

RAPPORT VEDRØRENDE OMFANG OG TYPE PRAKSISSTUDIER I GRUNNUTDANNINGEN I MEDISIN

Del av Praksisprosjektet, 2015

OPPSUMMERING

På oppdrag fra Kunnskapsdepartementet og i regi av Universitets- og høyskolerådets prosjekt "Kvalitet i praksisstudier" ble det i januar 2015 opprettet en arbeidsgruppe som skulle vurdere omfang, type og innplassering av praksisstudier i grunnutdanningen i medisin. Arbeidsgruppen har bestått av representanter fra utdanningen, praksisstedene og studentene. Med bakgrunn i egne erfaringer, samtaler i lokale fora, relevant bakgrunnlitteratur (inkludert forventninger om fremtidens kompetansebehov) og spesifikk innrapportering fra de fire fakultetene som har legeutdanning i Norge i dag har arbeidsgruppen utarbeidet denne rapporten. Arbeidsgruppen mener at eksterne praksisstudier bør utgjøre en vesentlig komponent av grunnutdanningen i medisin også i fremtiden. Hovedutfordringene med de eksterne praksisstudiene for legestudenter er å sørge for nok og god veiledning, nok praksisplasser som reflekterer fremtidens kompetansebehov, samt lik mulighet for godt læringsutbytte.

Arbeidsgruppen har kommet fram til at omfanget på eksterne praksisstudier bør være på tilsammen minst 20 uker, hvorav 10 uker i primærhelsetjenesten. I løpet av disse 20 ukene bør hver enkelt student gjennomføre minst 2 uker tilnærmet kontinuerlig veiledning av samme lege i spesialisthelsetjenesten og minst 2 uker tilnærmet kontinuerlig veiledning av samme lege i primærhelsetjenesten. De eksterne praksisstudiene bør legges til slutten av studiet. Alternative læringsformer kan ikke erstatte de eksterne praksisstudiene, men anbefales som forberedelse til praksisstudiene og bør bidra til å sikre nødvendige forkunnskaper som igjen kan legge til rette for at det forventede læringsutbyttet kan oppnås.

For å sikre et godt læringsutbytte er det behov for mer veiledning av studentene i løpet av praksisstudiene, samt økt oppfølging av praksisveiledere. Veiledning og andre undervisningsoppgaver må tas inn i praksisstedets virksomhets- og ressursplanlegging slik at undervisningsoppgaver ikke kommer som en ekstra aktivitet oppå andre aktiviteter. Dette forutsetter tilstrekkelig finansiering av veiledningstid og veilederutdanning. Finansieringen må også ta hensyn til økt bruk av medarbeideres tid, samt nødvendig rom og utstyr til studentene.

Arbeidsgruppen anbefaler økt bruk av primærhelsetjenesten som praksissted. Dette forutsetter lovhjemling av primærhelsetjenestens plikt til å sørge for at behovet for undervisning og opplæring

av studenter dekkes på samme måte som dette er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven. Spesielt sykehjem bør benyttes i større grad som praksissted, men også kommunale øyeblikkelig-hjelp døgnenheter, legevakt, helsestasjon m.m. er praksissteder som kan benyttes i større grad enn de blir i dag.

I spesialisthelsetjenesten er det viktig at innholdet i praksisstudiene reflekterer moderne pasienthåndtering. Det innebærer blant annet økt bruk av poliklinikker, døgneheter og akuttmottak som praksissteder. Det bør også legges til rette for at studenter kan få erfaring med standardiserte pasientforløp.

De erfaringene som så langt er gjort med tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) i legeutdanningen i Norge er gode og tilsier at dette bør innføres. TPS må ikke nødvendigvis være en del av alle eksterne praksisstudier, men kan gjennomføres som et spesifikt prosjekt etter modeller fra UiO og UiB.

INNLEDNING

Kunnskapsdepartementet (KD) ga i 2013 Universitets- og høyskolerådet (UHR) i oppdrag å gjennomføre et utviklingsarbeid for å heve kvaliteten i praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. I oppdragsbeskrivelsen framgår det blant annet at «det er behov for en nærmere vurdering av organisering og innhold i praksisstudiene, og at regjeringen vil sette i gang et utviklingsarbeid for å heve kvaliteten og relevansen i praksisstudiene. Utviklingsarbeidet forutsettes gjennomført i tett samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedene». Videre skal dette utviklingsarbeidet «bidra til å heve kvaliteten og sikre relevansen i de eksterne praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene slik at de kan møte framtidens kompetansebehov»¹.

Som et ledd i dette utviklingsarbeidet har det blant annet blitt dannet profesjonsspesifikke arbeidsgrupper (herunder legeutdanningen) med representanter fra både utdanningsinstitusjonene og praksisstedene. Den overordnede målsettingen for utviklingsarbeidet er å heve kvaliteten og sikre relevansen i de eksterne praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene, slik at de kan møte framtidens kompetansebehov. De profesjonsspesifikke arbeidsgruppene har mandat er å «vurdere behovet for og foreslå endringer i omfang og type av praksisstudier for hver utdanning med utgangspunkt i samfunnets behov». Arbeidet skal skje i et samarbeid mellom utdanningen og praksisfeltet, og arbeidsgruppene skal vurdere hvilken rolle praksisstudier på ulike læringsarenaer skal ha i arbeidet med å sikre studentene et relevant læringsutbytte etter endt utdanning.

Arbeidsgruppen er bedt om å gi en faglig og pedagogisk begrunnelse både for type praksisstudier samt mengde og innplassering i studieforløpet. Arbeidsgruppen skal også beskrive og begrunne de forutsetninger som må være til stede for at forslagene skal kunne realiseres samt foreslå eventuelle tiltak. Fokus skal være på hovedarenaene for eksterne veiledete praksisperioder, men arbeidsgruppen er oppfordret til å tenke nytt relatert til veiledning og læringsformer.

Arbeidsgruppen er bedt spesifikt om å utdype følgende spørsmål:

- I. Er det mulig å erstatte noe av ekstern veiledet praksis med andre pedagogiske virkemidler for å nå de samme læringsmålene? (For eksempel simulering, øvingsposter, teknologi.)
- II. Er det mulig å erstatte deler av praksisstudiene i den offentlige spesialisthelsetjenesten med økt andel praksisstudier i primærhelsetjenesten og i private helsetjenester?
- III. Når og på hvilke læringsarenaer er det mest aktuelt å samordne praksisstudier med andre utdanninger slik at studenter kan lære av, om og sammen med hverandre i reelle

¹ Supplerende tilskuddsbrev – Statsbudsjettet 2013 – Kap. 281 post 70 – Utdanning for velferd, prosjekt 81186. Brev til UHR datert 2. sep 2013

pasient/klientsituasjoner?

- IV. Gi en vurdering av hvordan arbeidsgruppens forslag kan understøttes av prosjektgruppens forslag til indikatorer for kvalitet og relevans i praksisstudiene. Kom gjerne med innspill til indikatorforslaget.
- V. Vurder hvordan foreslåtte endringer i praksisstudiene bidrar til å sikre befolkningens framtidige behov for helsetjenester.

Forståelse av mandatet

De fire medisinske fakultetene i Norge har nylig revidert sine studieplaner for grunnstudiet i medisin. Felles for disse revisjonene framgår et behov for å styrke fremtidige legers profesjonalitet og allmennt medisinske kompetanse. I en tid hvor medisin som fagfelt utvikles voldsomt raskt og med økende grad av spesialisering, fremheves at å være en god lege er mer enn å være en kunnskapsrik medisinsk ekspert. Grunnutdanningen i medisin må derfor medvirke til å utvikle fremtidens legers evne til blant annet å kommunisere, forske, lede og samarbeide. Et virkemiddel som alle de fire fakultetene foreslår for å oppnå dette, er økt bruk av primærhelsetjenesten i grunnutdanningens praksisstudier.

Praksisstudium

Et praksisstudium forstås her som en avgrenset periode i profesjonsstudiet hvor studentene deltar i og lærer av autentiske yrkessituasjoner. Vi ekskluderer her yrkessituasjoner som ikke er pasient-/brukerorienterte, som for eksempel gjennomføring av hovedoppgave (reell akademisk yrkessituasjon).

Slik mandatet er formulert - «foreslå endringer i omfang og type praksisstudier for hver utdanning» – tolker vi ikke hele grunnutdanningen i medisin som ett praksisstudium. Flere praksisstudier med ulike omfang og av ulike typer inngår som komponenter i grunnutdanningen i medisin. En slik fortolkning får innvirkning på arbeidsgruppens vurdering av de foreslåtte indikatorene for kvalitet og relevans i praksisstudiene. Noen indikatorer som kan være høyst relevante for grunnutdanningen i medisin som helhet, kan være irrelevante for de enkeltvise praksisstudiene.

Eksterne vs. interne praksisstudier

Den overordnede målsettingen for Praksisprosjektet er å heve kvaliteten og sikre relevansen i de eksterne praksisstudiene. Eksterne praksisstudier i grunnutdanningen i medisin er først og fremst de langvarige periodene studentene har praksis ved et allmennlegekontor eller en sykehusavdeling. Arbeidsgruppen har besluttet også å inkludere klinisk smågruppeundervisning i rapporten selv om

dette noen steder har blitt omtalt som intern praksis. Ved de fire fakultetene omtales slik undervisning med ulike begreper slik som uketjeneste, avdelingstjeneste, praktisk-klinisk undervisning og kliniske smågrupper. Det foregår først og fremst ved universitetssykehusene, men noen gjennomfører også slik praksis andre steder (f.eks. allmennlegekontor). Skillet mellom eksterne og interne praksisstudier er således utydelig. Dessuten utgjør intern praksis en vesentlig andel av all praksis i legeutdanningen, og mange av utfordringene knyttet til kvalitet og relevans ved intern praksis gjør seg også gjeldende for ekstern praksis og vice versa.

BAKGRUNN OG PROSESS

Arbeidsgruppen for legeutdanningen har bestått av 11 deltakere. Formelt er noen oppnevnt for å representere praksisstedene og noen for å representere utdanningsinstitusjonene. Flere av deltakerne har dog erfaringer med og/eller arbeidsoppgaver tilknyttet praksisstudier både som kliniker ved et praksissted og som ansatt ved et universitet. Gruppen har blitt ledet av Børge Lillebo, og foruten tre fysiske møter ved Gardermoen med deltakelse som framgår av tabell 1, har deltakerne samarbeidet per epost og telefon i perioden 25. februar til 1. juni 2015. Alle deltakerne har vært oppfordret til å presentere og diskutere mandatet i sine lokale fora mellom møtene.

Navn	Representerer i dette prosjektet	25. feb	24. apr	12. mai
Børge Lillebo (leder)	Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet	Ja	Ja	Ja
Nils Martinsen	Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet	Ja	Ja	Nei
Gunnar T. Bondevik	Universitetet i Bergen	Ja	Nei	Nei
Øyvind Bakke	Universitetet i Bergen (studentrepresentant)	Ja	Ja	Nei
Elin Olaug Rosvold	Universitetet i Oslo	Ja	Ja	Ja
Henrik B. Roald	Universitetet i Oslo (studentrepresentant)	Ja	Ja	Nei
Per Hjortdahl	Universitetet i Oslo	Ja	Nei	Nei
Rolv-Ole Lindsetmo	UiT Norges arktiske universitet	Ja	Ja	Nei
Gunnar Kvalvaag	Oslo kommune	Nei	Ja	Ja
Rune Oskar Bjørneklett	Haukeland universitetssykehus	Ja	Ja	Ja
Hanne Flinstad Harbo	Oslo universitetssykehus	Nei	Ja	Ja

Tabell 1: Deltakelse i arbeidsgruppen for legeutdanningen

BEHOVET FOR ENDRINGER I OMFANG OG TYPE PRAKSISSTUDIER

Status presens for grunnstudiet i medisin

I 2014 ble det utarbeidet og sendt ut et skjema for registrering av omfang og type praksisstudier i legeutdanningen i Norge (vedlegg). Det kom svar fra alle de fire medisinske fakultetene. Basert på svarene er det laget en oversikt over omfang og type praksisstudier fordelt på studieår og universitet (tabell 2). Tabellen er basert på opplysninger om studiene slik de var i 2014. På grunn av

studierevisjonsarbeid er noen av studiene allerede i en endringsfase med hensyn til omfang og type praksis. For eksempel har UiB i revidert studieplan økt mengden praksis sammenliknet med det som framgår av tabellen. Dette kommer ikke fram av tabellen.

	1. studieår	2. studieår	3. studieår	4. studieår	5. studieår	6. studieår	Sum	Uten *
NTNU	Allmennpraksis 1	Allmennpraksis 1	Sykehus* 7	Sykehus* 7	Sykehus 16	Kommune 6	38	24
UiB			Allmennpraksis 0,2 Sykehus* 3,5	Sykehjem 0,1 Sykehus 9 Sykehus* 2	Psykiatri 4 Sykehus 6	Allmennpraksis 4 Sykehus* 4,5	33	23
UiO	Allmennpraksis 0,2	Allmennpraksis 0,2 Sykehus* 2,5	Allmennpraksis 0,2 Sykehus* 4,5	Psykiatri 3 Sykehus* 1,5	Helsestasjon 0,2 Sykehus* 1,5 Sykehus 7 Kommune 6	Sykehus* 3,5 Sykehus/-hjem 2	32	19
UiT	Allmennpraksis 0,4	Allmennpraksis 0,6 Sykehus* 0,7	Allmennpraksis 0,6 Sykehus* 1	Allmennpraksis* 0,1 Sykehus* 3	Allmennpraksis 8 Sykehus 16	Allmennpraksis* 0,1 Sykehus* 8,5	39	26

Tabell 2: Omfang (ukeekvivalenter per student) og type (sted) praksisstudier i grunnstudiet i medisin.
* = Klinisk smågruppeundervisning (også kjent som «Avdelingstjeneste», «Uketjeneste», «Kliniske smågrupper», «Praktisk klinisk undervisning»...)

Det er forskjeller på organiseringen av praksisstudiene ved de fire fakultetene. Dette gjør det vanskelig å lage et korrekt gjennomsnitt for de fire fakultetene, men med utgangspunkt i tabell 2 kan man si at en legestudent ved et norsk universitet har omtrentlig 36 uker praksis hvorav 13 uker intern praksis og 23 uker ekstern praksis. Praksisen er i all hovedsak innplassert i de fire siste årene, hvorav den eksterne praksisen først og fremst gjennomføres de to siste studieårene.

- **Intern praksis (klinisk smågruppeundervisning):**
 - 13 uker i sykehus (hovedsakelig i universitetssykehus)
- **Ekstern praksis:**
 - 15 uker i sykehus (hovedsakelig i lokalsykehus)
 - 8 uker i kommunehelsetjenesten (hovedsaklig ved et allmennlegekontor)

Fakultetene rapporterte via samme skjema at hovedutfordringene med praksisstudiene i legeutdanningen er å

- skaffe nok praksisplasser (gjelder spesielt primærhelsetjenesten),
- sikre lik mulighet for oppnåelse av læringsutbytte,

- sikre nok veiledning (dvs. mulighet til å sette av nok tid til å ta hånd om studentene)
- sørge for god veiledning (tilstrekkelig veiledningskompetanse og oppfølging av veiledere).

Friksjoner på praksisstedene mellom universitetets studenter og hospitanter fra andre universiteter og/eller andre profesjoner rapporteres også som et økende problem. Dette gjelder spesielt praksisstudier i sykehus hvor det kan oppstå «konkurransen» om pasienter og prosedyrer.

Studentenes ønsker

Sju nåværende og tidligere NTNU-studenter utarbeidet en rapport med anbefalinger til gruppen som skulle revidere medisinstudiet ved NTNU i 2014. I denne rapporten framgår det at man stort sett var fornøyd med de lange praksisperiodene i sykehus og allmennpraksis og at man ikke ønsket vesentlige endringer av disse i forbindelse med revisjonen av medisinstudiet².

Øyvind Bakke og Henrik B. Roald har videre drøftet mandatets utdypinger med et utvalg studenter fra UiO, UiB og NTNU og bekrefter at studentene er generelt fornøyd med dagens omfang praksisstudier. Hvis man skal endre på omfanget, ønsker studentene heller mer enn mindre praksisstudier. Studentene anser videre allmennpraksis og sykehus som de beste praksisstedene. Generelt ønsker studentene større omfang av alle typer aktiv læring (inkludert ferdighetstrening, simulering, praksisstudier) fremfor forelesninger. Studentene har erfart konkurranse om pasienter og prosedyrer med hospitanter fra andre universitet og andre yrkesgrupper. Slik konkurranse kan skape uheldige situasjoner og redusere læringsutbyttet. Det er således viktig for studentene at gjennomføringen av praksisstudier og andre hospiteringer ved hvert enkelt praksissted koordineres og/eller utnyttes slik at det gir en læringsmessig fordel. Det viktigste poenget fra studentene vedrører innholdet i praksisstudiene, framfor type og omfang: Studentene ønsker mer tilbakemelding og veiledning underveis i praksisstudiene.

Klinisk smågruppeundervisning

Klinisk smågruppeundervisning utgjør en vesentlig andel av legeutdanningen, og ved universitetssykehusene utgjør dette en betydelig andel av undervisnings- og veiledningsaktiviteten. Både universitets- og sykehusansatte bidrar i gjennomføringen og det etterspørres i gruppen en avklaring på hvor grensen går for hvilke undervisningsoppgaver som kan pålegges klinikere uten universitetstilknytning.

Klinisk smågruppeundervisning har lange tradisjoner i medisin, men mens håndteringen av pasienter i stor grad har forskjøvet seg i retning av korte opphold, dagbehandling og poliklinikk, foregår fortsatt smågruppeundervisningen i all hovedsak ved sengeposter. Hvis studentene skal få et

² <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Gjennomgang+av+medisinstudiet+ved+DMF>

riktig bilde av helsevesenet og få erfaring med alle typer pasienter, bør smågruppeundervisningen også tilpasses utviklingen i utøvelsen av faget. Det vil si at det bør i mye større grad legges til rette for studentdeltakelse og undervisning i poliklinikker, dagenheter og mottak. Dette er et spørsmål om både tid til å veilede og rom som studentene kan benytte (f.eks. til gjennomføring av egne pre-konsultasjoner). En utfordring er også at veiledningen av studentene ivaretas av nye leger/lektorer hver uke uten noen form for kontinuitet. Dette gjør det vanskelig å fange opp studenter som ikke er skikket til legeyrket, eller som trenger ekstra oppfølging³. Et forslag til løsning kan være ansettelse av klinikere som har undervisning som dedikert oppgave og slik får avsatt tid til den oppgaven. Ved Universitetet i Oslo har man lyktes med dette ved å opprette «kliniske stipendiater» i 50% undervisningsstilling og 50% forskerstilling.

Eksterne praksisstudier i sykehus

Arbeidsgruppen mener at dagens omfang av praksisstudier ved sykehus er adekvat. Erfaringene fra både universitetene og sykehusene er gode. Flere sykehus har poengtert at antallet studenter må tilpasses aktiviteten på sykehuset, og dette mener arbeidsgruppen er viktig å etterleve. Det er spesielt i sykehus det kan oppstå «konkurrans» mellom legestudenter som har praksisstudier i regi av et norsk universitet og hospitanter fra andre land eller studenter fra andre profesjoner. Her har sykehusene selv en utfordring med å sørge for et samordnet inntak av studenter. Det er viktig å tenke på hvilke aktiviteter studentene forventes å gjøre når man beregner antall studenter som kan gjennomføre praksisstudier. Selv med bare én student per avdeling, kan det bli for mange studenter for utvalgte aktiviteter/prosedyrer som f.eks. fødsel (konkurrans med jordmordstudenter), anestesi (konkurrans med videreutdanning i anesthesisykepleie), følge vakthavende, assistere på operasjoner eller ta i mot pasienter i akuttmottak (konkurrans med studenter fra andre avdelinger). En kan eventuelt tenke seg at studenter på samme praksissted til samme tid kan samarbeide om oppgaver/aktiviteter som gir økt læringsutbytte framfor «konkurrans». Dette vil i så fall kreve samarbeid også mellom de som organiserer praksisstudiene for studentene.

Gruppen mener at en viktig faktor for å oppnå forventet læringsutbytte under praksisstudier i sykehus er kontinuitet i praksisperioden. Ved hjelp av tilstrekkelig varighet og kontinuitet kan de implisitte læringsutbyttene av praksisstudier oppnås som for eksempel utviklingen av sin profesjonsidentitet, innlæring av hvordan sykehus er organisert og forståelse for ansvarsforhold i tverrfaglig arbeidsfellesskap. Studentene bør være på samme sted så lenge at de rekker å bli godt innlemmet i arbeidsfellesskapet. Det er vesentlig at studentene blir kjent med de ansatte slik at det kan oppstå gjensidig forventning og tillit. Det er vanskelig å si nøyaktig hvor mye tid som må til for

3 Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning; FOR-2006-06-30-859

å oppnå dette, og det er trolig mange andre faktorer som også spiller inn (faglig trygghet, kjennskap til rutiner, erfaring fra liknende steder, kulturforståelse, kunnskap om studieplaner, etc.).

Arbeidsgruppen kjenner ikke til litteratur som kan gi støtte til anbefalinger om varighet, men basert på egne erfaringer mener gruppen at et absolutt minimum er to uker kontinuerlig i samme arbeidsmiljø med tilnærmet daglig veiledning av samme lege. Dette kan for eksempel oppnås ved at studenten deltar på daglig previsitt og visitt på en avdeling. Et annet alternativ er at studenten deltar i journalopptak av pasienter i sykehusets akuttmottak under daglig veiledning av erfaren lege i akuttmottaksarbeid, men andre måter å oppnå dette på finnes også.

En konkret utfordring i dagens sykehushverdag er å sørge for nok og god veiledning. Arbeidsplanen til de ansatte samsvarer ikke alltid med studentenes aktiviteter. Leger i spesialisering blir ofte satt til å være praksisveileder for studentene, men både legen og studenten skifter ofte arbeidssteder asynkront og vanskeliggjør dermed veiledningen. Flere har derfor opplevd at veiledningen i stor grad må basere seg på tilfeldig supervisjon fra et mangfold leger framfor kontinuerlig veiledning i et én-til-én-forhold. Arbeidsgruppen ser ingen enkel løsning på denne utfordringen, men én måte å sikre at viktige aktiviteter i alle fall blir utført under supervisjon og med formativ tilbakemelding er å definere slike aktiviteter som obligatoriske (både for student og veileder). For eksempel kan journalopptak med pasient i akuttmottak eller gjennomføring av previsitt og visitt være slike obligatoriske aktiviteter som skal gjennomføres og evalueres systematisk. UiT har gode erfaringer med en slik ordning. Dette forutsetter likevel at det er avsatt tilstrekkelig tid til veiledningsaktivitet i praksisstedets virksomhetsplaner. I den grad andre yrkesgrupper blir påvirket må også det hensyntas i virksomhetsplanleggingen (f.eks. sykepleiere som oppholdes lengre enn vanlig når studenter skal gjennomføre previsitt og visitt). Gruppens erfaring tilsier at slike hensyn i liten grad er ivaretatt under praksisstudier i sykehus. Ofte kommer studenten som en ekstra oppgave i tillegg til de oppgavene sykehuslegen (og sykepleierne) allerede har.

Eksterne praksisstudier i primærhelsetjenesten

Arbeidsgruppen støtter de målsettinger som vedrører praksisstudier i kommunesektoren som framgår av den Nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien for helse og omsorg⁴:

"En målsetting er å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene som utdanningsarenaer (dvs. praksisundervisning) for helseprofesjonene. Det vil samtidig gjøre utdanningene mer relevante for kommunesektorens behov. Kommunesektorens kompetansebehov må i sterkere grad reflekteres i profesjonsutdanningenes studieplaner. Studentene må gjennom teori og praksis få god kompetanse i å håndtere primærhelsetjenestens hovedansvarsområder, som førstelinjediagnostikk, forebygging,

⁴ s. 132, HelseOmsorg21 Et kunnskapssystem for bedre folkehelse, Helse- og omsorgsdepartementet, 2014

kronikeromsorg og rehabilitering. Kommunenes institusjoner må være sentrale læringsarenaer. Eksempler er pleie- og omsorgstjenesten, sykehjem, legevakt, kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold, fastlegepraksis, helsestasjoner og andre. Kommunalt medansvar for utdanning innenfor sektoren må også omfatte private aktører med kommunale avtaler (fastleger, fysioterapeuter, mv), det må forankres i lovverk og forskrifter og det må følge med tilstrekkelige ressurser (jfr. anslått beløp på 650 mill. kroner for spesialisthelsetjenesten). Videre må undervisningsoppgaver telle med i tilpliktet offentlig helsearbeid for fastleger og inngå i stillingsbeskrivelser for kommunalt ansatte i helse- og omsorgstjenesten."

Allmennpraksis

En av hovedutfordringene med praksisstudier i allmennpraksis er å skaffe tilstrekkelig antall praksisplasser. Bosted under praksisperioden kan også være utfordrende, men omtales ikke videre i denne rapporten. En fordel med allmennpraksis til forskjell fra sykehus er at veiledningen i stor grad er én-til-én gjennom hele perioden, men det kan likevel være store forskjeller på hva studentene får gjøre og hvor mye og hvilken type veiledning studentene får underveis.

Arbeidsgruppen føler det er utenfor vårt mandat å definere nøyaktig hvilken veiledningskompetanse en praksisveileder skal inneha og hvordan denne skal tilegnes. Det oppleves viktigere å ha mulighet til å rekruttere de legene som synes undervisningsoppgaver er engasjerende. I det henseende anser arbeidsgruppen det som en nødvendig forutsetning at primærhelsetjenesten (inkludert fastlegene) får samme plikt til undervisning som spesialisthelsetjenesten har, og at finansieringen av praksisplasser er tilstrekkelig høy til at fastlegene og den øvrige primærhelsetjenesten kan redusere på annet arbeid til fordel for veiledning av studenter. Mange privatpraktiserende fastleger taper økonomisk om de bruker ekstra tid på studentene, mens fastlønnede kommunale leger kan komme i skvis mellom kommunale oppgaver og veiledningsoppgaver. For å få til den nødvendige kvalitetsforbedringen når det gjelder undervisning av legestudenter i primærhelsetjenesten kreves det et betydelig økonomisk løft. I dag er det ikke rimelig samsvar mellom det helseforetakene får i økonomisk støtte for undervisning av studenter – og de midlene som blir stilt til rådighet for undervisning i primærhelsetjenesten.

Generelt anser arbeidsgruppen at omfanget av praksisstudier i allmennpraksis er adekvat, mens andre praksisarenaer i primærhelsetjenesten – spesielt sykehjem – er for lite benyttet.

Sykehjem og andre kommunale institusjoner

Morgendagens leger skal forholde seg til en raskt økende aldrende befolkning. Sykehjemmene er det største institusjonsnivået i Norge med 41.000 sengeplasser som til nå er lite utnyttet som

praksis plass⁵. Dette kan blant annet skyldes utfordringer med veiledningskapasitet, da mange sykehjem kun har lege til stede noen timer/dager i uken. I sykehjem kan studentene møte komplekse medisinske problemstillinger, tverrfaglig arbeid samt ikke-medisinske utfordringer (etikk, jus, kommunikasjon, mellommenneskelighet). I tillegg er det en fordel at pasientene/brukerne som regel har god tid/tilgjengelighet.

Universitetet i Oslo har siden høsten 2013 hatt en forsøksordning med to ukers praksis på sykehjem i samarbeid med Sykehjemsetaten i Oslo kommune. Studentene har praksis på sykehjem der det er minst én lege til stede hver dag. Til og med våren 2015 har i alt 38 studenter hatt praksis på 16 ulike sykehjem. 22 sykehjemsleger har vært veiledere. Praksisperioden er lagt til siste semester, noe som betyr at studentene har vært gjennom alle de kliniske fagene på studiet og har midlertidig lisens.

Det er utarbeidet en veileder for praksisperioden der det legges vekt på at studentene får erfaring med det særegne med sykehjemsmedisinen: Inkomstundersøkelse, kartlegging av samtykkekompetanse, behandlingsavklaring, samarbeid med pårørende, fokus på å bevare funksjon, utredning av demens/depresjon etc. Det er også utarbeidet en liste over ferdigheter som studentene kan øve på. Det er lagt vekt på at arbeidet i praksisperioden må tilpasses forholdene på det enkelte sykehjem. Ved tre av sykehjemmene har man også hatt tverrprofesjonell samarbeidslæring mellom medisinstudenter og masterstudenter i avansert geriatrisk sykepleie, samt mellom medisinstudenter og farmasistudenter.

Studentene oppga at praksisperioden ga dem god øving i legerollen generelt, samt at de følte seg bedre skikket til å møte eldre pasienter også i andre settinger enn sykehjem. Det var en øyeåpner for hva sykehjem kan være, og spesielt nyttig å lære om behandlingsintensitet, legemiddelgjennomgang, palliativ behandling, samarbeid med pårørende og tverrfaglig samarbeid. De opplevde det som viktig at de hadde midlertidig lisens, og at to ukers praksis var minimum for å få et godt utbytte. Veilederne mente også at to ukers praksis var minimum og at det var en forutsetning at studentene hadde midlertidig lisens. Første uke var det behov for ganske tett oppfølging fra veileder, mens studentene kunne arbeide mer selvstendig i uke to. Arbeidsplanen ble tilpasset det enkelte sykehjem og studentenes ønsker. Veilederne fant det imidlertid ganske arbeidskrevende å ha studenter, spesielt den første uken. De var også opptatt av at praksisen må settes inn i en større sammenheng med praksisrettet undervisning i forkant.

Noen anbefalinger vedrørende praksisstudier i sykehjem:

- Sykehjem er en viktig praksisarena for medisinstudenter. Her møter de pasienter med

5 Statistisk sentralbyrå, 2015

utfordringer knyttet til multimorbiditet, polyfarmasi og samtykkekompetanse i tillegg til erfaring med samhandling med spesialisthelsetjenesten og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Sykehjem er en unik læringsarena for erfaring med legearbeid over tid for døende personer inkludert palliasjon. Sykehjem gir også mulighet til å trene på praktiske ferdigheter.

- Praksisen bør komme i slutten av studiet. Da har studentene vært gjennom undervisning i de ulike kliniske fagene, samt at de har midlertidig lisens.
- Sykehjemmene som brukes som praksissted, må ha tilstrekkelig legedekning for å kunne veilede studenter. Det må være lege til stede hver dag, siden studenter med midlertidig lisens ikke har lov til å arbeide uten tilgjengelig veileder. I tillegg må det avsettes tilstrekkelig tid til veiledning, noe som innebærer at legedekningen på praksissykehjemmene må økes.
- Det bør legges til rette for tverrfaglig samarbeid – både med de ansatte på sykehjemmet og med studenter fra andre helsefag (tverrprofesjonell samarbeidslæring).
- Praksisperioden må være tilstrekkelig lang slik at studentene blir kjent med avdelingen og kan delta i det daglige arbeidet. Minst to uker er ønskelig.
- Det må gjennomføres praksisrettet undervisning i forkant av praksisperioden.
- Det vil være et økt behov for sykehjemsleger i fremtiden. Praksis på sykehjem under studiet vil kunne bidra til rekrutteringen

Legevakt, helsestasjoner, kommunale akutte døgnenheter og distriktsmedisinske sentra er også praksissteder som kan utnyttes bedre i legeutdanningen. Her er det relativt stort tilfang av pasienter som kan være godt egnet både tidlig og sent i studieforløpet. Behovet for legedekning vil være det samme ved disse stedene som ved sykehjem.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS)

Arbeidsdagen til helsearbeidere er i dag preget av tverrfaglig samarbeid. I Bergen har en derfor opprettet Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring, som siden 2012 har tilbudt tverrfaglig samarbeidslæring til studenter ved det medisinsk-odontologiske fakultet, det psykologiske fakultetet, Griegakademiet, det juridiske fakultet og det humanistiske fakultet ved Universitet i Bergen samt Avdeling for helse- og sosialfag ved Høgskolen i Bergen.

Formålet med tverrprofesjonell samarbeidslæring er å utdanne kandidater på tvers av profesjongrenser og i samarbeid med brukere og yrkesfeltet. Målsettingen er at studentenes trening skal gi merverdi for studentene, pasientene, helsearbeiderne, arbeidsplassene og de deltakende

studieprogrammene. Tverrprofesjonell samarbeidslæring ligger tett opp til føringene i Stortingsmelding 13 om velferdsutdanningene. Det skal bidra til å stimulere til samarbeid mellom og innenfor institusjoner.

I Bergen blir tilbudet om tverrfaglig praksis gitt til studenter som er i siste del av utdanningsløpet. Det blir satt sammen grupper på 3-5 studenter fra ulike utdanninger. Så langt har studenter fra medisin, farmasi, fysioterapi, sykepleie, jordmor, musikkterapi, ergoterapi, psykologi og klinisk ernæring vært ute i denne typen praksis. Studentene skal i løpet av én dag utrede pasienter på arbeidsplasser i kommunehelsetjenesten. Gruppens sammensetning blir tilpasset etter praksissted (sykehjem, svangerskapsomsorg, etc.), pasienter/brukere og hvilke studenter som er tilgjengelige på det aktuelle tidspunkt.

Studentenes oppgave er å sette sammen en tverrfaglig tiltaksplan for de utvalgte pasientene. De må selv finne ut hvordan de skal jobbe som gruppe, hvordan de skal ivareta pasientens behov og trygghet, og hvordan de best kan kommunisere sin egen kompetanse til de andre i gruppen. I ettertid skriver studentene en felles rapport som så blir diskutert i samråd med ansvarlig helsepersonell for de aktuelle pasientene. Det vil være en veileder tilstede under hele dagen. Veileders rolle er å finne aktuelle pasienter, tilrettelegge for studentene, hjelpe de med praktiske oppgaver som tilgang til pasientopplysninger, samt å være ”guide” på praksisstedet.

Læringsmålene for studentene er som følger:

- Som eneste representant fra sin utdanning skal studenten lære å ta et selvstendig ansvar for sin egen profesjon og faglige kompetanse.
- Studenten skal lære seg å formidle sin egen kompetanse til studenter fra andre profesjonsutdanninger.
- Studenten skal få trening i tverrfaglig klinisk utredning av pasienter og teamarbeid.
- Studenten skal lære om andre helseprofesjoner og hvilken faglig kompetanse de innehar.

Tilbakemeldingen studentene gir til de ansvarlige helsearbeiderne ved arbeidsplassen kan gi verdifull informasjon til videre behandling av pasienten/brukeren. Deltakerne lærer ikke bare ved å samarbeide med de andre studentene, men også gjennom tilbakemeldingen de får fra de ansvarlige helsearbeidere i etterkant av praksis.

Gjennomføringen foregår i tre deler:

1. *Oppstartsmøtet*. Her får studentene informasjon, blir kjent med gruppen sin og begynner planlegging av arbeidet.

2. *Pasientutredningen*. Denne dagen brukes til å snakke med pasientene og jobbe med tiltaksplanen.
3. *Dialogmøte*. På sykehjem vil rapportmøtet foregå ca. en uke etter praksisdagen. Ved de andre praksisstedene vil studentene snakke med ansvarlig helsearbeider på slutten av praksisdagen.

Før praksis må studentene gjøre seg opp noen tanker om hvordan de best kan samarbeide som gruppe. Det er utfordrende å jobbe med pasienter. Studentene må til enhver tid sørge for at det de gjør er ok for pasienten/brukeren og at de tar hensyn til hans/hennes behov og ønsker. Studentene lærer av hverandre – derfor er det viktig at de forklarer hvorfor de gjør som de gjør, og hva de finner. Det er viktig at studentene støtter hverandre og gir konkrete, konstruktive og oppmuntrende tilbakemeldinger.

Tilsvarende erfaringer er gjort ved utprøving av TPS i Oslo, og basert på disse erfaringene mener gruppen at TPS er et fruktbart tilskudd til grunnutdanningen i medisin, men ikke nødvendigvis som en integrert del av alle praksisstudiene.

GRUPPENS ANBEFALING TIL OMFANG OG TYPE PRAKSISSTUDIER

- Omfanget praksisstudier bør ikke reduseres – heller økes. I lys av at studentene nå får autorisasjon etter grunnstudiet, anser arbeidsgruppen betydningen av praksisstudiene i utdanningen av fremtidens leger som økt.
- Enhver legestudent bør gjennomføre minst 20 uker ekstern praksis hvorav minst 10 uker i primærhelsetjenesten. Som en del av disse ukene må studenten ha fått minst 2 uker med tilnærmet daglig veiledning av samme lege i primærhelsetjenesten og minst 2 uker med tilnærmet daglig veiledning av samme lege i spesialisthelsetjenesten.
- Eksterne praksisstudier bør legges til slutten av studiet. Arbeidsgruppen ser også nytten av å ha minst én kontinuerlig periode med veiledning tidlig i studiet, men ønsker ikke å legge føringer for at dette må skje innenfor rammen av eksterne praksisstudier.
- Endringene i helsetjenesten reflekteres ikke godt nok i omfang og type praksisstudier, så gruppen vil anbefale økt bruk og tilrettelegging for praksisstudier i spesialisthelsetjenestens poliklinikker og dageshøst, og i primærhelsetjenestens sykehjem, distriktsmedisinske sentra, legevakt og helsestasjon. Gruppen ønsker ikke å spesifisere hvilke av disse praksisstedene som skal inngå i obligatoriske praksisstudier i legeutdanningen, men mener at myndighetene bør legge til rette for at alle praksissteder kan benyttes på lik linje med

hvordan sykehusenes sengeposter benyttes i dag. En slik tilrettelegging innebærer også finansiering.

- I tillegg til de eksterne praksisstudiene kommer intern praksis (klinisk smågruppeundervisning) som arbeidsgruppen avstår fra å gi spesifikke anbefalinger om vedrørende omfang, type og innplassering i studiet.

Er det mulig å erstatte noe av ekstern veiledet praksis med andre pedagogiske virkemidler for å nå de samme læringsmålene? (For eksempel simulering, øvingsposter, teknologi.)

Arbeidsgruppen er positiv til økt bruk av alternative undervisningsmåter som aktiviserer studentene, men tatt i betraktning omfanget praksisstudier i grunnstudiet i medisin og våre gode erfaringer med dette, bør ikke andre pedagogiske virkemidler innføres på bekostning av praksisstudiene. Derimot bør elæring, ferdighetstrening, simulering og andre pedagogiske virkemidler i større grad benyttes som målrettet forberedende undervisning for å gi økt utbytte av de eksterne praksisstudiene⁶.

Er det mulig å erstatte deler av praksisstudiene i den offentlige spesialisthelsetjenesten med økt andel praksisstudier i primærhelsetjenesten og i private helsetjenester?

Erfaringene med praksisstudier i allmennpraksis og i sykehjem tilsier at dette er gode læringsarenaer som bør benyttes mer. Samtidig ser ikke gruppen at antallet legestudenter fra universitet i Norge som gjennomfører eksterne praksisstudier ved norske sykehus er så stort at det utgjør en overbelastning på spesialisthelsetjenesten som praksisfelt. Hvis det er et problem med for mange studenter/hospitanter i praksisstudier, bør sykehuset/helseregionen først og fremst tilby praksisstudier/hospitering til de gruppene de er lovpålagt å dekke behovet for⁷. Arbeidsgruppen anerkjenner dog viktigheten av at hospitanter fra andre land får erfaring fra norsk helsevesen, men oppfordrer til at eventuelle problemer knyttet til dette forsøkes løses på andre måter enn på bekostning av kvaliteten i de eksterne praksisstudiene for legestudenter ved norske universitet.

Når og på hvilke læringsarenaer er det er mest aktuelt å samordne praksisstudier med andre utdanninger slik at studenter kan lære av, om og sammen med hverandre i reelle pasient/klientsituasjoner?

Erfaringene med tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) er positive, og gruppen vil anbefale at modeller for TPS videreutvikles og prøves ut for flere studenter. Organiseringen av TPS kan være svært krevende, og gruppen ser det ikke som en absolutt nødvendighet at dette gjøres under et

6 Remmen, R. et al. (1999). Can medical schools rely on clerkships to train students in basic clinical skills? *Medical Education*, 33(8), 600–605.

7 Lov om spesialisthelsetjenester § 3-5: «De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen.»

praksisstudium. Gruppen mener TPS like greit kan arrangeres som et selvstendig prosjekt hvor studenter fra ulike profesjoner involveres og samlokaliseres spesifikt for TPS-prosjektet slik det er gjort ved UiB og UiO. Gruppen anbefaler modellen som er utprøvd i Bergen og Oslo med utgangspunkt i brukere/pasienter ved sykehjem eller andre kommunale institusjoner.

Gi en vurdering av hvordan arbeidsgruppens forslag kan understøttes av prosjektgruppens forslag til indikatorer for kvalitet og relevans i praksisstudiene. Kom gjerne med innspill til indikatorforslaget.

Gjensidig forpliktende samarbeid mellom praksissted og utdanningsinstitusjon anser arbeidsgruppen som en av de viktigste faktorene for å sikre kvalitet og relevans i praksisstudiene. Et slikt samarbeid må omfatte både forberedelse, gjennomføring og evaluering, og dette mener arbeidsgruppen er godt understøttet i prosjektgruppens forslag til indikatorer for kvalitet og relevans i praksisstudiene. Videre er det viktig at studentene blir innlemmet i arbeidsfellesskapet, deltar aktivt i arbeidet ved praksisstedet og får tilstrekkelig veiledning av en faglig og pedagogisk kompetent veileder. Det er vanskelig å definere hvor faglig oppdatert og hvor mye veiledningskompetanse som er nødvendig. Arbeidsgruppen synes derfor at generelle indikatorforslag er tilfredsstillende (f.eks. «praksisveileder har nødvendig veiledningskompetanse»). NOKUT bør inneha kompetansen til å gjøre spesifikke vurderinger av dette i lys av ulike modeller for gjennomføring av praksisstudier. Indikatorforslaget støtter forøvrig godt oppunder viktigheten av utvikling og opprettholdelse av faglig og pedagogisk kompetanse.

Vurder hvordan foreslåtte endringer i praksisstudiene bidrar til å sikre befolkningens framtidige behov for helsetjenester.

For grunnstudiet i medisin er hovedarenaene for eksterne veiledete praksisstudier fortsatt relevante for å oppnå kompetanse som bidrar til å sikre befolkningens framtidige behov for helsetjenester (dvs. allmennpraksiskontor og sykehus inkludert akuttmottak, sengepost, operasjon/anestesi). I spesialisthelsetjenesten er det en klar økning i poliklinisk behandling og bruk av dagesheter. Dette bør også gjenspeiles i hvordan praksisstudiene i hvert enkelt sykehus organiseres.

Behovet for akuttmedisinske tjenester som legevakt, akuttmottak og kommunale akutt plasser vil trolig ikke avta i fremtiden. Større interkommunale legevakter med flere leger tilstede, mulighet for øyeblikkelig hjelp-innleggelse i distriktmedisinske sentra og akuttmottak med tilstedeværende erfarne leger gir trolig økt mulighet for praksisstudier ved disse stedene, og med et læringsutbytte som er viktig for å sikre befolkningens framtidige behov for akutte helsetjenester.

En aldrende befolkning vil gjenspeiles i pasientgrunnlaget ved de fleste aktuelle praksissteder, men sykehjem har vært en lite benyttet arena for praksisstudier. Innføring av TPS i sykehjem og økt bruk

av sykehjem til eksterne veiledete praksisstudier kan bidra til å sikre den eldre befolkningens framtidige behov for helsetjenester, og øke legestudenters evne til samarbeid med annet helsepersonell.

Spesialistutdanningen for leger – et kontinuum

Arbeidsgruppen har ikke drøftet spesialistutdanningen for leger da dette ikke har inngått i vårt mandat. Arbeidsgruppen ønsker likevel å understreke at grunnstudiet i medisin – til tross for 6 års varighet – er å betrakte som et utgangspunkt for videre læring og spesialisering. Det er derfor viktig at arbeidene med utviklingen av spesialistutdanningen for leger og grunnstudiet i medisin koordineres slik at befolkningens framtidige behov for helsetjenester kan sikres på en bærekraftig og effektiv måte.

BESKRIVELSE OG BEGRUNNELSE FOR DE FORUTSETNINGER SOM MÅ VÆRE TIL STEDE

Arbeidsgruppen mener disse forutsetningene må være tilstede for realisering av arbeidsgruppens forslag til endringer i praksisstudiene i grunnstudiet i medisin:

- Lovhjemling av primærhelsetjenestens plikt til å sørge for at behovet for undervisning og opplæring av studenter dekkes (jf. Lov om spesialisthelsetjenestens § 3-5)
- Finansieringsmodeller som tillater praksisveiledere og praksissteder å sette av tid til undervisnings- og veiledningsoppgaver på bekostning av andre oppgaver – ikke i tillegg til andre oppgaver.
- Finansiering av ekstra medarbeiderressurser samt utstyr og rom til studentene ved praksisstedene.
- Finansiering av utdanning av praksisveiledere og tilrettelegging for opprettholdelse av veiledningskompetanse.
- Tydeliggjøring av sykehusansattes rolle i veiledning av studenter i interne praksisstudier. Hvis praksisstedets ansatte (f.eks. sykehuslegene) skal ha ansvaret for gjennomføringen av interne praksisstudier, må dette inngå i praksisstedets virksomhets- og personellplanlegging for å unngå at undervisningsoppgaver blir ekstraarbeid som det ikke er avsatt tid til.

FORSLAG TIL VIRKEMIDLER/TILTAK

- Innføring av veiledningskompetanse som definert læringsutbytte i både grunn- og spesialistutdanningen for leger kan være et aktuelt tiltak for å bidra til å skape en generell tilbakemeldings- og veiledningskultur.

- Samordning/koordinering av alle praksisstudier/hospiteringer ved praksisstedet kan bidra til å redusere utfordringene med konkurranse om pasienter og prosedyrer.
- Studentene og praksisstedene bør kunne utnytte tider på døgnet utenom vanlig kontortid for gjennomføring av praksisstudier (f.eks. legevaktsarbeid, fødsler, mottaksarbeid).
- Eksplisitte samarbeidsavtaler mellom utdanningsinstitusjon og praksissted, samt mellom praksisveileder og student kan bidra til å avklare ansvarsforhold og forventninger.
- Praksisstedets veiledningsoppgaver må inngå i praksisstedets virksomhets- og personellplanlegging for å unngå at undervisningsoppgaver blir ekstraarbeid som det ikke er avsatt tid til.
- En tydelig satsing og verdsetting av dedikerte praksisveiledere kan bidra til at praksisveiledningen får økt kvalitet for studenten og til at leger ikke taper karrieremessig på å ta på seg veiledningsoppgaver.

INDIKATORER FOR KVALITET OG RELEVANS I PRAKSISSTUDIENE

Arbeidsgruppen for legeutdanningene foreslår følgende indikatorer for kvalitet og relevans i praksisstudiene:

1 Gjensidig forpliktende samarbeid

- Samarbeidet reguleres av samarbeidsavtaler på institusjons- og enhetsnivå, samt student-, lærer- og praksisveiledernivå.
- Partene har jevnlige møter på både institusjons- og enhetsnivå.
- Læringsutbyttebeskrivelser for praksisperiodene utarbeides, videreutvikles og evalueres i samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet.
- Partene samarbeider om å forberede praksisstudier, identifisere og tilrettelegge læringsaktiviteter på praksisstedet i tråd med læringsutbyttebeskrivelsene.
- Kvalitet i praksisstudier beskrives og evalueres fra studenten, praksisstedets og utdanningsstedets erfaringer, og rapporteres i de samarbeidende institusjonenes kvalitetssikringssystemer.

2 Praksisveiledning

- Praksisstedet har ansvar for den daglige veiledningen av studenter.
- Utdanningsinstitusjonen følger opp praksisstedets veiledere.
- Studentene innlemmes i arbeidsfellesskapet på praksisstedet.
- Praksisveileder er faglig oppdatert.
- Praksisveileder har nødvendig veiledningskompetanse.
- Utdanningsinstitusjonen tilbyr veilederutdanning og kurs i kunnskapsbasert praksis tilpasset praksisstedet.
- Praksisstedets veiledningsoppgaver (inkludert nødvendig veilederutdanning) inngår i personal- og virksomhetsplanlegging og følger budsjettprosessene.

3 Samarbeidslæring på tvers av sektorer og profesjoner

- Studentene får i løpet av praksisstudiene erfaring med samarbeid om pasienter/klienter/brukere på tvers av relevante tjenestenivåer.
- Helse- og sosialfaglige studenter lærer i løpet av praksisstudiene av, om og sammen med

hverandre i reelle pasient- , klient- og brukersituasjoner.

4 Kunnskapsbasert praksis * i praksisstudier

- Studentene møter kunnskapsbaserte tjenester i praksisstudier.
- Studentene involveres i FoU-arbeid i praksisstudier.

5 Systematisk kunnskapsutveksling og –utvikling på tvers av praksisfelt og UH-sektor

- Det er etablert kombinerte stillinger og/eller hospiteringsordninger mellom tjenestene og utdanningssektor.