

Høringsvar om forslag til Nasjonal faglig retningslinje for medisinstudiet

Forord

Deler av det som kommer frem i teksten nedenfor kommer også frem i kommentarene til de ni spørsmålene i høringen. Svaret på de ni spørsmålene er også lagt ved til slutt i dette dokumentet.

Retningslinjen har vært gjennom en intern høring ved de instituttene ved Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) som har med legeutdanningen å gjøre, og behandlet i studieprogramrådet for medisinstudiet. Høringsvaret reflekterer dette. Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM) ved MH har sendt sin respons på den interne høringen inn som eget høringssvar. ISM sitt svar inneholder flere innspill til læringsutbyttene som bør inspirere til en revisjon.

Innledning

Programgruppen har gjort et omfattende og grundig arbeide. Vi er enige i at det er viktig at våre helse- og sosialfagutdanninger kvalitetssikres. En retningslinje er imidlertid bare et av mange ulike virkemidler for at brukerne (pasientene) skal få kunnskapsbaserte, gode og likeverdige legetjenester uavhengig av bosted i fremtiden.

Omfanget på en retningslinje må tilpasses behovet. Vi mener at legeutdanningen, som en klassisk profesjonsutdanning, har ivaretatt sitt samfunnsansvar sammen med de andre legeutdanningene i landet på en god og fremtidsrettet måte. Legeutdanningene i landet er revidert de senere årene. Eksempelvis har NTNU evaluert legeutdanningen i 2014 basert på blant annet utviklingstrender internasjonalt og ulike meldinger (Meld.St.etc.). Siden 2014 har vi implementert ulike endringer i vår utdanning, og gjør det fortsatt. NTNU har et omfattende kvalitetssystem som utdanningene må forholde seg til. I 2019 vil vi foreta en såkalt periodisk evaluering av legeutdanningen med et evalueringspanel med blant annet en vitenskapelig ansatt fra et utenlandsk universitet. NOKUT kan føre tilsyn for å ivareta samfunnets interesse. Denne situasjonsbeskrivelsen tyder på at en omfattende retningslinje burde være nødvendig, og at innsatsen med fordel også bør være på andre områder som har betydning i denne sammenheng.

Programgruppen har ikke redegjort for sine vurderinger, og har heller ikke gitt begrepsavklaringer (f.eks.: hva menes med inngående og avansert kunnskap). Dette kunne med fordel ha vært presentert i et eget dokument (arbeidsgruppens arbeidsform, kommentarer og definisjoner) slik at høringsinstansene kunne hatt anledning til en bedre forståelse av dette arbeidet. Retningslinjen henvender seg ikke bare til selve legeutdanningene, men også brukere og tjenesteytere. Ikke alle kjenner til kvalifikasjonsrammeverket som er grunnlaget for terminologien i beskrivelsen av læringsutbytter.

Retningslinjene gir rammer for innholdet i legeutdanningen, og vil være et verktøy for utdanningene og for tilsynsmyndighet (NOKUT). Det kan imidlertid være vanskelig å vurdere når en retningslinje er oppfylt. Hva er kriteriene på at utdanningens innhold er i samsvar med retningslinjen, altså at studentene har oppnådd læringsutbyttene? Er det at læringsutbyttene er representert på timeplanen, er det hvordan det undervises (forelesning, studentaktiviserende, PBL, etc.), er det praksisinnhold, er det porteføljen for vurdering og

tilbakemelding (formell og uformell), kandidatproduksjon og antall stryk, eller er det noe annet? Det er altså uklart hvordan man skal tolke retningslinjen/læringsutbyttene som oppfylt i dagens legeutdanning.

På høringskonferansen om retningslinjene i Oslo 4. februar kom det i gruppemøte om legeutdanningen frem at retningslinjen vil bli til forskrift når den blir vedtatt til høsten. Forskrifter har egne formkrav. Dette betyr at oppsettet i forskriften vil avvike fra oppsettet i den retningslinjen som nå er på høring. Det ble opplyst på konferansen 4. februar at forskriften ikke vil bli sendt på høring. En forskrift er en rettslig bindende regulering hjemlet i lov, mens en (faglig) retningslinje er en anbefaling (et råd). Hva vil denne forskjellen i praksis bety?

En forskrift eller en lov er typisk uten kommentarer eller forklaringer. Dette kan by på utfordringer i forståelsen. En løsning kan være å lage et rundskriv slik Helsedirektoratet har gjort til Helsepersonelloven: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsepersonelloven-med-kommentarer>. Dette er det imidlertid ikke sagt noe om.

Det kan også diskuteres hvorvidt omfattende profesjonsspesifikk regelstyring i forskriftsform er den beste måten å sikre innhold og kvalitet på i en utdanning. Troen på at et omfattende sett av regler løser et problem som heller ikke er tydelig beskrevet og vurdert, og hvor heller ikke måloppnåelse er operasjonalisert, er overdrevet. Man skulle kanskje heller fokusere mer på krav til for eksempel læringsformer som studentaktiv undervisning, antall hovedstillinger knyttet til legeutdanningene, pedagogisk utvikling av underviserne, og om spesialisthelsetjenestenes oppfyller sitt ansvar om deltagelse i undervisning i henhold til lov.

Om formålet med retningslinjen

Følgende formulering er problematisk: «*I tillegg til omfattende medisinsk ekspertise kreves inngående kompetanse i kommunikasjon, ledelse, samarbeid, folkehelse og samfunnsmedisin, forskning, formidling og akademisk tilnærming og profesjonalitet*». Inngående kompetanse på alle disse områdene er feil balanse og uoppnåelig i en grunnutdanning. Dette kan også bidra til en feilaktig oppfatning av hva en nyutdannet lege skal kunne.

Den ferdige lege (cand.med.) skal ha oppnådd et antall læringsutbytter i løpet av utdanningen innen kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. I dag har legeutdanningene i landet 21 slike. Det er høyst usikkert om over 80 læringsutbytter vil sikre mer kompetanse. På den annen side kan det argumenteres for at etablering av retningslinjen bør føre til et arbeid for vurdering av kompetanse hos de mange som utdannes til lege i utlandet og som kommer tilbake for å arbeide som lege (og som ikke omfattes av retningslinjen).

Det bør også nevnes at begrepet «Medisinutdanningen» ikke harmonerer språklig med navnene på andre profesjonsutdanninger som tannlegeutdanning, farmasøytutdanning og psykologutdanning.

Om grunnutdanning og spesialistutdanning

Legeutdanningen er starten på en utdanning som etter hvert fører frem til en legespesialitet gjennom LIS-utdanningen for de aller fleste som velger et klinisk yrkesløp. Dette har betydning for formuleringene av læringsutbyttene fordi grunnutdanningen er første fase på en livslang læring. Det er også et sentralt poeng at det bør være en progresjon i nivå i beskrivelse av læringsutbytter fra legeutdanningen til LIS-utdanningen. Dette er ikke situasjonen i dag, og reflekterer blant annet at legeutdanningen og spesialistutdanningene

hører til to ulike departement. Retningslinjen kunne med fordel innledningsvis ha satt legeutdanningen i en bredere sammenheng.

Et dilemma er forøvrig at nyutdannende leger de siste årene har fått autorisasjon etter endt grunnutdanning, og ikke etter 18 måneder turnus (som nå er LIS-utdanningen). En del leger arbeider i ulike vikariatet med usikker veiledning, mens de som begynner i en spesialistutdanning (LIS-utdanningen) vil ha et veiledet arbeidsforhold. Derfor må en retningslinje også forhold seg til den kategori leger som ikke er i et utdanningsløp som LIS-lege.

Generelt om kompetanseområdene og læringsutbyttene

Utkastet til retningslinje inneholder læringsutbytter innen syv kompetanseområder, inkludert 12 felles læringsutbytter fra forskrift om felles rammeplan. Kompetanseområdene svarer til legens syv roller slik dette er beskrevet internasjonalt. Rekkefølgen (I-VII) i retningslinjen kan gi inntrykk av en rangordning. I så fall kan det diskuteres om ikke profesjonalitet burde ha posisjon II. Kompetanseområdene kunne med fordel ha vært kommentert slik at man fikk forståelse av at for eksempel profesjonalitet er listet nederst av legens roller fordi tenkningen er at profesjonalitet først oppnås når man behersker de andre rollene/kompetansene i tilstrekkelig grad.

Kompetanseområdene kunne med fordel hatt en kort innledning som f.eks. «*Med profesjonalitet menes ...*», alternativt en definisjon/beskrivelse i et følgedokument (arbeidsgruppens arbeidsform, kommentarer og definisjoner). Vektingen, eller omfanget, av kompetanseområdene i grunnutdanning kunne ha vært tydeliggjort. Det hadde vært ønskelig med en tydeligere beskrivelse av læringsutbyttene også i forhold til individ-, organisasjons- og samfunnsnivå. Kompetanseområde *Profesjonalitet* fremstår uferdig og lite definerende, mens innholdet om ledelse i *Ledelse* er for omfattende.

Det er neppe grunn til å anta at så mange læringsutbytter i en retningslinje er nødvendig for bedre å sikre en adekvat, kvalitetssikret og fremtidsrettet legeutdanning. Det er ønskelig at antall læringsutbytter reduseres, og løftes til mer overordnede nivå.

Læringsutbyttene variere i kompleksitet og nivå. Fra det urealistiske «*er i kunnskapsfronten innen alle vanlige sykdommer og symptomer, deres forekomst og årsaker, og utredning, prognose og behandling*» til det mer udefinerte «*kan kommunisere muntlig, skriftlig og digitalt om helsefaglige problemstillinger med medarbeidere, samarbeidspartnere og allmennheten*». Begrepet «kunnskapsfronten» tilhører for øvrig ph.d. i kvalifikasjonsrammeverket.

Rekkefølgen av læringsutbyttene innen et kompetanseområde kan virke ulogisk. Det kan diskuteres hvor viktig dette er, men det påvirker forståelsen. Flere av læringsutbyttene går over i hverandre og bør slås sammen slik at et læringsutbytte ikke gjenfinnes delvis i andre læringsutbytter (prinsippet om gjensidig utelukkende kategorier). På høringskonferansen ble det sagt at læringsutbyttene er rangert etter viktighet, slik at nr. 1 er viktigere enn det som har et høyere nummer. Dette fremkommer ikke av retningslinjen.

Etikk, empati, skikkethet, livslang læring og roller er sentrale begreper som med fordel kunne kommet tydeligere frem.

Det synes ellers ulogisk at de ulike utdanningene selv er gitt anledning til å definere sine kompetanseområder. Dette har ført til at profesjonsutdanninger som tannlege-, psykolog- og legeutdanningen opererer med ganske forskjellige kompetanseområder. Denne forskjellen er større enn

ulikhetene i utdanningene skulle tilsi. Særlig når oppdragsgiver nå ønsker en forskrift synes dette unødvendig, og kanskje forvirrende for tilsynsmyndighet og andre. For den enkelte utdanning isolert sett har dette neppe særlig betydning.

Praksisstudier

Se svar på spørsmål 7.

Læringsutbyttebeskrivelsene mer detaljert

Her følger et utvalg kommentarer til noen læringsutbytter, spesielt om medisinsk ekspertise. Kommentarene eksemplifiserer en del utfordringer i begrepsbruk og logisk oppbygging. Det henvises forøvrig til de mer generelle kommentarene i dette høringssvaret. Forklaring: K1 = første læringsutbytte på kunnskap, F1 = første læringsutbytte på ferdighet, G1 = første læringsutbytte på generell kompetanse, og * er læringsutbytte fra forskrift om felles rammeplan. (13K, 6F og 5 G) er antall læringsutbytter innen et kompetanseområdet.

Medisinsk ekspertise (13K, 6F og 5G)

1. Kunnskapsfronten (i K1) oppfattes mer omfattende enn mulig i en grunnutdanning. I kvalifikasjonsrammeverket brukes kunnskapsfronten som begrep på ph.d.-nivå.
2. K1 til K13 danner ingen logisk rekkefølge.
3. Det er en motsetning mellom K1 og K5. K5: At man skal ha «.. *inngående kunnskap om forekomst av sjeldne sykdommer med eksempler på utredning, diagnose og behandling sjeldne sykdommer*» er en uklar formulering. Er det forekomsten som er det sentrale, eller er det klinisk presentasjon som er det sentrale? Grunnleggende kunnskap er en mer relevant målsetting enn inngående.
4. K8 er begrensende. Det bør stå livsstilsfaktorer istedenfor kosthold og fysisk helse.
5. K10* retter seg mot barn og unge, mens eldre ikke får tilsvarende oppmerksomhet. Dette læringsutbyttet er fra forskrift om felles rammeplan, og kan ikke endres i retningslinjen.
6. K12 – «*har inngående kunnskap om prinsippene som ligger til grunn for digitale løsninger og teknologi i helsetjenesten*» - hva betyr egentlig dette?
7. Både K11 og K12 handler dessuten om systemforståelse mer enn medisinsk ekspertise.
8. Flere av K-punktene er ikke gjensidig utlukkende.
9. G2 – det er uklart hva som her menes. Skal man analysere prinsippene eller anvende prinsippene.
10. G5* er ikke en medisinsk ekspertise, og «har» beskriver et lavt kompetansenivå – og det var kanskje meningen? G5* er fra forskrift om felles rammeplan, og kan ikke endres i retningslinjen.

Kommunikasjon (1K, 7F og 3G)

1. G1: Det står «kan kommunisere». Dette sier ikke noe om kvalitet i kommunikasjonen, og synes å mangle et adjektiv: presist, effektivt eller lignende.
2. At F1 og G1 er henholdsvis ferdighet og generelle kompetanse er ikke helt logisk.

Ledelse (3K, 2F og 1G)

1. Systemforståelse og ledelse er en mer dekkende tittel. Dette passer bedre med læringsutbyttene på kompetanseområdet, og hva dette kompetanseområdet bør ha fokus på. Se for øvrig forslag fra ISM ved vårt fakultet som også fokuserer på systemforståelse.
2. Ambisjonsnivå om ledelse er for høyt for en grunnutdanning: se K1, F1 og G1. Det sentral må være systemforståelse og en grunnleggende forståelse for lederrollen.

Samarbeid (2K,3F og 1 G)

1. Ingen kommentar

Folkehelse og samfunnsmedisin (5K, 7F og 3 G)

1. Eksempelvis er F1 og F2 for ambisiøst i en grunnutdanning.
2. ISM ved vårt fakultet har kommet med forslag til endringer som kan vurderes.

Forskning, formidling og akademisk tilnærming (2K, 4F og 3G)

1. Akademisk burde vært definert. Hva betyr det å være akademiker?
2. K1 og K2. Er det realistisk med inngående kunnskap om vitenskapelige metoder og bred kunnskap om metoder til formidling?
3. G2 (om analyse av nytten av diagnostiske metoder): er ikke dette en ferdighet?

Profesjonalitet (3K, 4F og 4G)

1. Profesjonalitet fremstår uferdig. Å opptre profesjonelt er summen av de andre kompetansene med medisinsk ekspertise i sentrum. Profesjonalitet innebærer også at man viser respekt for pasientenes bestemmelsesrett, respekt for kulturelle forskjeller, følger etiske retningslinjer og har en helhetlig og empatisk tilnærming til pasientene, samtidig som man har systemforståelse og rolleforståelse.

Med hilsen

Ivar Skjåk Nordrum, dr. med.

Studieprogramleder for profesjonsstudiet i medisin

Professor i rettsmedisin

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Norges teknisk-vitenskapelige universitet (NTNU)

Spørsmål 1): I hvilken grad vurderes utkast til retningslinje å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov?**Kryss:**

Både/og

Begrunnelse:

Det fremtidige kompetansebehovet ivaretas ved en legeutdanning som gir grunnleggende kunnskaper og ferdigheter, samt evne til livslang læring, helhetstenkning, samarbeid på tvers av profesjoner, evne til kritisk refleksjon, nyteknisk og omstilling, rolleforståelse og et samfunnsperspektiv på helsetjenester. Retningslinjen vil neppe bidra til mer ivaretagelse av tjenestenes fremtidige behov enn status er i dag ved at legeutdanningene allerede sammen har utviklet 21 robuste læringsutbytter. En detaljert styring gjennom en retningslinje med over 80 læringsutbytter synes lite hensiktsmessig, og er kanskje ikke tilstrekkelig robust mht til nye behov. Retningslinjen vil bli til forskrift. Regler som en forskrift, bør være uendret over minst 5 år for å kunne evvalueres. Når en retningslinje blir for detaljert kan det bli behov for endringer oftere enn det som burde være ønskelig utfra et evalueringsspektiv.

Det er fornuftig at våre helse- og sosialfagutdanninger kvalitetssikres, men kvalitetssikring er ikke en detaljert retningslinje alene uten at myndighetene/utdanningene tar hensyn til de mange andre viktige forhold, både i og utenfor studieplanen, som er avgjørende for kompetansen til den nyutdannede lege.

Spørsmål 2): I hvilken grad vurderes utkast til retningslinje å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Vi ber særlig brukerorganisasjoner gi innspill på dette spørsmålet.**Kryss:**

Både/og

Begrunnelse:

Brukernes (pasientens) fremtidig behov ivaretas av de samme kvalitetene i legeutdanningene som anført i spørsmål 1. Det er neppe grunn til å anta at retningslinjen vil ivareta dette behovet i større grad enn hva status er i dag. Ivaretagelse av det fremtidige behovet må også speiles i spesialistutdanningen, og løses ikke alene i grunnutdanningen (legeutdanningen).

En retningslinje for legeutdanningen er bare et av mange ganske ulike virkemidler for at brukerne (pasientene) i fremtiden skal få kunnskapsbaserte, gode og likeverdige legetjenester uavhengig av bosted.

Spørsmål 3): Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonenes behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning)? Vi ber særlig utdanningsinstitusjonene gi innspill på dette spørsmålet

Kryss:

Litt for detaljert

Begrunnelse:

Autonomien begrenses ved at det foreslås for mange læringsutbytter. Det er nødvendig at utdanningene har et handlingsrom for lokal tilpasning for å ivareta strategiske mål og handlingsplaner ved eget fakultet og universitet. Muligheten for lokal tilpasning bør anføres i selve retningslinjen selv om dette er formulert i §4 i *Forskrift for felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningen*.

Spørsmål 4): Formålet med retningslinjen er å sikre at kandidater med samme utdanning får samme sluttkompetanse uavhengig hvilken utdanningsinstitusjon de er utdannet ved. Hvordan vurderes dette å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene?

Kryss:

Både/og

Begrunnelse:

Det liten grunn til å anta at læringsutbyttene i retningslinjen vil bidra til å sikre samme sluttkompetanse ved de fire legeutdanningene mer enn det som er status i dag. Det er en viktigere utfordring å sikre at det store antallet som studerer til lege i utlandet, har ønsket kompetanse når disse skal virke som leger i Norge.

Bakgrunnen for forslaget til retningslinje er et behov for sentral styring med referanse til Meld. St. 13 (2011-2012). Retningslinjen er ikke begrunnet i en analyse av dagens kvalitet i legeutdanningene i landet.

Legeutdanningene har i de senere årene vært revidert, og det pågår løpende endringer i studieplanene, basert på blant annet kunnskap om pasientens/samfunnets behov, hvordan studentene lærer (undervisningsformer/læringsarenaer) og erfaringer fra legeutdanningen i utlandet. Legeutdanningene i landet har også et etablert samarbeid med regelmessig møter. Utdanningene har for eksempel laget felles lister for ferdigheter og kliniske undersøkelser, og felles læringsutbyttebeskrivelser (nevnt tidligere). Utdanningene samarbeider nå om prosjektet *Nasjonal delprøve* som våren 2019 igjen blir pilotert som en felles skriftlig prøve for studentene i siste semester i siste studieår. Prøven er i dag obligatorisk, men har ikke status som eksamen. Målsettingen med dette samarbeidsprosjektet er å innføre nasjonal avsluttende skriftlig eksamen våren 2021 med karakterene bestått/ikke-bestått.

Spørsmål 5): Er det kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

Kryss:

Nei

Begrunnelse:

Utfordringen er at kompetanseområdene og læringsutbyttene fremstår som for omfattende, selv om man kan hevde at viktigheten modelleres av begrepsbruken og antall læringsutbytter innen hvert kompetanseområde. Dette kan gå utover fokus på de læringsutbyttene som det er særlig viktig å ivareta i en grunnutdanning.

Spørsmål 6): Er det innhold som bør tas ut av høringsutkastet til retningslinje?

Kryss:

Ja

Begrunnelse:

Det burde være færre læringsutbytter og mindre detaljering. Flere av læringsutbyttene overlapper delvis, og læringsutbyttene er heller ikke alltid plassert i rett kompetanseområde, eller på rett plass med hensyn til kunnskap, ferdighet eller generell kompetanse. Retningslinjen fremstår som uferdig. Se for øvrig punkt 5 og 8, samt eget dokument sendt på epost.

Spørsmål 7): Praksisstudier kan beskrives i retningslinjen, men skal da beskrives på et overordnet nivå. Detaljert beskrivelse av praksisstudiene skal skje ved den enkelte utdanningsinstitusjon. Er retningslinjens beskrivelse av praksisstudier hensiktsmessig?

Kryss:

Nei

Begrunnelse:

Praksisstudier mangler definisjon. Menes det eksternt veiledet praksis? Det er også uklart hva som er begrunnelsen for at det stilles krav om 24 uker praksis, og derav minst 10 uker i primærhelsetjenesten. Fordi definisjon mangler er det uklart hva av dagens innhold i studieplanen som faller innefor praksisbegrepet. Pasientkontakt i dag er alt fra kommunikasjonstrening, passiv kortvarig observasjon til langvarig deltagelse i autentisk praksis på lokalsykehus.

Følgende formuleringen i avsnittet om praksisstudier er uklar: «*Studentene skal i løpet av studietiden delta i arbeid i reelle situasjoner på alle nivå, inkludert sykehus, fastlege, legevakt, kommunal øyeblikkelig hjelp døgnenhet, helsestasjon, sykehjem og NAV*». Er dette knyttet til praksisstudier eller ikke? Spørsmålet ble stilt på høringskonferansen. Svaret tydet på at dette henvender seg til annen type pasientkontakt enn den man får gjennom praksisstudier.

Spørsmål 8) I hvilken grad er kravene i retningslinjen gjennomførbare innenfor rammene av en mastergradsutdanning? Vi ber særlig utdanningsinstitusjonene gi innspill på dette spørsmålet.

Kryss:

I liten grad

Begrunnelse:

Retningslinjen inneholder følgende formulering i avsnittet om formål: «*I tillegg til omfattende medisinsk ekspertise kreves inngående kompetanse i kommunikasjon, ledelse, samarbeid, folkehelse og samfunnsmedisin, forskning, formidling og akademisk tilnærming og profesjonalitet*». Dette blir utdypet i læringsutbyttene. Inngående kompetanse på alle disse områdene er ikke realistisk eller nødvendig i en grunnutdanning. Kompetanseområdene er ikke tilstrekkelig vektet i forhold til hverandre: man skal ha (like) inngående kompetanse for eksempel i formidling og ledelse som i profesjonalitet. Det blir feil. Dette kan bidra til en feilaktig oppfatning av hva en nyutdannet lege skal kunne. Innholdet i flere av læringsutbyttene er neppe gjennomførbare. For eksempel står det under medisinsk ekspertise «*Kandidaten .. 1. er i kunnskapsfronten innen alle vanlige sykdommer....*». Mange mener at man først er i kunnskapsfronten dersom man forsker på en tilstand/sykdom, og i kvalifikasjonsrammeverket er begrepet kunnskapsfronten

på ph.d. nivå. Kunnskapsfronten bør erstattet med inngående/bred eller annet begrep som bedre beskriver ønsket nivå.

Det er uklart hvordan man skal vurdere læringsutbyttene som oppfylt i utdanningen. Dette vil igjen være avhengig av en definisjon av hvordan læringsutbyttene bør måles som oppnådd. Derfor bør en retningslinje være en del av et helhetlig kvalitetssystem. En retningslinje alene vil ha begrenset virkning med mindre det blant annet følges opp av egnet tilsyn. En tolkning av innholdet i retningslinjens læringsutbytter kan være at det må gjøres større endringer i studieprogrammet, og at det vanskelig lar seg løse innenfor rammen av grunnutdanningen. Fokus kan komme til å dreie vekk fra innsatsfaktorer som er viktig for økt læringseffekt, som implementering av studentaktive læringsformer, formative tilbakemeldinger, og pedagogisk utvikling av det store antallet undervisere.

Spørsmål 9. I hvilken grad vurderes utkastet til retningslinje å ivareta kompetanse om samiske brukeres rett og behov for språklig og kulturelt tilrettelagte tjenester?

Kryss:

I stor grad

Begrunnelse:

Det synes unødvendig å gi en gruppe et eget læringsutbytte. Dette er imidlertid allerede forskriftsfestet i «Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger» i læringsutbytte 5 i §2.

Samene har en særstilling som urfolk, men utdanningene må ha like stor oppmerksomhet på ulike minoriteter, kulturer og legninger. Dette er dekket av læringsutbytte 2 i §2 i felles rammeplan, som i retningslinjen er sitert slik: «**kan anvende kunnskap om inkludering, likestilling og diskriminering slik at likeverdige helse- og velferdstjenester for alle grupper i samfunnet sikres, uavhengig av sosiokulturell bakgrunn, kjønn, alder, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk*».