

dijskih programov je opredeljeno z leti (tri do štiri leta) in kreditnimi točkami (180 do 240 KT). V letniku študija si je mogoče pridobiti 60 KT, pri čemer 1 KT pomeni 25 do 30 ur študentovega dela oziroma 1500 do 1800 ur na leto (4).

Druge stopnja ima en tip študijskih programov. Ohranjeno je tradicionalno poimenovanje: magistrski študijski programi. Splošni pogoj za vpis vanje je uspešno končan program prve stopnje. Trajanje magistrskih študijskih programov je prav tako kot na prvi stopnji opredeljeno z leti in kreditnimi točkami. Obsegajo od 60 do 120 kreditnih točk in trajajo eno do dve leti. Dejansko trajanje posameznega magistrskega študijskega programa mora biti načrtovano v povezavi s trajanjem prvostopenjskega programa. Na istem strokovnem področju namreč skupno trajanje ne sme presegati pet let (3+2, 4+1). Ker bodo odločitve v različnih strokah verjetno različne in zato, da bi bil enoletni magistrski študijski program dostopen tudi kandidatom, ki so si s končano prvo stopnjo pridobili 180 kreditnih točk, je zanje predviden dodatni letnik oziroma možnost za pridobitev 120 (skupaj pa 300) kreditnih točk (4).

Tretja stopnja ima prav tako en tip študijskih programov: doktorat znanosti. Splošni pogoj za vpis je končan študij druge stopnje, izjemoma tudi študijski program prve stopnje, če so izkazani uspehi pri raziskovalnem ali strokovnem delu, ki jih je mogoče ovrednotiti s 60 KT; vsi kandidati morajo poleg tega opraviti preizkus znanja, kakršen bo določen s študijskim programom in v skladu s statutom. Trajanje je triletno, študijskih obveznosti je za 180 kreditnih točk. Po sestavinah se razlikuje od študijskih programov prve in druge stopnje; v njem se le okvirno določijo področja študija in kreditno ovrednotene obveznosti, te pa pomenijo podlago za sestavo individualnega študijskega in raziskovalnega programa posameznega študenta. Organiziran in z okvirnim programom načrtovan doktorski študij bo omogočal tudi statistično spremljanje in sporočanje podatkov ustreznim evropskim institucijam (4).

Študij medicine

Študijski programi, ki izobražujejo za t. i. regulirane poklice (zdravnik, zobozdravnik, farmacevt, medicinska sestra, babica, veterinar, arhitekt, pravnik), imajo lahko izjemen položaj. V celoti morajo biti usklajeni z direktivami EU, zato se tudi po trajanju in študijskih obremenitvah lahko razlikujejo od siceršnjih pravil.

Tako direktiva 93/16/EGS urejuje izobraževanje za poklic zdravnika, direktiva 77/452/EGS izobraževanje medicinskih sester, odgovornih za splošno zdravstveno nego, direktiva 80/154/EGS za poklic babice, 85/432/EGS za poklic farmacevta, direktiva 78/686/EGS za poklic zobozdravnika.

Dostop do študija medicine je v vseh državah članicah EU omejen, razen v Avstriji in Belgiji. Študij medicine v večini držav članic traja najmanj 6 let. V nekaterih državah je ta čas krajši: Anglija (5 let), Švedska (5 let in pol), v nekaterih pa je ta minimalni čas daljši: Finska (6 let in pol) in Belgija (7 let) (5). Način študija se tudi razlikuje od univerze do univerze. Številne medicinske fakultete v EU so zadržale klasični študijski program. Druge medicinske fakultete so študijski program popolnoma preoblikovale in izvajajo novi, moderen in zelo zahtevno učenje na osnovi problemov (PBL, problem based learning), nekatere fakultete pa so le modificirale že obstoječe klasične modele programov. V letniku študija (ne glede na obliko študijskega programa) pridobi študent 60 ECTS, v 6 letih torej 360 ECTS. To mu omogoča po bolonjskem procesu neposreden vpis na tretjo stopnjo, tj. k doktoratu znanosti v trajanju 3 let in pridobitev dodatnih 180 ECTS.

V nekaterih državah članicah EU zdravnikom dajo licenco za samostojno opravljanje zdravniškega poklica takoj po koncu študija medicine: tako je v Grčiji, Italiji, Španiji, na Švedskem, Nizozemskem in v Belgiji.

V drugih državah imajo zdravniki, ki so diplomirali na medicinski fakulteti, praktično podiplomsko usposabljanje. Nato dobijo »odobritev«, ki je prvi pogoj za samostojno opravljanje medicinskega poklica. Obdobje praktičnega usposabljanja traja različno: v Angliji in na Irskem 12 mesecev, v Nemčiji in na Portugalskem 18 mesecev, na Švedskem 21 mesecev, v Sloveniji 24 mesecev.

V Sloveniji in še nekaterih državah (Francija, Finska, Avstrija) licenco za samostojno opravljanje medicinskega poklica pridobijo zdravniki šele po koncu posebnega usposabljanja v splošni medicini ali specializaciji. To pomeni, da smejo zdravniki samostojno opravljati medicinski poklic šele po koncu usposabljanja za zdravnika splošne medicine ali specialista.

Trajanje specializacije je različno, pač glede na specialnost. V večini držav članic specializacija traja od 4 do 6 let.

V Veliki Britaniji in na Irskem podiplomsko usposabljanje pred »odobritvijo« organizira univerza, samo »odobritev« pa potrdi zdravniški svet. V obeh državah specializacijo nadzirajo in organizirajo strokovna oziroma znanstvena društva. V Nemčiji in na Portugalskem podiplomsko usposabljanje za pridobitev licence organizira in nadzira država, o dodatnem usposabljanju v splošni medicini in o specializaciji pa odloča zdravniško združenje. Tudi na Nizozemskem o usposabljanju v splošni medicini in specializaciji odloča zdravniško združenje. V Franciji, Italiji in na Finskem so za medicinsko usposabljanje odgovorne univerze. Na Danskem, Švedskem, v Španiji in Belgiji celotno medicinsko usposabljanje nadzira država. V Avstriji podiplomsko medicinsko usposabljanje nadzira zdravniško združenje, ki je tudi pristojno za izdajo posameznih diplom. Vsebinsko usposabljanja pa določajo državne oblasti.

Zaključki

Polemike o interpretaciji »bolonjske ideje« na področju študija medicine doslej v našem prostoru ni bilo in ni pričakovati, da se bo pričela, saj študij medicine ostaja v celotnem evropskem prostoru pod dežnikom izobraževanja za reguliran poklic zdravnika, zato se trajanje študija in študijska obremenitev razlikuje od siceršnjih pravil v bolonjskem procesu.

V evropskem prostoru so vse glasnejši zagovorniki skrajševanja trajanja študija medicine in skrajševanja poznejšega usposabljanja zdravnikov oziroma specializacije.

To pa so zares teme, ki zaslužijo polemiko. Mogoče že danes?

Viri

1. The European higher education area. Joint declaration of the European Ministers of Education Convened in Bologna on the 19th of June 1999.
2. Zgaga P. Bolonjski proces. Ljubljana: Center za študij edukacijskih strategij; 2004. p. 11-27.
3. <http://www.mvzt.gov.si/>
4. Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o visokem šolstvu, EVA: 2004 - 3311-0002.
5. Kratak pregled zdravstvenih sistemov v državah članicah Evropske unije. ISIS 1999, št. 4.

ŠTUDENTSKI POGLED NA ŠTUDIJ MEDICINE NA MEDICINSKI FAKULTETI UNIVERZE V LJUBLJANI

*Matija Žerdin, Domen Plut, Aljaž Hojski,
Mateja Kaja-Ježovnik, Mitja Lainščak*

Izvleček – V prispevku prikazujemo pogled študentov medicine na probleme, s katerimi se srečujejo med poukom medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Predstav-

ljene probleme smo opredelili med pogovori s študenti, zdravniki sekundariji in učitelji. Med letoma 1999 in 2003 smo opravili različne ankete med študenti, ki so bile osnova za podelitve študentske nagrade za najboljše predavanje ali vodenje vaj in dodatnega študentskega mnenja o delu pedagoških delavcev. Predstavljeni so tudi predlogi za nadaljnje delo v procesu izboljšanja pouka na Medicinski fakulteti.

Uvod

Vloga študentov v izvajanju in spreminjanju študentskih in študijskih zadev se je v zgodovini Medicinski fakulteti (MF) Univerze v Ljubljani (UL) spreminjala skladno s spremembami na družbenem, pravnem in političnem prizorišču v državi. Obenem je pomembno vlogo imela tudi (ne)dejavnost posamičnih generacij študentov.

Ureditev MF na začetku ni dovoljevala aktivne vloge študentov, kar pa se je začelo spreminjati v šestdesetih letih prejšnjega stoletja s samoiniciativnim ustanavljanjem študentskih organizacij. UL in država sta študente vsaj formalno začeli sprejemati kot partnerje, vendar je bil dejanski vpliv študentov še vedno omejen. Nasprotni skrajnosti smo bili priča v osemdesetih in devetdesetih letih, ko je deloval tripartitni fakultetni svet. Sestavljali so ga predstavniki oblasti, zaposlenih in študentov in vsaka stranka je imela pravico veta, kar je omogočalo študentom popolnoma enakopravno poseganje v odločitve na UL. Pred osamosvojitvijo je fakultetni svet v prejšnji sestavi razpadel in v novi državi so študentje ohranili le predstavnike v nekaterih komisijah, sami pa so oblikovali Komisijo za študijske zadeve pri Klubu študentov MF. Položaj študentov je bil do sprejetja Statuta UL in Pravilnika MF formalno neurejen. S tem statutom je bil ustanovljen Študentski svet UL in posameznih članic, ki je en od formalnih organov vsake ustanove. Hkrati je bila natančno opredeljena vloga in način delegiranja študentov v komisije UL in članic, kjer so predstavniki študentov v veliki večini pridobili polnopravno članstvo (1). Z novim zakonom o visokem šolstvu se je spremenila tudi sestava Senata UL in članic. Študentski delegati v sedanjem sistemu predstavljajo sedmino senatorjev.

Opis trenutnega stanja

Predklinika

V tem obdobju študentje kot največji problem navajajo to, da jim ni jasno, kako jim bo snov predkliničnih predavanj koristila pri nadaljnjem delu. Med poukom pridobljeno znanje je veliko manjše od pričakovanih, kar pojasni nizko motivacijo študentov za pouk. Dodaten problem se pojavi, ker imajo nekateri predavatelji pri svojih predavanjih težave s podajanjem snovi (zelo različni vzroki – nekateri na strani predavateljev, nekateri pa na strani študentov), kar povzroči dodaten osip. Študentje kmalu ugotovijo, da se da snov s predavanj povzeti po zapiskih prejšnjih let ter po knjigah. Tedaj motivacija za predavanja dokončno pade.

Ko so bili inštituti opozorjeni na te probleme, so se nekateri že odzvali – npr. pri Biokemiji so na svojih predavanjih pričeli vabiti klinike, ki so študentom ilustrirali, kako se snov iz danega sklopa povezuje s klinično prakso.

Klinika

Vsesplošno mnenje pri študentih je, da je prvi stik s kliniko in prakso še vedno prepozen. Izjema so vaje in predavanja iz Prve pomoči v prvem letniku, ki so ravno zaradi tega zelo priljubljene. Ravno tako ugotavljajo, da na vajah osvojijo premalo praktičnih znanj. Vaje so preveč odvisne od posameznega mentorja in njegove motivacije za delo s študenti. Kurikularna komisija je sicer pripravila seznam teoretičnih in praktičnih znanj, ki naj bi jih študent pri vsakem predmetu obvladal, vendar je izvajanje preverjanja predvsem praktičnega znanja

preveč nedosledno. Kot problem je bila izpostavljena tudi nezadostna izurjenost v postopkih reanimacije, s katerimi se študentje srečajo v 1. letniku, nato pa kvečjemu še v 6. letniku. Poudarjeno je bilo tudi pomanjkanje povratnih informacij na izpitih – poudarili so, da bi na izpitu večkrat želeli utemeljitev, kaj so naredili dobro in česa ne, da bi se lahko v prihodnje popravili.

Študentje sicer večinoma povedo, da se jim motivacija po prvem stiku s kliniko (po navadi pri Internistični propedeutiki ali najkasneje v 4. letniku) bistveno popravi. Nekateri katedre (npr. za ortopedijo) pa so se na študentska opozorila glede vaj tudi konstruktivno odzvale.

Učitelji

V pogovorih z učitelji smo identificirali več problemov. Obisk na predavanjih je zelo slab, na kar so pri nekaterih kliničnih predmetih odgovorili z bolj slikovitimi predavanji pa tudi z obvezno prisotnostjo na vsaj delu predavanj. Študenti študirajo po »liniji najmanjšega odpora«. Nekateri študentje tudi na vse pretege izkoriščajo študentski status. Zadnja leta se pojavlja tudi izsiljevanje pri ocenjevanju. Če študent ni zadovoljen z oceno, jo zavrača toliko časa, da mu jo učitelj izboljša. Vzrok je višanje povprečne ocene za ohranitev štipendije in vpis na podiplomski študij/specializacijo. Učitelji so večkrat poudarili tudi pomanjkanje povratnih informacij o svojem pouku. Nekateri so razmišljali tudi o primernosti mature kot sprejemnega merila za študente na medicini – v tujini ima veliko medicinskih fakultet poleg rezultata mature tudi sprejemni pogovor. V Sloveniji sta MF glede tega zaenkrat vezani na svoji matični Univerzi.

Razno

Izmenjave s tujino preko programov Socrates in Erasmus so bolj izjema kot pravilo. Verjetno je glavni razlog to, da morajo študentje še vedno večino formalnosti urejati sami, ter negativne izkušnje prvih študentov s priznavanjem v tujini opravljenega pouka, ko so se vrnili nazaj v Slovenijo. Tuji študentje pa v Ljubljano ne prihajajo zaradi težav z jezikom ter nezadostne primerljivosti fakultete s tujimi fakultetami (vir težav pri priznavanju kreditov).

Po drugi strani se je v zadnjih letih precej izboljšal dostop do računalniške tehnologije na MF, zadnje leto pa se študenti tudi na izpite lahko prijavljajo preko e-Študenta.

Kljub povedanemu večina študentov ni zainteresirana za to, da bi se aktivno ukvarjala s spremembami pri pouku. Kot razloge navajajo strah pred povračilnimi ukrepi na izpitih, pomanjkanje časa in dvom glede stvarnih možnosti za spremembe na fakulteti. Študentje se med seboj še pogovarjajo o problemih, s katerimi so se srečali pri pouku, vendar praviloma ne iščejo stika v zvezi s temi težavami pri učiteljih. Ko pri konkretnem problematičnem predmetu opravijo izpit, postanejo aktualni novi predmeti in njihovi problemi, stari problemi pa praviloma preidejo v študentsko »folkloro«.

Število študentov, ki se ukvarjajo z obšolskimi dejavnostmi na fakulteti, je ocenjeno morda na 20–30% vseh, s poukom samim se jih morda ukvarja 1–2%. V zadnjih letih je vendarle spontano nastalo nekaj projektov, ki so poskušali vplivati na spremembe pouka. Skoraj vsaka generacija od leta 1999 naprej je izdelala svojo anketo, s katero je ugotavljala te in druge šibke točke pouka ter kaj bi bilo mogoče narediti glede njih. Izdelana je bila anketa za posredovanje povratnih mnenj pedagoškim delavcem. Študentje so pričeli sodelovati s Kurikularno komisijo (dokler je ta še obstajala).

Študentski svet ima med drugim možnost predlagati kandidate za Lavričovo nagrado (nagrada za najboljše izvedene vaje ali predavanje), ki pa jo lahko prejmejo le pedagoški delavci, ki so stalni člani posamične katedre. Študentski svet je sicer dolžan podati študentsko mnenje o pedagoškem delu kandi-

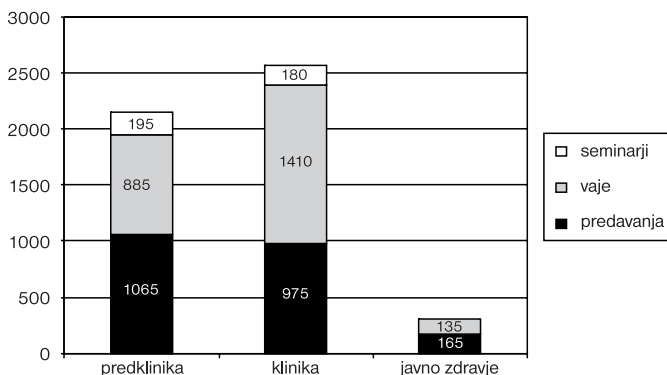
datov za habilitacije, vendar to mnenje v postopku ni obvezujoče za potek napredovanja. Študentski svet je v času svojega obstoja večkrat podal negativno mnenje o nekaterih kandidatih, vendar so bili kljub temu vsi kandidati izvoljeni v predlagani naziv. Po podatkih iz zapisnikov Habilitacijske komisije na UL je tako bilo v obdobju med 1.1.2000 in 29.6.2005 na MF izvoljenih 19 rednih profesorjev, 3 znanstveni svetniki, 58 izrednih profesorjev, 6 višjih znanstvenih sodelavcev, 120 docentov in 5 znanstvenih sodelavcev (*osebna komunikacija s prof. Grubičem, predstavnikom MF v Habilitacijski komisiji UL*).

Problem študentov je predvsem v tem, da dokler ena generacija ugotovi, kje so problemi in možnosti za spreminjanje pouka, večinoma mine že dovolj let, da počasi zaključijo šolanje, generacije za njo pa nato »izumljajo toplo vodo«.

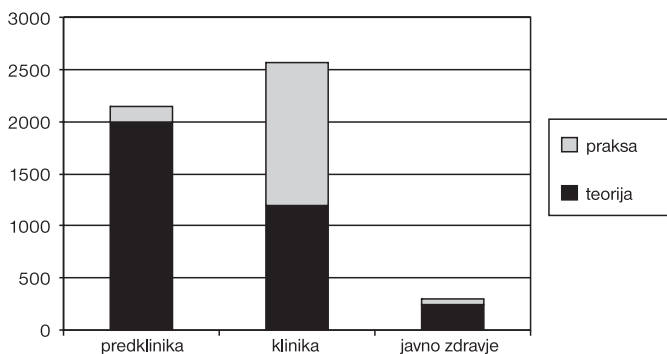
Morebitni vzroki za trenutno stanje

Preveč teorije, premalo prakse?

To je prva od tem, ki se ponavljajo tako pri študentih kot pri sekundarijih. Ta problem ni omejen izključno na MF, ampak se o podobnih problemih pritožujejo tudi na večini ostalih fakultet. Če pogledamo, kako so v medicinskem kurikulumu razporejene ure za predavanja, vaje in seminarje v predkliničnih ter kliničnih predmetih in pri javnem zdravstvu, je mogoče razbrati, da je vaj malo manj kakor predavanj in seminarjev skupaj (Sl. 1). Dojemanje študija na Medicinski fakulteti v Ljubljani je drugačno predvsem zaradi razmerja med teorijo in prakso v kliničnem delu študija (Sl. 2).



Sl. 1. Obseg predavanj, vaj in seminarjev na Medicinski fakulteti v Ljubljani.



Sl. 2. Verjetno študentsko dojemanje študija na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Študentje večji del predklinike dojemajo kot teorijo (tako vaje kot predavanja), ravno tako klinična predavanja, večino kliničnih vaj pa kot prakso – razen tistega dela vaj, kjer jim ravno

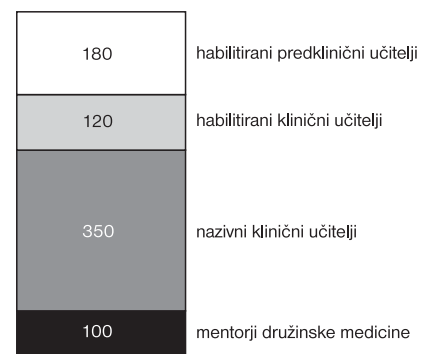
tako postrežejo s predavanji ali pa kjer zaradi nezainteresiranosti mentorjev ali študentov vaje tečejo »v lero«.

Vprašanje je, zakaj je že v osnovi pouk zastavljen tako, da je predavanj tako veliko. So morda bolj plačana kakor ostale oblike pouka? (Ob tej predpostavki postane jasno, zakaj so predlagane spremembe k bolj praktičnemu pouku neuspešne – dokler praktični pouk ne bo več vreden kakor teoretični, se učiteljem ne bo splačalo poučevati.) En od učiteljskih argumentov za več predavanj je tudi strah pred tem, da bi raven znanja pri študentih padla, če bi se število predavanj zmanjšalo (se pravi, da naj bi študentje nesorazmerno veliko znanja osvojili prav na predavanjih, ne pa v času, ko študirajo sami). Drug argument je, da praktične oblike pouka temeljijo na znanju, ki ga študentje osvojijo med teoretičnim delom pouka – brez teoretičnega dela pouka bo praktični del pouka ničvreden. Nekatere vsebine pa so v osnovi takšne, pri katerih si druge oblike pouka kot pa predavanja enostavno ne gre zamisliti.

Klinika – nezainteresirani mentorji, vsebina vaj je preveč odvisna od mentorja

Večina kliničnih učiteljev je prezasedena s kliničnim delom. Glede na to, da bi pri sedanjem pomanjkanju števila zdravnikov na ta način trpelo klinično delo v bolnišnicah, bi se dalo te težave reševati z aktivnim vključevanjem študentov v klinično delo. Ti bi že od začetka študija na ta način imeli zadolžitve in se zavedali odgovornosti.

Ko smo leta 2003 analizirali, koliko pedagoških delavcev se dejansko ukvarja s poučevanjem študentov medicine, smo našli okoli 750 oseb. Od tega je okrog 180 oseb imelo naziv asistenta na MF, 120 naziv učitelja na MF, 100 je bilo mentorjev pri predmetu Družinska medicina, ostalih 350 pa je bilo t. i. »nazivnih« pedagoških delavcev. Zadnjih 450 oseb predstavlja večino naših kliničnih učiteljev, brez katerih bi praktični pouk na MF ne bil mogoč (Sl. 3).



Sl. 3. Število pedagoških delavcev na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Drug del problema leži v tem, da ni jasnega dogovora o tem, kaj naj bi študentje od vaj odnesli – čeprav bi se to moralo spremeniti, odkar so vse katedre in inštituti na pobudo kurikularne komisije izdelali sezname teoretičnih in praktičnih znanj, ki naj bi jih študentje obvladali po zaključku predmeta. Še vedno ostaja nerešen problem doslednega in relevantnega preverjanja študentovega znanja. Če se ne bo preverjalo praktično in teoretično znanje, bodo vsi, še tako dobro sestavljeni sezname znanj ostali zgolj na papirju.

Pomanjkanje povratnih informacij

Na MF je močno prisotno pomanjkanje komuniciranja med študenti in učitelji, in to v obeh smereh. Ker se tudi ta problem tiče Univerze v celoti, je bila pred leti izdelana t. i. »uni-

verzitetna« anketa, s pomočjo katere študentje vsakega od učiteljev ocenijo v 8 kategorijah s številčnimi ocenami. Te anketne se nato centralno analizirajo, rezultati se pošljejo na dekanat, od koder jih predstavijo učiteljem. Rezultate ankete naj bi uporabili pri imenovanjih v nazive. Ankete so s strani študentov kritizirali, ker se rezultati avtomatično ne pošiljajo na Študentski svet ter ker je zgolj s številčno oceno v osmih kategorijah velikokrat nemogoče natančno povedati, kaj je problematično pri posameznem predavatelju (to so potrdili tudi učitelji sami). Če učitelj dobi npr. oceno 2,1 od 5 pri predavanjih, to verjetno pomeni, da dela pri predavanjih napako, ampak kakšno? Govori prehitro? Prepočasni? Pretiho? Prepodrobno? Je snov preveč zapleteno podana?

V začetku šolskega leta 2002/2003 smo študentje medicine za potrebe Študentskega sveta zasnovali novo obliko ankete o kakovosti pedagoškega dela. Zastavljena je bila z naslednjimi cilji:

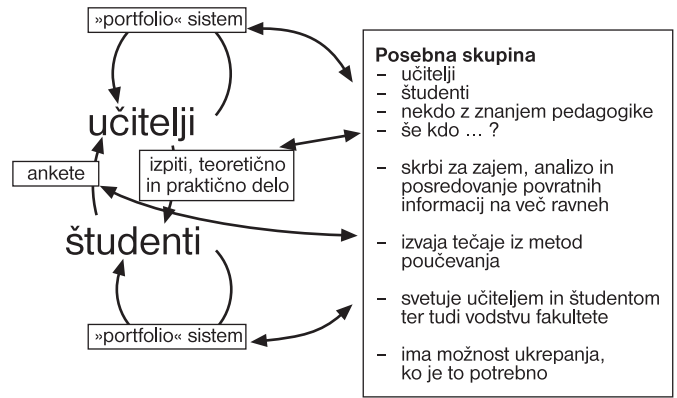
- ocene, ki jih podajo študenti, morajo biti opisne;
- eno kopijo podatkov bi učitelji morali dobiti vsako leto neposredno v roke (vsak samo zase), drugo kopijo za vse učitelje pa prejme Študentski svet, ki lahko tako oblikuje mnenja;
- vsakoletno obveščanje o rezultatih ankete bi učiteljem omogočalo odzivanje na morebitne probleme pri pouku;
- Študentski svet iz teh podatkov lahko oblikuje mnenja, ki jih podaja ob izvolitvah v nazive;
- obenem rezultati ankete omogočajo zahvalo tistim pedagoškim delavcem, ki se zelo potrudijo pri svojem delu s študenti - v ta namen je na MF LJ namenjena Lavričeva nagrada, ki pa jo lahko prejmejo le habilitirani učitelji.

Tudi ta anketa ni brez pomanjkljivosti. Njen glavni problem je ta, da na MF ni dovolj aktivnih študentov, ki bi se bili pripravljeni ukvarjati z zajemom, analizo in razpošiljanjem podatkov. V prvem letu izvajanja je anketa porabila okoli 2 meseca efektivnih ur, kar je bistveno več kot pri univerzitetni anketi. So pa bili njeni rezultati precej bolj specifični, kar so učitelji tudi potrdili. Podrobna analiza ankete je predstavljena na spletnih straneh Študentskega sveta MF (2-4).

Dokončna rešitev problema povratnih informacij bi lahko bila v ustanovitvi posebne skupine študentov, učiteljev, zdravnikov in zunanjih strokovnjakov z znanjem iz pedagogike (Sl. 4). Ta bi morala zbirati povratne informacije na več ravneh (ne zgolj na ravni učitelj - študent) in tam, kjer bi se pojavile težave pri pouku, pomagati. Ravno tako bi morala stvarno vplivati na habilitacije pedagoških delavcev glede na dosežene pedagoške uspehe predlaganih učiteljev. Strokovna pomoč bi prišla prav tako učiteljem, ki bi lahko analizirali, kje so težave pri njihovem pouku. Ti bi se nato morali naučiti, kako te težave odpraviti, pa tudi pomagati študentom s težavami pri učenju.

Dosedanji rezultati

V zadnjih letih je na MF vendarle prišlo do nekaterih premikov. Na nekaterih predkliničnih inštitutih in katedrah so uvedli več povezave s kliniko. Pri kliničnih vajah so zagotovili večji poudarek na osvajanju praktičnih veščin pri delu z bolniki. Kurikularna komisija je odigrala pomembno vlogo pri izdelavi seznama znanj in veščin za posamezne predmete. Ob tem so potekali tudi intenzivni pogovori med kliniki in predkliniki, na katerih so poskušali uskladiti teme v višjih in nižjih letnikih ter med posameznimi predmeti. Kurikularna komisija je pred nedavnim zaradi prevelikega odpora nekaterih inštitutov in kateder do sprememb prenehala delovati, vendar naj bi se ob menjavi vodstva MF ponovno vzpostavila. Študentske organizacije so pripravile in izvedle več projektov



Sl. 4. Poenostavljena shema, kako bi lahko bila zastavljena evalvacija pouka. Op.: sistem »portfolio« se v tujini uporablja tako, da npr. študenti pregledajo svoje dosežke v danem študijskem letu, identificirajo svoje »močne« in »šibke« strani, svoje cilje za prihodnje študijsko leto in svoje interese ter si tako ustvarijo neke vrste pregled nad tem, kako daleč so prišli znotraj študija in na katerih področjih se želijo močneje angažirati.

(delavnice iz Urgentne medicine za študente, študentska anketa), vendar se je vanje dejavno vključevalo premajhno število študentov.

Zaključki

Na trenutno stanje na MF verjetno vpliva z več vzrokov:

1. pomanjkanje sredstev;
2. pomanjkanje števila zdravnikov;
3. strah pred spremembo na strani nekaterih učiteljev, pred izpostavljanjem na strani študentov ter učiteljev, ki so »nižje na hierarhiji«;
4. »premajhna država« - med udeleženci pouka obstajajo občasno zelo huda trenja, ki onemogočajo izboljšave pouka iz povsem iracionalnih razlogov;
5. odnos študentov do študija.

Predstavniki študentov in mladih zdravnikov si bodo še naprej prizadevali, da bi v prihodnje prišlo do izboljšanja načina študija na MF UL. Opisani problemi se ne nanašajo samo na MF. Smiselno bi bilo sklicati sestanek, na katerem bi svoje poglede na pouk predstavili predstavniki vsaj naslednjih organizacij ali ustanov:

- predstavniki obeh MF;
- študentje, sekundariji, specializanti (Društvo študentov MF, Sekcija mladih zdravnikov, Komisija mladih zdravnikov);
- predstavniki UL ter Univerze v Mariboru;
- predstavniki Ministrstva za zdravje;
- predstavniki Ministrstva za visoko šolstvo;
- predstavniki Zdravniške zbornice Slovenije.

Literatura

1. Lainščak M. Obštudijske dejavnosti študentov. In: Medicinska fakulteta v Ljubljani: ob 80-letnici ustanovitve. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1999: 81-2.
2. Žerdin M. Analiza ankete o pedagoškem delu učiteljev: metode in rezultati za leto 2001/2002. www.ssmf.org/anketa/analiza0102.doc, zadnji ogled 21. 10. 2005.
3. Žerdin M. Poročilo o pozitivno in negativno ocenjenih lastnostih pedagoških delavcev MF v letu 2001/2002. www.ssmf.org/anketa/lastnosti0102.doc, zadnji ogled 21. 10. 2005.
4. Žerdin M. Predlogi za izboljšavo ankete. www.ssmf.org/anketa/predlogi0102.doc, zadnji ogled 21.10.2005.