.

6.2 Læringsmål; innhold, betydning og funksjon

For å sammenlikne terminens innhold har jeg tatt utgangspunkt i de to universitetenes studieplaner, og deres respektive lister over læringsmål. Disse ble videre samlet til ett felles dokument som viser lignende læringsmål satt opp mot hverandre. Denne listen er lagt med som vedlegg 3.

Læringsmålenes innhold nokså like

Ved sammenlikning av de opplistede læringsmålene ved de to universitetene er det relativt få forskjeller. Sykdommene som vektlegges er de samme, begge har læringsmål som går på informasjonsheving og kommunikasjon, og begge vektlegger praktisk trening.

Det er likevel noen forskjeller. Noen av disse kan trolig forklares med forskjell i økonomiske og materielle ressurser. Eksempelvis inneholder de norske læringsmålene en hel del om in-vitro-fertilisering, mens dette er totalt utelatt fra de cubanske læringsmålene. Noen av forskjellene kan også skyldes kultur og politikk, eksempelvis står ikke global mødrehelse eller reproduktiv epidemiologi oppført på den cubanske læreplanen.

Overraskende lite forebyggende medisin i de cubanske læringsmålene

Som beskrevet i kapittelet «formål» var den opprinnelige tanken å se på hvordan forebyggende medisin og andre samfunnsmedisinske temaer var innbakt i den cubanske medisინutdanningen, og at en gjennom terminen i gynekologi og obstetrikk kunne få et godt og illustrativt eksempel på dette. Med tanke på hva jeg visste om det cubanske helsevesenet fra før hadde jeg forventet et stort fokus på blant annet forebygging av infeksjonssykdommer som HIV, hepatitt og Zika-virus og beskyttelse mot mor/barn-smitte av disse, men også fokus på kartlegging av tenåringssvangerskap, ammefrekvens, vekt/overvekt, kosthold, psykisk helse etc.

Tidlig i intervjufasen ble jeg imidlertid gjort oppmerksom på at disse temaene inngår i et annet fag, nemlig det såkalte «MGI» - Medicina General Integral. Etter et dypere dykk i litteraturen ble jeg klar over at MGI, som på norsk kan oversettes med «Omfattende Generell Medisin» er et meget viktig fag i den cubanske medisინutdanningen. MGI ble etablert som en medisinsk

spesialitet i løpet av 80-tallet og beskrives av mange nærmest som en revolusjon innen det cubanske helsevesenet (3). I kjølvannet av spesialistetableringen ble MGI innført som et eget fag i medisinstudiet. Som konsekvens av dette har mange av temaene jeg forventet å finne i obstetikk og gynekologiterminen blitt overflyttet til dette faget. Formålet ble dermed endret til kun å sammenlikne de to medisinstudiene. Likevel ønsker jeg å presentere MGI som et «funn» i oppgaven, da dette er et fag som tydeligvis spiller en sentral rolle for medisinstudiet for øvrig, og trolig kan forklare hvorfor de øvrige læringsmålene er såpass like til tross for Cubas «forebyggende profil».

Forskjeller i betydning og funksjon for studentene

Når det kommer til læringsmålenes betydning og funksjon for studentene kan det dog se ut til å være noen forskjeller. Læringsmålene ved Universitetet i Oslo er som beskrevet lett tilgjengelige for studentene og fakultetet oppfordrer studentene til å sette seg godt inn i disse for å få en pekepinn på hva som er viktig og bør prioriteres i terminen.

«Hver gang jeg leser gjennom læringsmålene så blir jeg litt mer sånn skremt, for det er så mye som står der».

Noora (28) fra Norge

Det er altså tydelig at læringsmålene er relativt godt kjent for medisinstudentene i Norge. På spørsmål om hva studentene skal kunne henviste imidlertid de cubanske studentene kun til lærebøker og hva de har blitt fortalt i forelesninger, og nevnte aldri læringsmålene for meg under intervjuer. Det kan altså tyde på at Universitetet i Oslo har en tilnærming som er mer i retning OBE (Outcome-based Education).

6.3 Lærings- og undervisningsmetoder

Forelesinger

Begge universiteter benytter forelesninger som en av flere undervisningsmetoder. Forelesningene har dog noen forskjeller i form og uttrykk. Eksempelvis var det svært vanlig å benytte elektronisk quiz- og tilbakemeldingssystemer under forelesninger ved UiO, mens dette ikke er teknisk mulig ved UCMSC. Noen professorer benytter imidlertid digitale presentasjonsverktøy også her, i form av såkalte «datashows», som deles via USB-

minnepinner eller bluetooth-teknologi i etterkant av forelesningen. Under feltarbeidet ble jeg presentert for en mobilapp som var meget vanlig blant studentene. Den benytter bluetooth-teknologi til å dele apper, bilder, videoer og de fleste former for datafiler.

«For øvrig er det utrolig hvor teknologiske de klarer å være uten internetttilgang, Her brukes iPader og smarttelefon flittig både sosialt og i skolesammenheng, men overføringen skjer via bluetooth og denne appen «Zapya», som alle cubanske studenter tydeligvis har.»

Utdrag fra feltnotater skrevet 13.12.16

Som en del av feltarbeidet fikk jeg være med på en forelesning. Den ble holdt for fjerdeårsstudentene, og handlet om blødninger i svangerskapet. I følge studentene jeg satt sammen med var dette er nokså typisk forelesning med tanke på varighet, innhold og uttrykk.

Forelesningen ble holdt i den såkalte «aulaen» på sykehuset. Det var en middels stor betongsal med over hundre plastseter plassert på rader oppover i slak bakke. Alle studenter var ikledd skoleuniformer under forelesningen. Jeg ble fortalt at skoleuniformer alltid er påkrevd i skolesammenhenger. Forelesningen varte i 2,5 time, uten planlagt pause, dog med noen uoffisielle avbrytelser. Foreleseren fortalte at det var planlagt et «datashow» til forelesningen, men at det på grunn av tekniske problemer ikke var mulig å benytte dette denne dagen.

«Tavlen var svart, sto på stativ og var full av små hvite sårskader som gjorde det nærmest umulig å lese det som ble skrevet. I løpet av forelesningen, som varte i 2,5 time, skrev professoren kun ned noen svært få ord. Så få at jeg la merke til at hun aldri vasket tavlen. Det meste av forelesningen var dermed en doktor som sto og fortalte, mens studentene noterte.»

Utdrag fra feltnotater skrevet 13.12.16

I Norge var jeg tilstede på totalt 44 forelesninger i obstetrikk og gynekologi. Disse ble holdt i tre forskjellige auditorier på Rikshospitalet og samtlige var basert på en digital presentasjon. Varigheten av forelesningene var som regel 45 minutter, med en 15 minutters pause mellom hver forelesning. Det var ingen krav om antrekk blant studentene. En stor andel av forelesningene tok utgangspunkt i en eller flere medisinske caser og mange av forelesningene benyttet mentimeter. Mentimeter er et digitalt responsverktøy der studentene svarer på forskjellige typer spørsmål ved å logge inn på en nettside med en kode. Noen benyttet

verktøyet som et studentaktiverende tiltak, mens andre benyttet det som en form for evaluering av undervisningen. Studentene var noe delt i meningen om hvorvidt dette var et godt tiltak eller ikke:

«Det har vært mye bruk av mentimeter og sånn, som jo er bra, det gjør det litt gøy!»

Noora (28) fra Norge

Den andre informanten synes imidlertid det var for mye bruk av digitale responsverktøy:

«Jeg synes det var i overkant mye tid brukt på evaluering av undervisningen under undervisningen, der vi skulle komme med tilbakemeldinger og forbedringspunkter på slutten av hver undervisningstime. Jeg synes det er flott, og det viser god innstilling, men jeg synes nesten det ble for mye av det.»

Eva (29) fra Norge

Den typiske forelesningen var altså en 45 minutter lang presentasjon som var basert på en digital presentasjon, med eller uten studentaktiverende tiltak.

Kliniske rotasjoner

Begrepet «kliniske rotasjoner» ble muntlig brukt på begge universiteter for å beskrive læringen som foregikk på sykehuset, da studentene roterte mellom de forskjellige avdelingene på sykehuset. I de skriftlige dokumentene blir dette imidlertid kalt «kliniske smågrupper» på universitetet i Oslo, og «Undervisning på arbeidsplassen» (Educación en el Trabajo) på Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.

Ved UiO er kliniske smågrupper undervisning som i hovedsak forgår på sykehuset. Studenter undervises av en lærer i små grupper (2-8 studenter) i pasientsituasjoner ved sykehusavdeling eller poliklinikk, eventuelt i helseinstitusjoner utenfor sykehus (64). Som oftest er underviseren tilknyttet avdelingen som undervisningen holdes på, slik at underviseren kjenner både helsepersonellet og pasientgruppen. Utover dette kan undervisningen foregå på forskjellige måter, og lengden på undervisningsøkten kan variere mye. I løpet av obstetrikterminen var gruppene bestående av omlag 4 studenter per gruppe, og det ble gjennomført 17 kliniske smågrupper i gynekologi og obstetikk, hver av ca 2,5 timers varighet. Dette blir til sammen i underkant av 50 timer. Noen av gruppene var organisert slik at gruppene gikk fra rom til rom og undersøkte og snakket med utvalgte pasienter. Andre

grupper var lagt opp til at studentene skulle henge seg på hver sin lege, som de fulgte i den avsatte gruppetiden.

Ved UCMSC snakker studentene og lærerne om «kliniske rotasjoner» som noe nokså annet, nemlig det som i timeplanen kalles «undervisning på arbeidsplassen». Det er tid som er avsatt til at studentene skal oppholde seg på forskjellige avdelinger på sykehusene. Tiden benyttes til både strukturert og ustrukturert undervisning. I læreplanen for fjerdeåret står det oppført at det er satt av 200 timer til «undervisning på arbeidsplassen», og i løpet av sjetteåret er det avsatt 320 timer. I følge studentene varierer undervisningen etter hva som er rutinene på de forskjellige avdelingene. Som en del av feltarbeidet utførte jeg deltakende observasjon på to kliniske rotasjoner; en uke på en perinatal avdeling og en uke på fødeavdelingen. De to periodene var nokså like, ved at begge innebar en form for hospitering uten en fastsatt struktur.

«Her på Perinatalogia skal en gruppe på 9 studenter være hele denne uka, før de går videre til en annen gynekologisk avdeling. Disse 9 er igjen fordelt på forskjellige rom, og til forskjellige pasienter. Avdelingen her har fem pasientrom, et undersøkelsesrom og et ultralyd-rom i tillegg til et par små kontorer og en resepsjon. På hvert pasientrom står det to senger, to nattbord og to stoler. Vanligvis er det en pasient i hver seng, og en student i hver stol. Denne studenten har ansvaret for denne pasienten i løpet av hele uka. De to studentene som tilhører rommet får være tilstede under alle vitser og alle undersøkelser for sin pasient, og som regel pasienten i nabosenga.»

Utdrag fra feltnotater skrevet 06.12.16

Det er altså nokså forskjellig hva «kliniske rotasjoner» betyr på de to universitetene. Den norske varianten vil gå under kategorien «smågruppeundervisning», mens den cubanske nok heller passer best i kategorien «læring på arbeidsplassen»; de er i så måte to helt forskjellige undervisningsmetoder.

Mens de kliniske smågruppene i Oslo innebærer korte og konsise “sykebesøk” der symptomer, funn og undersøkelsesteknikker står i sentrum, er de kliniske rotasjonene mer som en *langvarig læringsprosess* i Cuba. Denne langvarige prosessen gir et unikt innblikk i livet som pasient, og hverdagen på et sykehus. Man skulle tro at det å tilbringe så mye tid

sammen med pasientene kan gi et godt grunnlag for å kunne sette seg inn i pasientens virkelighet, noe som trolig vil komme til nytte senere i legelivet.

Jeg har ikke lyktes i å finne undervisning som kan gi denne typen erfaring ved Universitetet i Oslo. På en annen side vet jeg av erfaring at en jobb som pleieassistent på sykehus eller andre institusjoner i hvert fall kan gi *noe* av det samme innblikket. Under feltarbeidet slo det meg stadig at mye av min erfaring som omhandler disse tingene kommer fra arbeidslivet, og ikke fra medisinstudiet.

Denne typen undervisning innebar tilsynelatende mangfoldige timer med venting. Med en tanke om at «tid er penger» er det fort å tenke at denne ventingen betyr store mengder bortkastet tid. Tiden som studentene bruker inne på pasientrommene mellom legevisittene kunne trolig vært brukt til andre læringsmetoder, eller eventuelt aktiviteter utenfor utdanningsinstitusjonen.

Samtidig kan man argumentere for at tiden, også faglig, er langt ifra bortkastet. Kanskje skjer det en form for «osmose», ved at studentene mer eller mindre ubevisst tilegner seg kunnskap fra prosesser som foregår rundt dem?

«Etterpå tilbød jeg meg å assistere hun som sydde kuttene de hadde laget, og maken til macho rafsekjerring har jeg aldri sett. Saksa jeg brukte var sløv, så jeg kløna det til uten å få kuttet tråden. Da gjorde hun gjorde narr av meg og grabbet til seg saksen. Så satte hun «bedøvelse» for å fortelle pas hvor pinglete hun var. Barnets far fikk se barnet i en luke fordi han er legestudent, mens moren fortsatt ikke visste om barnet levde, stakkar.. Ca 30 minutter etterpå fikk hun se gutten sin, som heldigvis levde.»

Utdrag fra feltnotater skrevet 13.12.16

Det er ingen tvil om at vi som medisinstudenter plukker opp både gode og dårlige vaner fra våre fremtidige kollegaer på sykehuset. Bevisst eller ubevisst vil vi plukke opp ting som blir sagt og ting som blir gjort, men også små subtile holdninger som kommer til uttrykk på arbeidsplassen (65). En systematisk oversiktsartikkel fra 2013 viser at positive rollemodeller hjelper for å forme den faglige utviklingen av studentene, og samtidig kan påvirke deres karrierevalg (66). Utdraget fra feltnotatet bærer preg av å være skrevet ment jeg fremdeles var emosjonelt påvirket av en spesifikk episode der jeg ikke var fornøyd med rollemodellen min. Slike episode opplevde jeg flere av. I refleksjonsdelen vil jeg komme tilbake til de etiske sidene av disse episodene.

Clase taller

Jeg har ikke lyktes i å finne en god norsk oversettelse av det som på spansk blir kalt «Clase taller». På engelsk oversettes ordet til «workshops». Studentene ved UCMSC legger vekt på at denne undervisningsformen kan variere mye i uttrykk og gjennomføring. Av en student på sjetteåret blir det beskrevet slik:

«Man diskuterer temaer – professoren og studentene sammen. [...] Professoren kan stille spørsmål, men også forklare. Det er interaktivt. Det kan også være som en oppdelt forelesning. Det er alltid små grupper. Noen ganger kan studentene bidra, men det er ikke en evalueringsform.»

Elena (24) fra Cuba

I følge studieplanene er det på UCMSC avsatt 14 timer til denne undervisningsformen i hvert av de to semestrene med gynekologi og obstetikk, noe som i gjennomsnitt gir 1-2 timer med dette per uke.

Slik jeg ble forklart det av studentene er dette en form for smågruppeundervisning, som kan være alt fra små gruppeforelesninger til diskusjoner. De forklarte at det som regel, på en eller annen måte, er *interaktivt*, og at en del av poenget er at studentene og professorene kommuniserer med hverandre.

Jeg har ikke sett tilsvarende i studieplanen for gynekologiterminen ved UiO.

En tilsynelatende fordel med denne undervisningsformer er møtet mellom student og professor. Foruten de kliniske smågruppene er det relativt lite av dette på UiO sammenliknet med UCMSC. Av erfaring vet jeg at jeg lærer mye av eksempelvis de praktiske eksamenene der jeg mottar direkte tilbakemeldinger på både kunnskap og ferdigheter. Slike møter kan også tenkes å være et godt verktøy for å avdekke eventuelle utfordringer med studentenes holdninger og oppførsel. En kan forestille seg at så regelmessige student-professor-møter kan fungere som en form for kvalitetssikring av studentenes profesjonelle personlighet. Dette krever imidlertid at alle professorer er gode rollemodeller, noe som vil diskuteres mer utdypende i senere avsnitt.

Kurs

Det ble gjennomført fire kurs* ved Universitetet i Oslo i terminen for gynekologi og obstetikk, hver av 2,5 timers varighet. Disse kursene er obligatoriske. I tillegg ble det gjennomført seks kurs i patologi, med mikroskopering av vevspreparater relevante for gynekologi og obstetikk. Disse varte om lag 1 time og 3 kvarter. Totalt ved det altså avsatt 18 timer til forskjellige typer kurs i løpet av denne terminen. Kursene som gikk direkte på gynekologi og obstetikk var i hovedsak simuleringsbasert læring. Det var trening i innsetting av spekulum, prøvetakning og generell gynekologisk undersøkelse utført på dukker av forskjellige slag. Samtidig var det også trening i håndtering av forskjellige pasient-kasus.

Jeg har ikke sett begrepet «kurs» beskrevet som en definert undervisningsmetode i litteraturen. Basert på innholdet i den observerte undervisningen kan det imidlertid se ut til både å inneholde elementer av simuleringsbasert læring, men også være en form for smågruppeundervisning.

Jeg har ikke funnet liknende undervisning i læreplanen for gynekologi og obstetikk ved UCMSC. Imidlertid kan en i oversikten over studiets helhetlige struktur se at det i løpet av tredjeåret undervises i propedeutikk. Det fremkommer ikke av intervjuene om gynekologisk undersøkelse undervises i denne blokken eller ikke, ei heller om eventuell undervisning forgår ved hjelp av dukker etc. Dette ville vært interessant å vite og burde absolutt vært undersøkt videre.

*Det står oppført en undervisningsøkt av 2 times varighet betegnet som KBL; kasuistikkbasert læring ved UiO. Denne typen undervisning kan også anses som en form for kurs og tas derfor med her i tillegg til de andre tre kursene.

Obligatoriske vakter

Work-based learning (WBL) forgår på flere måter ved begge universiteter. De såkalte kliniske rotasjonene er nevnt tidligere i oppgaven, men er ikke den eneste formen for WBL ved universitetene.

På Universitetet i Oslo sine nettsider står det beskrevet at «alle studenter i løpet av sin tid på fødeavdelingen må assistere under tre fødsler og observere under gjennomførelse av ett keisersnitt» (67). Det er lagt til rette for at alle skal få gjennomført dette ved at det er laget en oversikt over hvilke studenter som kan hospitere på fødeavdelingen til hvilke tider. Det er altså obligatorisk å være tilstede på et visst antall fødsler, men det står ikke spesifisert hvor mange timer det forventes at studenten tilbringer på sykehuset.

På Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba er imidlertid studentene pliktige til å gjennomføre et visst antall “vakter” på sykehuset. På fjerdeåret er det avsatt 60 timer til obligatoriske vakter, mens det på sjetteåret er avsatt 170 timer. Slik studentene forklarte meg det varer en vakt fra *etter* endt undervisning den ene dagen, til undervisningen *begynner* dagen etter. Studentene oppholder seg altså på utdanningsinstitusjonen i over 24 timer når de har slike vakter. Er det stille på avdelingen kan de trolig forvente å få sove noen timer, men dersom det er mye som skjer forventes de at de skal være våkne. Selv fikk jeg være med på en slik vakt, og utføre oppgaver som det tilsynelatende er vanlig at sjetteårsstudenter skal gjøre.

«Etter lunsj fikk jeg bli med på fire actionfylte fødsler. De to første var nokså normale, og jeg tok morkaka på den ene av de to. Baby nummer tre fikk jeg ta imot! Hadde ganske høy puls, men det gikk veldig bra. Fikk hele tiden beskjed om hva jeg skulle gjøre»

Utdrag fra feltnotater skrevet 15.12.2016

Som en kan se i sitatet over var det altså forventet at medisinstudenter på Cuba skulle kunne ta imot barn under fødsel. Dette var ikke erfaringen fra hospiteringen i Norge, der medisinstudenten har en mer observerende rolle under «assisteringen». Dette kan åpenbart skyldes at vi i Norge har jordmødre som har hovedansvaret for normale fødsler, og at dette ansvaret typisk faller på turnuslegene på Cuba.

Samtidig fikk jeg inntrykket av at det generelt var nokså høye forventninger til hva medisinstudenter skal foreta seg på disse obligatoriske vaktene. Slik jeg forsto det er de en del av vaktteamet og har sine oppgaver som det forventes at de gjør. Dersom det er slik kan en sette spørsmålsteget ved det etiske ved en slik ordning, både hva gjelder pasientsikkerhet, men også hva gjelder «gratis arbeidskraft». Med så lite materiale å gå ut fra er det klart at denne oppgaven ikke kan konkludere eller vurdere dette, men igjen er det et interessant spørsmål som jeg mener det er viktig å stille ved sammenlikning av de to studiene.

Seminarer:

Universitetet i Oslo bruker begrepet «seminar» om en undervisningsform der flere ulike lærere snakker om et tema fra forskjellige synspunkt. I rapporten «Oslo 2014: Studieplan for profesjonsstudiet i Medisin» har de beskrevet seminarer slik: «en undervisningsaktivitet om et spesifikt og begrenset emne, hvor det kan brukes ulike læringsformer. (...) En forutsetning for å kalle undervisning seminar er at man ikke legger opp til rene forelesninger, men at det

inngår studentaktiverende elementer som praktiske øvelser, presentasjoner forberedt av studenter, gruppearbeid, summegrupper, diskusjoner i plenum etc» (64).

Det ble arrangert 9 slike seminarer i gynekologi og obstetrikk ved UiO i løpet av terminen. De fleste av disse seminarene hadde både en representant fra primærhelsetjenesten og en representant fra fagområdet fødselshjelp- og kvinnesykdommer i spesialisthelsetjenesten. Ved noen av seminarene var det også tilstede representanter fra eksempelvis patologi, farmakologi og mikrobiologi.

Min personlige erfaring var at denne undervisningsformen hadde mye til felles med vanlige forelesninger, men var en god måte å få et helhetlig innblikk i et tema på. En kan tenke seg at det å arrangere et undervisningsopplegg som ifølge protokollen *skal* inneholde «studentaktiverende elementer», bidrar til å bevisstgjøre foreleseren ytterligere med tanke på både innholdet i og utførelsen av undervisningen. Ettersom forelesninger er en såpass innarbeidet og vanlig undervisningsform kan det være at underviseren føler en lavere forventning til disse en ved noe som skal kalles «seminar».

Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba bruker begrepet “seminar” helt annerledes. Her er dette en form for smågruppeundervisning der det blir foretatt studentutspøringer, som en slags evalueringsform. Dette vil omtales videre i kapittelet om testing og evaluering av studentene. Imidlertid er det absolutt mulig å argumentere for at dette også både er en undervisningsmetode og en læringsmetode da det åpenbart kan benyttes for å øke læringsutbyttet.

6.4 Testing og evaluering av studentene

Det var store forskjeller når det kommer til testing av kunnskap og evaluering av studentene ved de to universitetene. Den aller største forskjellen var mengden og hyppigheten av dette, samt konsekvensen av testingen.

Skriftlig og muntlig-praktisk testing ved UiO

Ved Universitetet i Oslo testes studentenes kunnskaper og ferdigheter i Gynekologi og obstetrikk offisielt kun ved to anledninger gjennom terminen, begge som eksamen ved slutten av terminen. Det gjennomføres én skriftlig digital eksamen av 4 timers varighet, samt én

praktisk objektiv strukturert klinisk eksamen (OSCE) av 1 times varighet. Den skriftlige digitale eksamenen består av flere sekvenser, der man leverer en deloppgave, får fasit-informasjon fra denne og deretter fortsetter med neste deloppgave. Oppgavesettene består av forskjellige spørsmålstyper, deriblant flervalgsspørsmål der ett eller flere svaralternativ skal velges, og kortsvarspørsmål hvor man skal skrive 1-10 setninger som fritekst. De fleste oppgavene er utformet med utgangspunkt i pasientkasus. Den praktiske eksamenen er en såkalt OSCE. Her skal studentene rullere mellom forskjellige stasjoner med kliniske oppgaver som skal løses innen en viss tid. Noen stasjoner har skuespillere som skal representere pasienter, andre har modeller eller dukker og noen har kun preparater som skal beskrives og spørsmål som skal besvares.

Dette er de eneste formene for studentevaluering og –testing i løpet av terminen i gynekologi og obstetrikk. Dette er også nokså representativt for resten av studiet, da studentene som hovedregel kun evalueres offisielt med en eller flere eksamener ved modulen eller terminens slutt. Som unntak finnes eksempelvis noen få skriftlige oppgaver som evalueres i tillegg.

Ukentlige skriftlige innleveringsoppgaver ved UCMSC

Studentene ved Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba testes imidlertid adskillig mer.

Både under terminen på 4. studieår og terminen på 6. studieår har studentene ved UCMSC omtrent ukentlige obligatoriske innleveringsoppgaver i gynekologi og obstetrikk. De får da utdelt et tema som de skal skrive om i løpet av en angitt tid, som regel en studieuke uke eller mindre. Oppgavene skrives for hånd og på papir, og det er strenge krav til oppsett og utseende på oppgavene. En cubansk student forklarer det slik:

«Du får et tema. Du skal finne ut om temaet. Du skal skrive en oppgave på papir. For å kunne levere må du ha med introduksjon, utvikling, konklusjon og en bibliografi.»

Elena (23) fra Cuba

Oppgavene leveres vanligvis etter endt forelesning. Da blir studentene ropt opp etter en liste og «sjekkes ut» av rommet når de har levert oppgaven. I forbindelse med at jeg fikk være med på forelesning fikk jeg også vært med på denne prosedyren:

«Jeg fikk ta en rask titt på nabostudentens oppgave, men forsto ikke helt hva den egentlig handlet om. Innholdet var skrevet med nydelig, dog ikke lettlest(!), løkkeskrift og alle illustrasjoner og modeller var tegnet ved hjelp av passer og linjal. Fremsiden var dekorert med grafitti-aktig skrift i mange forskjellige farger.»

Utdrag fra feltnotater skrevet 13.12.2016

Det står i læreplanene oppført at studentene skal bruke om lag 120 timer på disse oppgave i løpet av terminen på 4. året, og 23 timer i løpet av 6. året. Totalt i terminene i gynekologi forventes det altså at studentene skal bruke om lag 150 timer på skriftlige innleveringsoppgaver, noe som i gjennomsnitt utgjør om lag 7,5 timer i uken. I følge studentene var det omtrent like mye tid som gikk med til dette på de to terminene, nemlig 1-2 timer om dagen. Studieplanen har imidlertid avsatt adskillig flere timer til dette på fjerdeåret enn på sjetteåret. Det er usikkert om dette skyldes at fakultetet beregner at studentene bruker kortere tid lenger ut i studieløpet, eller om studentene ikke har lagt merke til forskjellen fordi de har skriftlige innleveringer også i andre fag i tillegg.

Det som er sikkert er at de cubanske studentene bruker adskillig mer tid på skriftlige oppgaver gjennom studiet enn de norske studentene gjør. Dette betyr også at de trolig får vesentlig mer trening i det å skrive. På Universitetet i Oslo har studentene et fag som heter KLoK – Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring. I dette faget får de trening i lesing og skriving av medisinskfaglig litteratur. Dette er allikevel meget få timer sammenliknet med studentenes ukentlige oppgaver ved UCMSC.

Hvorvidt de to tilnærmingene til skrivetrening er effektive blir imidlertid et helt annet spørsmål, som det ikke gjøres forsøk på å besvare her.

Seminarer

Studentene har også omlag ukentlige muntlige høringer, som regel foretatt i grupper. Disse varierer nokså mye i form og innhold, men felles for dem alle er at de er obligatoriske og skal telle med på karakteren ved semesterets slutt. En cubansk student på sjetteåret forklarer det slik:

«Seminarene her er for å evaluere kunnskapen til studenten. En dag i uken får du et tema. Senere i uken, ofte på fredag får du spørsmål om dette temaet. Dette er for å evaluere om studenten kan stoffet. Hvis det er noe du ikke forstår kan du kanskje spørre professoren, og professoren vil forklare.»

I læreplanen står det oppført 8 timer med slike muntlige høringer i løpet av obstetrikterminen på fjerdeåret året og 14 timer med muntlige høringer i terminen på sjetteåret. I gjennomsnitt blir det altså foretatt én utspørring i uken.

Universitetet i Oslo har ingen liknende løsning. Som beskrevet har studentene ved flere anledninger muntlig-praktiske eksamener etter endt undervisningstermin. Dette er dog kun en brøkdel sammenliknet med UCMSC.

En åpenbar fordel med dette er at professorene får et bredt kunnskapsgrunnlag å basere en sluttkarakter på. Dette forutsetter imidlertid at det er forskjellige professorer som skal evaluere studentene gjennom terminen. En annen mulig fordel er at professorene kan følge studentenes utvikling og progresjon gjennom terminen. I motsetning til det forrige forutsetter imidlertid dette at utspørringen foretas av samme professor. Jeg mangler dessverre data om disse tingene, noe som vanskeliggjør videre refleksjon rundt dette.

Evaluering i løpet av den kliniske rotasjonen

Studentene ved UCMSC evalueres også av de ansvarlige legene på sykehusavdelingen i forbindelse med de kliniske rotasjonene. I løpet av hver rotasjon har studentene hvert sitt kort, med punkter som skal evalueres. Disse punktene inneholder forskjellige ferdigheter, prosedyrer og konsultasjonstyper (hjemmebesøk og feltbesøk) i tillegg til holdninger, etikk, punktlighet og disiplin. De aktuelle lærerne fyller da ut hvert punkt med signatur for utført aktivitet, merknader og karakterer.

Denne typen evaluering forekommer ikke offisielt ved UiO. Det er nærliggende å tro at en viss form for evaluering av de overnevnte punktene også automatisk forkommer hos hver enkelt professor her, men det er ingen eksplisitt anledning til å gi tilbakemelding til studentene om dette.

Eksamen etter endt termin slås sammen med øvrig evaluering

I slutten av hvert semester gjennomgår studentene ved UCMSC en praktisk-teoretisk prøve av 4 timers varighet. Resultatet av denne blir slått sammen med alle andre evalueringsresultater, til en gjennomsnittskarakter mellom 1 og 5, der alt over 2 er godkjent.

Til sammenligning blir studentenes eksamener ved UiO evaluert hver for seg, og en må ha en poengscore på over 65% for å bestå. Evalueringen har til nå kun rommet bestått/ ikke bestått, men en gradert karakterskala (A-F) er vedtatt innført i profesjonsstudiet i medisin senest fra 2017 (68).

Totalt sett mer testing av studentene ved UCMSC enn ved UiO

Det er altså totalt sett vesentlig mer evaluering og testing av studentenes kunnskap på UCMSC sammenliknet med Universitetet i Oslo, både på gynekologiterminen, men også i studiet forøvrig.

Det er gjort forskning på effekten av hyppig testing, og en metaanalyse fra 1991 (69) viste at studenter som har blitt testet én gang i løpet av terminen typisk scoret om lag et halvt standardavvik bedre på forsøkstestene enn studentene som ikke hadde blitt testet i perioden. Det var imidlertid *ikke* vist økende effekt ved økende antall tester. Det er også viktig å tenke på at gode resultater på en test ikke nødvendigvis betyr god lege.

6.5 Pensumlitteratur og tilnærminger til dette

Universitetet i Oslo publiserer en liste over anbefalt litteratur på sine nettsider (70). Her er det foreslått både norske, svenske, danske, britiske og amerikanske lærebøker, samt to nettressurser. Under introduksjonsforelesningen dette semesteret ble det henvist til denne listen, og presisert at dette er et forslag fra fakultetets side, basert på hvilken litteratur de har kjennskap til og mener er bra. Det eksisterer altså ikke definert en pensumliste, men derimot et forslag til bøker en kan bruke for å tilegne seg kunnskapen som er definert i læringsmålene.

I følge de cubanske studentene var «pensum» definert som innholdet i boken «Obstetricia y Ginecología» (71). Læreplanen som jeg fikk tilgang til viser imidlertid en liste over læringsmål og en liste kalt «indikasjoner om undervisningslitteratur» [Indicaciones sobre la literatura docente]. Denne listen viser til to bøker; både boken som studentene referer til, som er skrevet av cubanske forfattere, samt en annen bok skrevet av en spansk forfatter (72). Det kan altså se ut som at tanken fra fakultetets side i utgangspunktet er relativt lik, men at dette ikke når ut til studentene.

Det var altså to forskjeller som var verdt å legge merke til slik jeg så det; det ene var at UiO i større grad legger ansvaret for velge ut lesestoff på studentene, mens dette i praksis på forhånd valgt ut for studentene på UCMSC. Den andre var at UiOs liste over foreslått litteratur inneholder både langt flere bøker og en bredere variasjon i forfatterens nasjonaliteter.

Det kan være flere årsaker til disse forskjellene, men både den amerikanske blokaden, samt språklige utfordringer kan trolig ha bidratt til at det har blitt slik på Cuba.

6.6 Læringsmiljøet

Det som, i mine øyne, skiller seg ut som den aller største forskjellen på medisinstudiet i Santiago versus medisinstudiet i Oslo er *læringsmiljøet*.

Læringsmiljø er en omfattende betegnelse på faktorene som utgjør klimaet som læringen skal foregå i. Kunnskapsdepartementet definerer læringsmiljø som «*de kulturelle, relasjonelle og fysiske forhold på skolen og i barnehagen som har betydning for barnas og elevenes læring, helse og trivsel*» (73). Det er i oppgaven benyttet en slik bred og innholdsrik definisjon.

6.7 Kulturelle faktorer

«Har nå ventet mer enn 40 minutter på Docencia [undervisningsansvarlig]. Time is not precious! Alle venter. Hele tiden. Til slutt kom den gamle hyggelige mannen og viste meg føden»

Utdrag fra feltnotater skrevet 09.12.2016

En av de første tingene jeg la merke til som en forskjell i læringsmiljøet er synet på og betydningen av tid. Studenthverdagen i Santiago preges av mye venting; venting på professorer, venting på pasienter og venting som en del av skoledagen.

Studentene i Santiago bruker som vi har sett atskillig flere timer i døgnet på universitetet og sykehuset enn studentene i Oslo gjør. Den obligatoriske skoleuken går fra mandag til lørdag og skoledagen strekker seg fra morgentimene til kveldstid, med en times lunsjpause imellom. Det betyr altså at studentene tilbringer de fleste av døgnetimer på utdanningsinstitusjonen.

I Oslo ligger det en klar forventning hos studentene av at timene tilbragt på universitet eller sykehus skal bære med seg et tydelig læringsutbytte. Kun et lite utvalg av den oppsatte undervisningen er obligatorisk, og studentene prioriterer grundig hvilke deler av den resterende undervisningen de skal delta på og ikke. Dette syntes ikke å være et tema for studentene i Santiago.

Det er vanskelig å si hva som kan være årsaken til denne tydelige forskjellen. Det kan tenkes at det forkommer en generell kulturell forskjell i temporalitet mellom de to landene. Kanskje er dette et gjennomgående karakteristikum for hele Cuba?

På en annen side kan det være slik at studieløpene har tilpasset seg de respektive studentenes behov eller motsatt. Mange av studentene i Oslo har småjobber ved siden av studiet, men det syntes ikke å være vanlig blant studentene i Santiago. Om det er slik at medisinstudiet i Oslo har tilpasset seg behovet for sidejobber hos studentene eller om det har blitt vanlig med sidejobber fordi medisinstudiet i Oslo tillater det er dog vanskelig å konkludere med.

En tredje mulighet kan være at dette er et bevisste pedagogiske grep fra fakultetenes side. Som beskrevet i avsnittet om læring på arbeidsplassen kan en absolutt tenke seg at det som mange vil anse som «bortkastet tid» kanskje nettopp er det motsatte, og at fakultet benyttes seg av dette som en bevisst strategi.

6.8 Relasjonelle faktorer

«Studentene må møte på sykehuset kl 08:00, men er der alltid litt før. De blir nemlig bedømt på disiplin, orden og oppførsel i tillegg til kunnskap og ferdigheter. De har alle mørkeblå langbukser og kritthvite nysstrøkne kortermede skjorter.»

Av relasjonelle faktorer var det en tydelig forskjell i studentenes «rolle» og plassering i hierarkiet. Det er strenge regler og et tydelig hierarki på UCMSC. Studentene er tydelig plassert lavere i hierarkiet, og blir, som vi har sett, til stadighet bedømt på disiplin, orden og oppførsel av professorene. Til tross for at studentene ofte måtte vente på professorene, var det motsatte ansett som uakseptabelt. Disse observasjonene gjaldt både i en-til-en-sammenhenger, men også i plenum:

«Utover i forelesningen var det tydelig at studentene ble mer og mer ukonsentrerte, mindre og mindre rake i ryggen. Hvis foreleseren hadde mistanke om at noen ikke fulgte med spurte hun om de kunne gjenta det hun nettopp sa foran alle de andre. Det var stadig vekk slik

testing av studentene og trusler om at hun kom til å gå hvis de ikke fulgte bedre med. Som både relativt beskjedne og definitivt konfliktsky student får jeg en skikkelig ubehagelig følelse inni meg når slik skjer, og denne følelsen kom flere ganger underveis i forelesningen»

Tross disse forskjellene vil jeg likevel påstå at selve *studentmassen* for meg fremsto nokså lik. Ved begge universitetene pratet jeg med studenter som etter min mening passet følgende beskrivelse: *ambisiøs, omsorgsfull, intelligent og åpen*. Det betyr naturligvis ikke at alle medisinstudentene på begge universiteter er slik, men jeg fant det interessant at det var så få forskjeller i personlighet og egenskaper – tross alt.

6.9 Fysiske faktorer

«Dette er faktisk det verste toalettet jeg har sett i hele mitt liv! Ingen dører. Ikke doring. Ikke lokk. Ikke papir. Ikke opptreks-knapp; vannet bare renner konstant, med svakt trykk - litt i do, litt på gulvet. Gulvet er vått, skittent og fullt av hår. Ved siden av står en papirkurv uten pose. Oppi den kan man se noen godt brukte bind, noe som ser ut som en lokal tampong-variant og mange små sammenkrøllede papirlapper av forskjellige slag, noen kvitteringer, noen linjerte ark, og en del små brune avrevne kartongbiter. Ingen tvil om hva disse er brukt til. Mens jeg står og balanserer på to litt for høye sandaler for å prøve å treffe skåla med strålen kommer en dame inn i rommet. Jeg roper desperat «occupado» i frykt for at noen skal se meg i denne pinlige stillingen. Hun venter, og jeg kjenner jeg gruer meg til å få øyekontakt med noen som helst her inne. Utenfor møter jeg en nydelig blid dame med sminke, stiletthæler, raslete smykker og en fin, hvit nystrøket legefrakk og stetoskop rundt halsen.»

De fysiske forholdene ved de to universitetene var meget forskjellig; alt fra bygninger, rom og luftkvalitet til tilgang på materielle og ikke-materielle ressurser.

De økonomiske forskjellene er også helt vanvittige. «Elena» har 230 mn [70 NOK] å leve for i måneden. Likevel er hun kjempeopptatt av klær og utseende. I dag fikk hun tilbud om å kjøpe en denimjakke fra en annen ansatt. Den kostet 12 CUC [94 NOK] og «Elena» brukte hele dagen på å vurdere om hun skulle overtale foreldrene til å kjøpe den eller ikke. Hun spurte også hele tiden hva jeg synes. Den synes jeg var litt vanskelig. For meg er det jo liksom prisen av en utepils på aker brygge for en jakke jeg kunne gitt til Fretex uten å blunke.

Utdrag fra feltnotater skrevet 12.12.2016

Som utdraget fra feltnotatene viser var det altså meget stor forskjell i de økonomiske ressursene som den cubanske studenten hadde tilgang til, sammenliknet med min situasjon. Det var også store forskjeller i materielle ressurser på sykehuset. En av de første tingene jeg la

merke til under feltarbeidet var at studentene til stadighet spurte om de kunne få papirark av meg. Dette kunne være alt fra rene A4-ark til bittesmå linjerte blad fra dagboken og ble brukt til alt fra skolenotater til dokumenter som skulle inn i pasientjournalene. Jeg forsto etterhvert at dette skyldes en generell papirmangel i området. Også toalettpapir var åpenbart en mangelvare, og det var ikke uvanlig å se gamle notatark som hadde blitt brukt som dette i søppelkurvene ved siden av døen.

Internett og digitale hjelpemidler har revolusjonert medisinerutdanningen i Norge. I Santiago er trådløst internett fremdeles ikke allment tilgjengelig og er dermed ikke en integrert del av undervisningen. Det samme gjelder generell bruk av digitale verktøy. Mange av studentene på Cuba eier i dag smart-telefoner eller nettbrett og har allerede begynt å bruke disse som ressurser i læringen. Dette var eksempelvis pdf-filer, digitale versjoner av lærebøker og apper som sirkulerte mellom elevene ved hjelp av bluetooth-teknologi. Fra universitetets side var dette dog ikke særlig anerkjent og var ikke initiert av universitetet selv.

På samme tid er det i Oslo slik at alle forelesninger skal legges ut på Universitetets lukkede nettplattform, sammen med timeplaner, læringsmål og viktige beskjeder fra universitetet.

Det var altså store forskjeller i læringsmiljøet på de to universitetene; både kulturelle, relasjonelle og fysiske.

7 Utfordringer og problematisering

Farget av subkulturen ved Universitetet i Oslo

Som nevnt i metodekapittelet, er jeg selv student ved Universitetet i Oslo. Etter fem år som student her har jeg vent meg til en spesiell læringsatmosfære, et sett normer og regler som er spesifikke for denne subkulturen. Det gjør meg alt annet enn ufarget i forsøket på å sette meg inn i hverdagen til en medisinstudent på Cuba. Enten jeg vil eller ikke, vil alt av opplevelser og erfaringer fra feltarbeidet preges sterkt av bevisste og ubevisste minner fra min vante situasjon, og min studiehverdag ved UiO vil ubevisst være «normalen» jeg sammenligner opp mot.

Skjevhet i mengden tid tilbragt ved de to universitetene

Et annet åpenbart problem ved oppgaven er skjevheten i mengden tid brukt ved de to universitetene. To uker er i seg selv meget kort tid til å utføre feltarbeid av denne typen. Skjevheten blir kanskje ekstra stor når jeg da tilbragte hele fem måneder i Oslo. Årsaken til at det ble slik er at det er meget vanskelig å gjennomføre feltarbeid av lengre varighet under medisinstudiet, da det stadig foregår obligatorisk undervisning i løpet av skoleåret. Samtidig var det åpenbart ikke aktuelt å tilbringe mindre tid ved Universitetet i Oslo.

Som et forsøk på en form for utjevning av dette ble perioden tilbragt på UCSC meget intensiv, med lange dager på universitet og sykehus og intervjuer gjennomført delvis på kveldstid. Likevel var det en del undervisning jeg gjerne skulle få tatt del i, men som ikke ble gjennomført i perioden.

For dårlig tid til planlegging

Før jeg startet på dette prosjektet var jeg i gang med en helt annen oppgave om et helt annet tema. Det aktuelle prosjektet måtte brått avlyses på grunn av væpnet konflikt i prosjektområdet. Dermed måtte jeg gjøre en helomvending, og påbegynne et nytt prosjekt. Det medførte dessverre at det ble for liten tid til planlegging av dette prosjektet. Det ville vært ønskelig å sette seg mer inn i kvalitativ metode før feltarbeidet ble igangsatt. Blant annet ble det ikke utarbeidet en intervjuguide, noe som trolig hadde vært meget nyttig i dette prosjektet. Slik intervjuene fremstår, bærer de tydelig preg av at dette er forfatterens første kvalitative

intervjuer. Det samme kan også sies om feltnotatene, som skildrer mer hva som foregår inni meg enn rundt meg. På en annen side har jeg lært vanvittig mye av å gjøre så tydelige feil. Jeg føler meg helt klart som en bedre kvalitativ forsker nå enn før jeg tok fatt på denne oppgaven.

Språket

Før feltreisen var jeg relativt selvsikker på språket, og hadde ikke sett for meg de største utfordringene med dette. Jeg hadde aldri vært på Cuba før, men har snakket mye spansk i mange andre land i sør- og sentral Amerika uten særlige problemer. Etter ankomst viste det seg imidlertid at jeg overhodet ikke var forberedt på den sterke aksenten på Cuba. Selv om det gikk adskillig bedre etter noen dager er dette likevel noe som absolutt kan påvirke kvaliteten på prosjektet.

I tillegg vil det nok alltid være en ulempe å forholde seg til flere språk i et forskningsprosjekt, da viktige nyanser fort kan forsvinne i oversettelsene. Det kan også fort oppstå forvirringer i forbindelse med faglige begreper og termer. Som beskrevet tidligere i oppgaven oppdaget jeg en del slike forvirringer og valgte derfor å gjøre et bevisst valg av oversettelse og holde meg til disse.

Kulturforskjeller og -forvirring

Som nevnt tidligere ser det ut til å finnes kulturelle forskjeller når det gjelder forholdet til tid. Jeg opplevde ved flere anledninger å få beskjed om at noe skulle skje på et visst tidspunkt, for så å bli ventende i lang tid før det aktuelle faktisk begynte. Ved noen anledninger opplevde jeg også at det aktuelle faktisk aldri skjedde. Dette førte til at det var vanskelig å holde den opprinnelige planen, og at jeg gikk glipp av potensielt lærerike situasjoner. På en annen side ble denne observasjonen tatt med som et relevant funn, da det sier noe om hverdagen som studentene forholder seg til.

Tidspunktet for den deltakende observasjonen

Jeg har flere ganger spurt meg selv om det var riktig å utføre deltakende observasjon før gjennomgått opplæring i det aktuelle tema. Det faktum at jeg under den deltakende

observasjonen manglet basal kunnskap om gynekologi og obstetrikk kan sies å være problematisk av flere grunner.

Ved å være så «blank» på et medisinsk tema kan det komplisere resultatene, blant annet ved at kommunikasjonen kan være mer problematisk enn nødvendig. Det var åpenbart at jeg manglet en del faglige begreper og terminologi på tidspunktet for den deltakende observasjonen. Dette ble jeg mer klar over da jeg hørte gjennom opptakene av intervjuene som ble gjort, da det var tydelig at jeg hadde lettere for å forstå det som ble forsøkt forklart av de lokale studentene *etter* endt termin i Norge. Om dette ville endret resultatene nevneverdig er ikke sikkert, men det er nyttig å merke seg likevel.

«Baby nummer tre fikk jeg ta i mot! [...] Det skumleste var nesten hvor glatt ungen var. Etter hodet var ute fikk den liksom kjempefart, så jeg var livredd for å miste den i bøtta.»

Utdrag fra feltnotater skrevet 16.12.2016

Utfra feltnotatene kommer det tydelig frem hvor lite erfaring jeg hadde med obstetrikk på tidspunktet for deltakende observasjon i Cuba, og det kan reises spørsmål om hvorvidt det var etisk og medisinsk forsvarlig å utføre prosjektet i denne rekkefølgen. Jeg hadde altså ikke gjennomført undervisning i obstetrikk før oppholdet på fødeavdelingen på Cuba, men ble likevel, på min siste dag, spurt om jeg ville ta imot et barn. Jeg hadde da sett på, og etter hvert assistert, under om lag 12 fødsler. Jeg hadde ikke lest de relevante kapitlene i verken den cubanske eller norske anbefalte litteraturen.

Den ansvarsglade, ivrige og nysgjerrige delen av meg svarte «ja» på dette spørsmålet lenge før den reflekterende, etisk korrekte og gjennomtenkende delen av meg rakk å bli aktivert. Fødselen gikk fint, og både mor og barn hadde det tilsynelatende fint gjennom hele prosessen. Jeg ble vel ikke spurt om dette hvis ansvarlig lege ikke var sikker på at det skulle gå fint? Jeg hadde vel fått så mye erfaring at de cubanske legene mente det var forsvarlig? Det er kanskje på denne måten mye av læring her foregår? Jeg overbeviste meg selv om at dette var en interessant observasjon for prosjektet sin del og at det er riktig å «ta skikken dit man kommer». Likevel føltes det rart å tenke på at jeg nå hadde tatt imot et barn før jeg har vært igjennom denne terminen.

Det er selvfølgelig slik at alle prosedyrer på et tidspunkt *må* utføres for første gang, men da er det viktig å få god oppfølging og veiledning undervegs. Hvorvidt en professor fra et annet

universitet, fra et annet land, og som snakket et annet språk er den beste til å bistå med dette er ikke sikkert.

Etiske utfordringer på grunn av økonomi og ressurser

«Utrolig å se hvor lite ressurser de har. «Dra. XXX» viser stolt fram det hun kaller sin egen «invención fenomenal»: en måte å utføre gynekologisk undersøkelse, med innsetting av vaginaltablett, med bare en hånd! Da kan man nemlig redusere hanskebruken med 50 %. Det interessante er at hanskene uansett ikke kastes etterpå. De vaskes og brukes på nytt.»

Utdrag fra feltnotater skrevet 07.12.2016

Som nevnt er Cuba et land med et relativt lav BNP, og dette er meget synlig på sykehuset. Hansker gjenbrukes, eksplorasjonsgeléen tynnes ut og operasjonsklærne er fillete og få. Likevel ble jeg tilbudt et par med hansker for å utføre en ekstra vaginalundersøkelse, fikk bruke så mye eksplorasjonsgelé jeg ville, og måtte bruke ett sett med rene operasjonsklær hver dag. Det føltes vanskelig å ta imot ressurser som jeg visste det var lite av. Samtidig var det ofte nødvendig for å utføre oppgavene som studentene skulle gjennomføre. Det hjalp også å tenke på at universitetet likevel går kraftig i overskudd ved å la studenter som meg være her, noe som for øvrig bringer meg til en annen etisk-økonomisk utfordring.

For å kunne oppholde meg på sykehuset i denne perioden, måtte jeg betale 180 CUC per uke, dvs om lag 1400 NOK. Dette er summen som alle internasjonale studenter må betale ved opphold på sykehuset her. Mange vil mene at det er feil å måtte betale penger til en institusjon for å drive forskning ved og på den. Likevel er det også enkelt å argumentere for at det er etisk riktig å betale for de *ekstra* kostnadene ved å ha en ekstra student tilstede. Spesielt i et land som dette. Hvor stor sum som er riktig å betale er derimot vanskelig å komme frem til. Summen jeg betalte er sannsynligvis mye høyere enn de reelle utgiftene ved å ha student tilstede, men på en annen side trolig ikke mye høyere enn det tilsvarende ville kostet i Norge. Personlig følte jeg ikke at dette var et stort etisk problem, både fordi det var en fast rutine på dette fra før, men også fordi de personene jeg skulle forholde meg til ikke var de samme som hadde med betaling og organisering å gjøre. Det føltes også etisk riktig å betale fordi det så absolutt er behov for denne økonomiske støtten.

Det hendte også at jeg lurte på om det var riktig at jeg å ta opp en studieplass i et allerede fullt utdanningssystem. Stjal jeg pasienterfaring fra de andre studentene? Brukte jeg av professorenes tid på deres bekostning? I starten synes jeg dette var litt vanskelig, men etter å

ha erfart tidsbruken på sykehuset, følte jeg ikke dette var et så stort problem som jeg var redd for i begynnelsen. Studentene tilbringer mye tid på sykehuset, og det er etter det jeg erfarte ikke mangel på pasienter.

Andre etiske utfordringer

«De kjefter og smeller i det ene øyeblikket og tuller og tøyser i det andre. Nok en gang så babyen død ut i det den kom ut, uten at det så ut til å bry noen andre en moren. Ingen svarte henne når hun stadig spurte «¿Por que no llora?» [Hvorfor gråter han/hun ikke?]. Ville så gjerne svare henne, men jeg visste ikke jeg heller. Etter hvert svarte den ene LIS-legen «fordi du ikke klarte å presse hardt nok». Hjerteskjærende.»

Utdrag fra feltnotater skrevet 14.12.2016

Det som for meg sitter igjen som den største etiske utfordringen var det å være vitne til situasjoner som strider mot mine moralske verdier, uten å intervenere. I feltnotatene mine har jeg beskrevet flere situasjoner som jeg opplevde som direkte hjerteskjærende.

«De fødende blir virkelig behandlet som kveg. Tenk å ha det så vondt, og samtidig er det ingen som bryr seg om deg. De ansatte som sitter rundt bare tuller og tøyser, og hjelper ikke til. Én fødte nesten i do, og den andre begynte å føde i stolen, etter å ha blitt «straffet» for at hun var så dårlig til å presse, og for at hun var borti hånda til Dr. XXX da han la seg oppå henne. Den siste fødselen trodde jeg nesten gikk galt. Det tok lang tid før babyen begynte å gråte ordentlig. Da den først begynte å gjøre det, synes jeg fortsatt den virket nokså svak, og rørte seg litt lite. Legene synes dog det var en helt vanlig fødsel..»

Utdrag fra feltnotater skrevet 12.12.2016

Dette var flere situasjoner som føltes direkte vondt å være vitne til, og det som føltes mest riktig var å bryte inn. Likevel føles det, som femteårs medisinstudent fra Norge, vanskelig å skulle fortelle en overlege med årevis av erfaring at det han gjør er *feil*. Hva var mitt grunnlag for å bedømme dette? Hvordan vet jeg at kvinnene opplevde disse tingene like ille som jeg ville gjort? Er det kanskje en del av kulturen? Dette har jeg tenkt mye på, men jeg har ikke kommet fram til noen konklusjon.

8 Avslutning

Det viser seg at mye er overraskende likt når det kommer til medisinstudiet på Universitetet i Oslo og medisinstudiet ved Universidad de Ciencias Médicas i Santiago de Cuba; studentene er nok så like, læringsmålene er nokså like og studieløpets helhetlige struktur er nokså lik. Dette var for meg relativt overraskende med tanke på de store forskjellene mellom Cuba og Norge hva gjelder eksempelvis økonomiske og politiske forhold.

Samtidig er det også mye som er forskjellig. Blant de store forskjellene finner vi mengden tid som studentene tilbringer på selve utdanningsinstitusjonen. Mens det ikke er uvanlig for studenter i Norge å ha organiserte deltidsjobber ved siden av medisinstudiet, ser dette ut til å være både uvanlig og nærmest umulig for studentene på Cuba. De er nødt til å oppholde seg på skolen eller sykehuset de fleste av døgnetimer, enten i form av «læring på arbeidsplassen», eller på grunn av deres obligatoriske vakter.

En annen tydelig forskjell er at de cubanske studentene gjennomgår adskillig mer kunnskapstesting og evaluering enn norske studenter. Det er både ukentlige muntlige høringer og ukentlige skriftlige oppgaver i tillegg til at studentene kontinuerlig blir vurdert på holdninger, etikk, punktlighet og disiplin. Til sammenlikning testes de norske studentene hovedsakelig kun ved endt termin; da enten skriftlig, muntlig/praktisk eller begge deler.

Den aller største forskjellen virker for meg å være *læringsmiljøet*. Det er relativt store forskjeller både i de kulturelle, relasjonelle og fysiske forholdene som kan påvirke studentenes læring.

Blant kulturelle faktorer vises blant annet forskjeller i synet på tid; venting er i større grad en del av hverdagen for studentene på Cuba enn for studentene i Norge.

Blant relasjonelle faktorer var studentenes «plassering i hierarkiet» annerledes på Cuba i forhold til Norge; blant annet ved at forholdet mellom professor og student i større grad preget av respekt og disiplin.

Av fysiske faktorer var det store forskjeller i både økonomiske og materielle ressurser; alt fra bygninger og materiell på skole og sykehus, til studentenes personlige økonomi.

Samlet kan forskjellene se ut til grovt sett å være mer relatert til faktorer som ligger utenfor grensene for hva fakultetet selv kan styre, mens selve medisinstudiet, innholdet og måten det var bygget opp på var noenlunde likt, dog med noen forskjeller også i dette.

Cuba, som har blitt verdenskjent for sitt gode og effektive helsevesen tross begrensede økonomiske og materielle ressurser, har altså en medisინutdanning som ikke ligger milevis fra medisინutdanningen i Norge – et av verdens rikeste land.

De forskjellene som likevel *er* bemerket i denne oppgaven skulle gjerne vært undersøkt videre. Selv om de er små og få er det fremdeles ikke umulig at de spiller liten rolle i forklaringen på Cubas gode resultater.

Trolig har både Castros revolusjon og dagens spesielle politikk mer betydning enn disse små, konkrete forskjellene, men det er allikevel fascinerende å tenke på hva disse forskjellene fører med seg. For å komme nærmere et svar på det, er det behov for videre forskning på medisინutdanning, samt et adskillig dypere dykk i Cubas politikk og helsevesen.

Litteraturliste

1. Bank W. World Bank list of economies (June 2017). www.worldbank.org; 2017.
2. Campion EW, Morrissey S. A Different Model — Medical Care in Cuba. N Engl J Med. 2013;368(4):297-9.
3. Keck CW, Reed GA. The curious case of Cuba. Am J Public Health. 2012;102(8):e13-22.
4. bbc. Health tourism boom in Cuba. In: bbc, editor. 2015.
5. Peace IPf. Cuba's Public Health system. In: IFCO, editor. YouTube2016.
6. Korcok M. Cuba trains American medical students — to work in US. CMAJ. 2001;164(10):1477-.
7. van Zanten M, Boulet JR. Medical education in the Caribbean: variability in medical school programs and performance of students. Acad Med. 2008;83(10 Suppl):S33-6.
8. Moen K, Middelthon A-L. Qualitative Research Methods. In: Olson PLHBB, editor. Research in Medical and Biological Sciences: From Planning and Preparation to Grant Application and Publication: Academic Press; 2015. p. 321-78.
9. Nations U. World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. In: Department of Economic and Social Affairs PD, editor. 2015.
10. Cuba [Internet]. FN-sambandet. 2016 [cited 04.09.2017]. Available from: <http://www.fn.no/Land/Cuba>.
11. News B. Fidel Castro, Cuba's leader of revolution, dies at 90. BBC News [Internet]. 2016 23.01.2018 [cited 2018 3.01.2018]. Available from: <http://www.bbc.com/news/world-latin-america-38114953>.
12. Cubano P. Asamblea del Poder Popular: República de Cuba; 2018 [cited 2018. Available from: <http://www.parlamentocubano.cu/index.php/diputados/>.
13. Domínguez-Alonso E, Zacea E. Sistema de salud de Cuba. Salud Publica Mex. 2011;53:s168-s76.
14. The World Factbook: Central America and Caribbean :: CUBA [Internet]. Central Intelligence Agency. 2014 [cited 06.09.2017]. Available from: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cu.html>.
15. The World Factbook: Europe:: NORWAY [Internet]. Central Intelligence Agency. 2014 [cited 06.09.2017]. Available from: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/no.html>.
16. Norge [Internet]. FN-sambandet. 2016 [cited 04.09.2017]. Available from: <http://www.fn.no/Land/Norge>.
17. K Drain P, Barry M. Fifty Years of U.S. Embargo: Cuba's Health Outcomes and Lessons2010. 572-3 p.
18. Publications AI. The US Embargo against Cuba. Its impact on economic and social rights. Secretariat I; 2009.
19. Suddath C. U.S.-Cuba Relations2009 21.01.2018. Available from: <http://content.time.com/time/nation/article/0,8599,1891359,00.html>.
20. Xinhua. Spotlight: China helps Cuba's special economic zone fulfill potential 2017 21.02.2018 [cited 2018 21.01.2018]. Available from: http://news.xinhuanet.com/english/2017-02/20/c_136071078.htm.
21. A. EdTdCS. Internet y conectividad 2016 [cited 2018 21.01.2018]. Available from: http://www.etecsa.cu/internet_conectividad/.
22. Naden CJ. Health Care: A Right Or a Privilege?: Marshall Cavendish Corporation; 2009.
23. Nayeri K, Lopez-Pardo CM. Economic crisis and access to care: Cuba's health care system since the collapse of the Soviet Union. Int J Health Serv. 2005;35(4):797-816.
24. Hill F. Prevention better than cure in Cuban healthcare system. BBC News. 2015.

25. Johnson C. Framing for Change: Social Policy, the State, and the Federación de Mujeres Cubanas. *Cuban Studies*. 2011;42:35-51,267.
26. Loewenberg S. Cuba's focus on preventive medicine pays off. *The Lancet*. 387(10016):327-9.
27. Debra Anne J, Taraneh RS, Carol PC, Michelle B. No Child or Mother Left Behind; Implications for the US from Cuba's Maternity Homes. *Health Promotion Perspectives*. 2012;2(1):9-19.
28. Reed G. Cuba's primary health care revolution: 30 years on. *Bull World Health Organ*. 2008;86(5):327-9.
29. Ricardo Batista M, Félix Sansó S, Pablo Feal C, Alcides L, Héctor Corratgé D. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2001;17(2):109-20.
30. Porter C. Cuba-trained doctors making difference around the world. *The Star*. 2012.
31. Mullan F. Affirmative action, cuban style. *N Engl J Med*. 2004;351(26):2680-2.
32. Legeforening DN. Om leger i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2017.
33. Magnussen J, Vrangbæk K, Martinussen P, Frich J. Mellom politikk og administrasjon Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge. *legeforeningen.no*; 2016.
34. Heltidsansatte i helseforetakene1. Gjennomsnittlig månedslønn, etter yrke, 1. oktober 2011. Kroner2 og endring i prosent [Internet]. 2011 [cited 08.092017]. Available from: <https://www.ssb.no/a/kortnavn/lonnstasyk/tab-2011-12-08-03.html>.
35. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Publishing.
36. Swanwick T. Understanding Medical Education2013. 1-6 p.
37. Ileksikon. Sn. Profesjonsstudium. Profesjonsstudium. <https://snl.no/profesjonsstudium.2012>.
38. Grant J. Principles of Curriculum Design. *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice: Second Edition: Wiley Blackwell*; 2013. p. 31-46.
39. Dent J, Harden R. A Practical Guide for Medical Teachers In: Limited E, editor. 4th ed: Churchill Livingstone; 2013. p. 61-8
40. Long A, Lock B. Lectures and large groups. *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice: Second Edition: Wiley Blackwell*; 2013. p. 137-48.
41. Dunkin MJ. A Review of Research on Lecturing. *Higher Education Research & Development*. 1983;2(1):63-78.
42. Verner C, Dickinson G. The Lecture, An Analysis and Review of Research. *Adult Education Quarterly*. 1967;17(2):85-100.
43. Gardiner LF. Redesigning Higher Education: Producing Dramatic gains in Student Learning. Washington, D.C.: Graduate School of Education and HumanDevelopment, The George Washington University;; 1994.
44. Crosby J. AMEE Medical Education Guide .8. Learning in small groups. *Med Teach*. 1996;18(3):189-202.
45. Rudland J. Small group learning. In: Walsh K, editor. *Oxford Textbook of Medical Education*. Oxford: OUP Oxford; 2013. p. 157.
46. Parmelee DX, Al-Kadi AS. Team-Based Learning. In: Huggett KN, Jeffries WB, editors. *An Introduction to Medical Teaching*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. p. 69-76.
47. Bergmann J, Sams A. Flipped learning : gateway to student engagement. Eugene, Or: International Society for Technology in Education; 2014.
48. Burgess A, Bleasel J, Haq I, Roberts C, Garsia R, Robertson T, et al. Team-based learning (TBL) in the medical curriculum: Better than PBL? *BMC Med Educ*. 2017;17(1):<xocs:firstpage xmlns:xocs=""/>.
49. Koles PG, Stolfi A, Borges NJ, Nelson S, Parmelee DX. The impact of team-based learning on medical students' academic performance. *Acad Med*. 2010;85(11):1739-45.
50. Albanese MA, Dast LC. Problem-Based Learning. *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice: Second Edition Wiley Blackwell.*; 2013. p. 61-79.
51. Neville AJ. Problem-based learning and medical education forty years on. A review of its effects on knowledge and clinical performance. *Med Princ Pract*. 2009;18(1):1-9.

52. Dictionary OE. "e-learning, n.": Oxford University Press.
53. Ruiz JG, Mintzer MJ, Leipzig RM. The Impact of E-Learning in Medical Education. *Acad Med.* 2006;81(3).
54. Rice S, McKendree J. e-Learning. *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice: Second Edition*: Wiley Blackwell; 2013. p. 161-73.
55. Lateef F. Simulation-based learning: Just like the real thing. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock.* 2010;3(4):348-52.
56. Morris C, Blaney D. *Work-Based Learning* 2013. 97-109 p.
57. Dent J, Harden R. *A Practical Guide for Medical Teachers* 4th ed. Limited E, editor: Churchill Livingstone; 2013.
58. Norman G. Fifty years of medical education research: waves of migration. *Med Educ.* 2011;45(8):785-91.
59. George E Miller, MD, 1919–98. *Med Educ.* 1999;33(5):312-4.
60. Cleland J, Durning SJ. *Researching Medical Education*. Hoboken: Wiley; 2015.
61. Ng S, Lingard L, Kennedy TJ. *Qualitative research in medical education. Understanding Medical Education*: John Wiley & Sons, Ltd; 2013. p. 371-84.
62. Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ.* 2008;337:a288.
63. Det medisinske fakultet UiO. Hvorfor velge Forskerlinjen? 8. juli 2015 20.01.2018. Available from: <http://www.med.uio.no/forskning/forskerlinjen/hvorfor-velge/index.html>.
64. Det medisinske fakultet UiO. Oslo 2014: Studieplan for profesjonsstudiet i medisin. 2013 17.09.13.
65. Currie C. Role models and patronage: greater awareness needed of their capacity for harm. (role models in medical education) (Editorial). *Br Med J.* 1993;306(6880):735.
66. Haider SI, Snead DRJ, Bari MF. Medical Students' Perceptions of Clinical Teachers as Role Model. *PLoS One.* 2016;11(3):e0150478.
67. uio.no. MED5600 - Module 6, Medicine; Teaching; Specification of requirements 2016 [Available from: <http://www.uio.no/studier/emner/medisin/med/MED5600/index.html#teaching>.
68. Det medisinske fakultet UiO. Eksamenskvalitet og innføring av gradert karakterskala ved profesjonsstudiet i medisin. Rapport fra arbeidsgruppen til styringsgruppen for Oslo 2014. Uios nettsider; 2016 24.03.2016.
69. Bangert-Drowns R, Kulik J, Kulik C-L. Effects of Frequent Classroom Testing. *The Journal of Educational Research.* 1991;85(2):89-99.
70. uio.no. Recommended reading - Gynecology and Obstetrics www.ub.uio.no2018 [Available from: <http://www.ub.uio.no/fag/medisin/ressurser/litteratur/medisin/kvinnesykdommer.html>.
71. Ricardo OR, Alba SS. *Obstetricia y Ginecología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
72. Llusá JB, Núñez JAC. *Tratado de ginecología*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1993.
73. Kunnskapsdepartamentet. Læringsmiljø og mobbing 2017 [cited 2018 19.01.2018]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/grunnopplaring/artikler/laringsmiljo-og-mobbing/id2353806/>.

Vedlegg

Vedlegg 1: «Valg av oversettelser»

Norsk	Engelsk	Spansk
Studieløp	Study course /curriculum	Carrera
Studieløpsdesign	Curriculum design	Diseño de carrera
Undervisningsmetode /- strategi	Teaching methods/-strategies	Métodos de enseñanza
Læringsmetode /-strategi	Learning methods /-strategies	Métodos de aprendizaje
Pensum	Syllabus	Plan de estudio
Læringsmål	Learning outcomes	Objetivos de aprendizaje
Læringsmiljø	Teaching environment	Entorno de aprendizaje

Vedlegg 2a: «Oppbygning av profesjonsstudiet i Medisin, Universitetet i Oslo»

	1 st semester	2 nd semester
1 st year	<ul style="list-style-type: none"> History of philosophy and science, ethics Behavioral Medicine, General Medicine, Medical Statistics, Social Medicine and Basic Human Biology. 	
2 nd year	<ul style="list-style-type: none"> Human biology: Anatomy, Physiology, Nutritional Science, Medical Biochemistry and Radiology Preclinical courses: Preclinical courses, Behavioral Sciences in Medicine, Medical Ethics, Anaesthesiology, General Medicine, Internal Medicine and Surgery. 	
3 rd year	<ul style="list-style-type: none"> Internal Medicine Surgery Pathology Dermatology and Venereology Pharmacology Behavioural Science in Medicine Microbiology Biochemistry Radiology Anaesthesiology General Medicine Physical Medicine and Rehabilitation Immunology Nutrition Science Medical Ethics Knowledge Management, Leadership and Quality Improvement 	
4 th year	<ul style="list-style-type: none"> Neurology Otorhinolaryngology Ophthalmology Pathology Pharmacology Medical genetics General medicine Behavioural Science in Medicine 	<ul style="list-style-type: none"> Psychiatry Forensic Medicine Pharmacology General Medicine Public Health Medical Ethics
5 th year	<ul style="list-style-type: none"> Gynaecology and Obstetrics Paediatrics Child Psychiatry Pharmacology Pathology Clinical Biochemistry Medical Genetics Medical Ethics Behavioural Sciences, Public Health General Practice 	<ul style="list-style-type: none"> General Practice Public Health Knowledge management, Leadership and Quality improvement Medical Ethics Internal medicine Surgery
6 th year	<ul style="list-style-type: none"> Internal Medicine Surgery General Practice Anaesthesiology Pathology Behavioural Science in Medicine Knowledge management, Leadership and Quality improvement Radiology Physical Medicine and Rehabilitation Public Health Nutrition Science Psychiatry Pharmacology Dermatology and Venereology Clinical Biochemistry Medical Ethics 	

Vedlegg 2b: «Oppbygning av profesjonsstudiet i Medisin, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba:»

	1 st semester	2 nd semester
1 st year	<ul style="list-style-type: none"> • Elective period • Comprehensive General Medicine • Physical education • Philosophy • General English • Informatics • Morphophysiology* 	
2 nd year	<ul style="list-style-type: none"> • Elective period • Comprehensive General Medicine • History • General English • Morphophysiology • Methods and statistics 	<ul style="list-style-type: none"> • Physical education • General English • Genetics • Pathological anatomy • Microbiology • Psychology • History • Comprehensive General Medicine
3 rd year	<ul style="list-style-type: none"> • History • Clinical psychology • General English • Defence preparation • Propaedeutic • Pharmacology 	<ul style="list-style-type: none"> • Internal Medicine • General English • Defence preparation • Elective period
4 th year	<ul style="list-style-type: none"> • Gynaecology and obstetrics • Surgery • Medical English • Defence preparation • Elective period 	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatrics • Medical English • Defence preparation
5 th year	<ul style="list-style-type: none"> • Comprehensive General Medicine • Public health • Urology • Forensic medicine • Orthopedics • Defence preparation 	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatology • Otorhinolaryngology • Ophthalmology • Psychiatry • Medical English • Elective period
6 th year	<ul style="list-style-type: none"> • Gynaecology and obstetrics • Surgery • Paediatrics • Internal medicine • Comprehensive General Medicine 	

Vedlegg 3: «Oversikt over læringsmålene»

University of Oslo	Universidad de Ciencias Medicas, Santiago de Cuba
normal physiology of pregnancy	NORMAL PREGNANCY. Monitoring of a normal pregnancy, characteristics and types of controls (...)
normal physiology of puerperium	PUERPERIUM. Capture of the postpartum. Physical examination, (...). The postpartum follow-up.
normal physiology of breast feeding	Guidelines to the pregnant woman (...) education health on breastfeeding
the principles for antenatal controls	PRENATAL CARE. The basic prenatal health care (...) Monitoring of a normal pregnancy, characteristics and types of controls (...)
pregnancy complications including fetal growth abnormalities and infections	No matches found.
medical disorders in pregnancy including hypertensive disorders, diabetes and epilepsy	MAJOR ENTITIES ASSOCIATED WITH PREGNANCY. Diabetes, arterial hypertension, anemia, Bronchial asthma, urinary sepsis and vaginal sepsis
Bleeding disorders in early pregnancy including spontaneous abortion and molar pregnancy and in late pregnancy with placental abruption and placenta praevia	main medical emergencies (abortion, ectopic pregnancy, Placenta previa and Placental Abruption) No matches found on "molar pregnancy".
the normal and complicated/pathological birth with indications for operative delivery	CHILDBIRTH. These will be carried out in the Gyneco-obstetric hospitals, (...).
the complicated puerperium including infections	No matches found. Although the words "saturation of episiotomies and tears" is mentioned elsewhere in the following: <i>Physical examination of: (...) Suture of episiotomies, Lochia, tears. (...)</i>
adolescent gynecology	No matches found.
mental health and psychiatric disorders related to pregnancy and the puerperium	Psychological aspects in pregnancy.
the menstrual cycle and the diagnosis and treatment of vaginal bleeding disorders	Most common conditions in women: menstrual disorders, (...)
benign tumors of the genital tract and their treatment	Most common conditions in women (...) uterine myoma,
malignant diseases in gynecology	Most common cancers in women (breast, uterine neck and body)
acute abdomen related to gynecology including extra-uterine pregnancy	main medical emergencies (abortion, ectopic pregnancy, Placenta previa and Placental Abruption)
efficacy, use and side effects of contraceptive methods	Reproductive health (...) methods of contraception (barrier, surgical, biological, hormonal and intrauterine devices methods), indications and Contraindications of each of them.
methods of sterilization and related legislation	methods of contraception (...), surgical, (...)
etiology, diagnosis and treatment of pelvic pain including endometriosis	Most common conditions in women: (...) pelvic pain, (...) The word "Endometriosis" not mentioned in particular
methods and complications of induced abortion; different attitudes, ethical and legal issues (the Norwegian abortion act)	No matches found.
prenatal testing including indications and methods; ethical and legal issues (selective abortion and the Norwegian Biotechnology act)	No matches found.
etiology, diagnosis and treatment of the infertile couple (female and male); ethical and legal issues in modern reproductive technology (the Norwegian Biotechnology act)	No matches found.
global maternal reproductive health	No matches found.
reproductive epidemiology	No matches found.
the theory of the developmental origins of health and disease	No matches found.
diagnose and treat pelvic organ prolapse	No matches found.