



BARNEOMBUDET

Kunnskaps- og integreringsdepartementet (KD)
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Vår ref:
18/00596-2

Saksbehandler:
Frøydis Enstad

Dato:
6. juli 2018

Høringssvar - forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

Barneombudet takker for muligheten til å gi innspill til reviderte retningslinjer for helse – og sosialfagutdanninger. Nasjonale retningslinjer er viktig for å sikre at studentene får en utdanning som gir likt læringsutbytte på tvers av utdanningsinstitusjonene.

Vi hos Barneombudet har ikke forutsetning eller kapasitet til å vurdere spørsmålene slik de er formulert i Questbackundersøkelsen. Vi har imidlertid innspill av mer overordnet karakter, og sender derfor vårt høringssvar i denne e-posten til Kunnskaps- og integreringsdepartementet. Innspillet gjelder retningslinjene til alle utdanningene. Vi har opplyst om dette i Questbackundersøkelsen også.

Oppsummert ønsker Barneombudet at retningslinjene anerkjenner barns særskilte rettigheter slik de er fastsatt i FNs barnekonvensjon (heretter kalt barnekonvensjonen).

Barnekonvensjonen er en del av menneskerettighetene og gir barn og unge et særlig vern. Konvensjonen har dermed stor betydning for alle som gjennom sitt arbeid kommer i kontakt med barn og unge. Konvensjonen gjelder som norsk lov, jf. menneskerettsloven § 2. En av forpliktelsens som følger av dette er at Norge skal sette inn alle egnede tiltak for å sikre gjennomføringen av de rettighetene og pliktene som følger av konvensjonen, jf. art. 4.

Barneombudets mandat

Barneombudet skal i henhold til lov og instruks arbeide for at barns behov, rettigheter og interesser blir tatt tilbørlig hensyn til på alle samfunnsområder. Vi skal særlig følge med på at lovgivning til vern om barns interesser blir fulgt, og at norsk rett samsvarer med de forpliktelser Norge har etter barnekonvensjonen. Vi skal av eget tiltak, eller som høringsinstans, ivareta barn sine interesser i samband med planlegging og utredning på alle felter, foreslå tiltak som kan styrke barns rettsikkerhet, med mer. Barneombudets mandat er avgrenset til barn under 18 år.

Overordnet

Barneombudet mener at forslaget til nasjonale retningslinjer for helse og sosialfagutdanninger i for liten grad tydeliggjør hvilken kunnskap og hvilke ferdigheter som kreves for at de ulike yrkesgruppene utdanningene beskriver, skal kunne ivareta barns rettigheter på en forsvarlig måte. Retningslinjene oppfattes generelt som lite konkrete (kanskje med unntak av retningslinjene for sosionomutdanningen), og det er tidvis vanskelig å forstå hva slags ferdighet kandidaten skal sitte igjen med.

I forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger § 2 om felles læringsutbytte, står det blant annet at kandidaten: har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer. Kandidaten skal kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov (pkt. 7). Og videre, at kandidaten har kunnskap om barn og unge og er en utøver som ivaretar deres behov for behandling og/eller tjenester og kan sikre deres medvirkning og rettigheter (pkt.9).

Etter Barneombudets gjennomgang av retningslinjene er det vår klare oppfatning at de ulike utdanningene i svært ulik grad har innarbeidet og konkretisert disse læringsutbyttene. Basert på dette har Barneombudet utarbeidet et felles høringssvar til alle utdanningene knyttet til 1) ivaretagelse av barns rettigheter slik de er fastsatt i barnekonvensjonen og 2) kunnskap og ferdigheter som kreves for å oppdage og handle ved mistanke om at barn blir utsatt for, eller står i fare for å bli utsatt for omsorgssvikt, vold og/eller overgrep, 3) samarbeid og kunnskap om andre tjenester, og 4) tilpasning til et flerkulturelt samfunn.

Alle yrkesgrupper som er beskrevet i retningslinjene til helse- og sosialfagutdanningene vil komme i kontakt med barn, i større eller mindre grad enten direkte, eller indirekte gjennom barn som pårørende. Det er derfor svært viktig at alle utdanninger gir en grunnleggende kunnskap om barns rettigheter, slik de er fastsatt i ulike lovverk og barnekonvensjonen. Barns rett til helse, et godt helsetilbud, funksjonshemmede barns rett til et fullverdig og anstendig liv, barns rett til rehabilitering og barns rett til beskyttelse mot vold er eksempler på rettigheter fastsatt i barnekonvensjonen. Barnekonvensjon er norsk lov, og det er nødvendig at alle yrkesgrupper kjenner til hva rettighetene betyr i deres arbeid. Konvensjonen har fire grunnleggende prinsipper som skal være førende i alle saker om barn; barns beste skal være et grunnleggende hensyn i alle handlinger som berører barn (artikkel 3), alle barn har rett til liv og utvikling (artikkel 6) og vern mot diskriminering (artikkel 2), samt at barn har rett til å gi uttrykk for sin mening og denne skal tillegges vekt i tråd med barnets alder og modenhet (artikkel 12).

Barnekonvensjonen artikkel 4 krever at statene skal sikre at fagpersoner har kunnskap om konvensjonens innhold, men også ferdigheter i hvordan rettighetene og prinsippene skal ivaretas. Staten plikter å lære opp alle yrkesgrupper som arbeider med barn for å gjennomføre disse rettighetene i praksis. FNs barnekomité har i generell kommentar nr. 5, om gjennomføringen av konvensjonen, presisert at opplæring og kompetanseutvikling er viktig for implementeringen av konvensjonen.

FNs barnekomité, som overvåker statenes oppfyllelse av barnekonvensjonen, uttalte senest i juni 2018 at Norge må gjøre en ytterligere innsats for å sikre kunnskap om barns rettigheter hos alle som jobber med barn "(...) given that the training provided still does not fully cover all professional groups and is not systematic, and that the knowledge on the rights of the child among the relevant professional groups remains insufficient, the Committee, in line with its previous recommendations recommends that (...) the State party continue and strengthen systematic dissemination and training of all professional groups working for and with children, including personnel of childcare institutions, health personnel, social workers and law enforcement officials"¹. Her spiller rammeplanene og retningslinjene til de ulike helse- og sosialfaglige utdanningene en viktig rolle.

1. Om barns beste og barns rett til å bli hørt (barnekonvensjonens art. 3 og 12)

Det følger av artikkel 3 i barnekonvensjonen at barnets beste er et grunnleggende hensyn som alltid skal vurderes i alle saker som berører barn, både direkte og indirekte. Norge har også grunnlovsfestet prinsippet om barnets beste.

Vurderingen av barnets beste skal gjøres i lys av de rettighetene barna har gjennom barnekonvensjonen. Disse rettighetene utgjør en helhet forankret i barns rett til beskyttelse, liv og utvikling og deres rett til deltakelse. Barneombudet mener at barnekonvensjonen er et så sentralt verktøy for alle som gjennom sin jobb kommer i kontakt med barn og unge, at den skal nevnes eksplisitt i retningslinjene. For å kunne vurdere barnets beste i alle sakene som angår dem, er den en forutsetning at kandidaten har grunnleggende kunnskap om barns rettigheter, og særlig knyttet til vurderingen av barnets beste innenfor disse rettighetene og de praktiske konsekvenser som bør følge av rettighetene.

Plikten til å vurdere barns beste innebærer videre at man hører barnet. Det følger av artikkel 12 i barnekonvensjonen at barn har rett til å bli hørt, rett til informasjon og rett til medvirkning i alle saker som berører barnet. Dette gjelder både saker som angår barn direkte, men også saker som berører barn indirekte (for eksempel barn i familier som får økonomisk støtte fra NAV, barn som pårørende m.fl.). Dette stiller igjen krav til kompetanse og ferdigheter knyttet til det å ha samtaler med barn og unge. Barneombudet mottar fremdeles rapporter og henvendelser fra barn og unge om at man i altfor liten grad hører barn i saker som angår dem. Det må derfor etter vår mening være en rød tråd i alle retningslinjene at barn har rett til å bli hørt, og et ferdighetskrav at kandidaten skal kunne snakke med barn, og er trygg på det å ha samtaler med barn. Særlig vil vi understreke at studentene får praktisk trening i å snakke med barn og ungdom, både om hverdags ting og om vanskelige temaer, som f.eks. foreldres sykdom, egen sykdom, om det å være utsatt for vold, omsorgssvikt eller seksuelle overgrep.

- Barneombudet mener at barnekonvensjonen bør omtales som et gjennomgående tema i retningslinjene. Studentene må selv kjenne til barnekonvensjonen, de må ha god kompetanse om innholdet i konvensjonen, slik at deres praksis sikrer barns rettigheter. Beskrivelsene av læringsutbytte, både for generell kompetanse kunnskap, og ferdigheter til å bruke konvensjonen i praksis, bør omfatte barns beste og barns rett til å bli hørt og medvirke i saker som berører dem.

2. Kunnskap og ferdigheter knyttet til barn og unge utsatt for omsorgssvikt, vold og overgrep

Viktige forutsetninger for å ivareta barns rett til beskyttelse mot vold (barnekonvensjonen art. 19), er kompetanse i å oppdage og følge opp utsatte barn. Norge har også nettopp ratifisert Lanzarotekonvensjonen, som gir staten forpliktelser til å lære opp dem som skal arbeide med barnⁱⁱ.

Gjennom Barneombudets arbeid med fagrapporten «Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes» (2018)ⁱⁱⁱ snakket vi med barn utsatt for vold og overgrep som blant annet fortalte at de ikke ble fanget opp av helsepersonell, at de savnet helsepersonell som evnet å sette barnet i sentrum, om opplevelser av å ikke bli trodd. Barneombudet er bekymret for at voksne ikke evner å «se» barna og å ta sitt ansvar for å beskytte barn mot omsorgssvikt, vold og overgrep på tilstrekkelig alvor. Fordi det alltid vil være vanskelig for barn å fortelle hva de er utsatt for, er det viktig at det finnes voksne som gjenkjenner de signalene barn sender ut om at noe er galt.

Helsetjenestene er i en helt unik posisjon til å oppdage barn utsatt for omsorgssvikt, vold eller overgrep. Det er helt sentralt at alt helsepersonell har nødvendig kunnskap om omsorgssvikt, vold og overgrep mot barn, slik at de kan tolke barns signaler og være trygge på hva de skal gjøre. Helsepersonell må vite at de må snakke med barnet alene, og de må trene på å snakke med barn om vanskelige ting. Det viktig at helsepersonell opplever å ha den kompetansen de trenger, og kjenner til hvilke støttesystemer som finnes på sin arbeidsplass for å drøfte tanker og bekymringer.

Alle, ikke bare helsepersonell, som gjennom sin jobb er i kontakt med barn og unge må ha en god forståelse av hvor viktige de er i arbeidet med å avdekke omsorgssvikt, vold og overgrep mot barn og unge. Det finnes i dag og kunnskap om hvordan omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep forstyrrer barnets utvikling og utgjør en stor risiko for fysisk og psykisk uhelse, og fare for å falle utenfor samfunnet. Følgene for den enkelte, og for samfunnet, er så store at det tilsier en storstilt satsing på å komme tidlig inn i problemforløpet for å bedre barnets situasjon her og nå, samt å forebygge videre problemutvikling. Barnevoldsutvalget utredning «Svikt og svik – Gjennomgang av saker hvor barnet har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt» (NOU 2017: 12) dokumenterte omfattende svikt av de mest sårbare barna, som ofte som ofte lever i årevis med omsorgssvikt, seksuelle overgrep, fysisk og psykisk vold, uten at samfunnet har grepet inn for å beskytte dem. Utvalget fremhever bedre kunnskap og kompetanse som et tiltak som må prioriteres. Barneombudet støtter dette og mener at kunnskap og kompetanse i tjenestene er en grunnleggende forutsetning for å lykkes med arbeidet mot vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn.

Barneombudet har gjennom mange år etterlyst at tilstrekkelig kunnskap om vold og seksuelle overgrep gjøres obligatorisk i utdanningen for grupper som gjennom sitt arbeid kommer i kontakt med barn og unge. FNs barnekomité skriver i den generelle kommentaren til artikkel 19 i barnekonvensjonen at barn hver dag utsettes for vold av et omfang og en intensitet som er alarmerende. Videre skriver de at tiltakene for å få slutt på volden må styrkes og utvides kraftig, slik at det kan settes en effektiv stopper for denne praksisen, som skader barnas utvikling og reduserer samfunnets evne til å løse konflikter på en ikke-voldelig måte. Primærforebygging av alle typer vold, gjennom det offentlige helsevesen, utdanning, sosiale tjenester og andre tilnærmingmåter, er av største betydning^{iv}. Barneombudet mener derfor at alle retningslinjene må stille krav til at kandidaten har kunnskap om omsorgssvikt, psykisk og fysisk vold og seksuelle overgrep og at det samtidig må stilles krav til ferdigheter i å oppdage og følge opp barn og unge utsatt for, eller som står i fare for å bli utsatt for, omsorgssvikt, vold og/eller overgrep.

- Barneombudet mener at alle de helse- og sosialfaglige retningslinjene bør beskriver læringsutbytte (kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse) om omsorgssvikt, vold og overgrep. Kandidaten skal vite hvordan man oppdager omsorgssvikt, vold og overgrep, og hva man skal gjøre når man har bekymring for dette.

2.1 Opplysningsplikt og avvergeplikt

I tillegg til kunnskap om å oppdage omsorgssvikt, vold og overgrep, må alle tjenester ha inngående kunnskap om opplysningsplikten og avvergeplikten. Alle må vite hva en bekymringsmelding er, og hvordan man sender en slik melding. Barneombudets inntrykk er at taushetsplikten er velkjent blant ansatte i helse- og sosialsektoren. Opplysningsplikten overfor barnevernet går imidlertid foran taushetsplikten, fordi opplysningene kan være nødvendige for barnevernet for å kunne hjelpe utsatte barn og unge. Opplysningsplikten til barnevernet er regulert både i barnevernloven § 6-4 og i tilsvarende bestemmelser i særlover som gjelder de ulike offentlige tjenester og ulike yrkesutøvere. For helsepersonell er opplysningsplikten særlig regulert i helsepersonelloven. 1. juli 2018 trer også endringer i bestemmelsen om opplysningsplikt til barnevernet og endringer i helsepersonelloven § 33 i kraft. Disse endringene klargjør og forenkler bestemmelsene med det formål å gjøre dem lettere å forstå og anvende. Denne forenklingen skjer blant annet på grunnlag av erfaringer med at det er en betydelig underrapportering til barnevernet fra helsetjenestene og andre virksomheter som har mange barn og voksne med barn som brukere/pasienter.

Det er også viktig at alle som jobber med barn har kunnskap om avvergeplikten etter straffeloven § 196, Avvergeplikten innebærer at alle, uavhengig av stilling og taushetsplikt, har plikt til å varsle dersom de har kjennskap til at det kan skje grov kriminalitet slik det er

definert i paragrafen. Lovteksten er vanskelig tilgjengelig, ikke desto mindre er det viktig at alle vet at man har plikt til å melde fra dersom man har mistanke om at barn kan bli utsatt for grov vold eller overgrep.

Det er også viktig at alle som jobber med barn kjenner til muligheten for å holde informasjon tilbake fra foreldre der det er utilrådelig at de får kjennskap til, jfr. forvaltningslovens § 19.

Etter Barneombudets erfaring opplever mange at de ulike regelverkene kan være vanskelig å håndtere i praktiske situasjoner. Det er derfor av stor betydning at studentene får inngående opplæring i disse regelverkene og at de gjennom studiet får trening i hvordan regelverkene anvendes i praksis. Barneombudet mener derfor at helsepersonells plikt til å opplyse og avverge bør omtales eksplisitt i retningslinjene.

- Barneombudet mener opplysningsplikt og avvergeplikt bør omtales spesifikt i retningslinjene. Kandidaten skal også ha ferdigheter knyttet til praktisk anvendelse av lovverkene.

3. Samarbeid og kunnskap om de andre tjenestene

I dag svikter ofte tjenestene rundt utsatte barn og unge fordi de ikke klarer å samhandle^v. Fremtidens utdanninger må derfor sette fokus på samarbeidskompetanse og kunnskap om de andre tjenestene. De må løfte fram samarbeid mellom tjenester, inkludert rettighetene til en individuell plan. Individuell plan er ment å være et verktøy for samarbeid mellom tjenester og den som har behov for disse tjenestene. Forskrift om individuell plan er hjemlet i helse- og sosiallovgivningen. Retten til individuell plan er også hjemlet i NAV-loven og barnevernloven. For å få til et godt samarbeid mellom ulike tjenester til det beste for barnet, er det av avgjørende betydning at ulike instanser kjenner til hverandres oppgaver og myndighet, og er trygge på når og på hvilken måte man skal kontakte andre tjenester. Informasjon og opplæring i dette bør derfor inngå i de ulike utdanningene.

I forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger i § 2 om felles læringsutbytte står det at: (kandidaten) kan samhandle både tverrfaglig, tverrprofesjonelt, tverrsektorielt og på tvers av virksomheter og nivåer, og initiere slik samhandling (pkt. 4). Dette punktet er imidlertid i svært varierende grad bakt inn i retningslinjene til de ulike helse- og sosialfaglige utdanningene. Skal man lykkes i bedre samhandling må beskrivelsene av læringsutbyttet knyttet til dette punktet i alle utdanningene speile hverandre. Om samhandling bare er et tema hos barnevernspedagogene og sosionomene, men ikke hos fysioterapeutene og sykepleierne, vil det ha liten praktisk nytte.

- Barneombudet mener at læringsutbytte om samhandling og kunnskap om de andre tjenestene må være gjennomgående i alle retningslinjene og speile hverandre.

4. Utdanningene må tilpasses et flerkulturelt samfunn

For å sikre hele befolkningen likeverdige tjenester og unngå diskriminering er det helt avgjørende at man sikrer at utdanningene legger et godt grunnlag for å arbeide med familier med ulike kulturelle bakgrunner. Dette bør være en rød tråd gjennom hele utdanningsløpet. Forelesere og veiledere bør ha oppdatert kunnskap om kultur, kulturelle praksiser samt særskilte rettigheter minoriteter har i møtet med helse- og sosiale tjenester (eks. bruk av tolk, men at barn ikke skal brukes som tolk).

Barneombudet erfarer at helse- og sosialutdanninger ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset et flerkulturelt samfunn. God kommunikasjon med brukere og pasienter er avhengig av god forståelse samt trygghet på egen rolle. I noen tilfeller vil man f.eks. kunne oppleve konflikter mellom kulturelle koder og praksis og hensynet til barnets beste.

FNs barnekomité har nylig uttalt en særlig bekymring for barn fra rom- og romanifamilier, både for at omsorgen for disse barn oftere blir overtatt av barnevernet enn for andre barn, og for at de mister sitt språk og sin kultur etter omsorgsovertakelse^{vi}.

- Kulturforståelse og -sensitivitet, samt særskilte rettigheter for urfolk og nasjonale minoriteter, må være et gjennomgående tema i beskrivelsene av læringsutbytte i alle retningslinjene. Nasjonale minoriteter bør nevnes som egen gruppe ved siden av etniske minoriteter og samer. Hensynet til barns beste må vektlegges særskilt.

Vennlig hilsen

Camilla Kayed
fagsjef

Frøydis Enstad
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og har derfor ingen signatur.

ⁱ Avsluttende merknader fra FNs barnekomité til Norge juni 2018

ⁱⁱ <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/0900001680084822>

ⁱⁱⁱ http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/03/Barn_og_unge_vold_og_overgrep.pdf

^{iv} Komiteen for bars rettigheter. Generell kommentar nr. 13 (2011). Barnets rett til frihet fra alle former for vold. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/fn_barnekonvensjon/barnekonvensjonen_generell_kommen_tar_nr_13_norsk_oversettelse.pdf

^v Se f.eks trygge foreldre-trygge barn Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018-2021 og Svikt og Svikt-NOU 2017:12

^{vi} Avsluttende merknader fra FNs barnekomité til Norge juni 2018

Nasjonalt fagråd for arbeid og helse skal styrke myndighetenes fagrolle ved å gi kunnskapsbaserte råd på fagområdet arbeid og helse. Fagrådet skal på oppdrag fra direktoratene, på selvstendig grunnlag, gi faglige råd av høy kvalitet og generelt bidra til å styrke samhandlingen mellom helse- og arbeids/velferdstjenestene.

Fagrådet mener det er viktig å øke kunnskapen om arbeid og helse i profesjonsutdanninger innen helse og sosialfag og ønsker derfor å levere innspill til høringsrunden for

Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS).

Særlig rettet mot sykepleier-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, sosionom- og vernepleierutdanningene.

Fagrådet konstaterer at de foreslåtte læringsutbytter, som er sendt på høring innenfor disse utdanninger, i begrenset omfang omfatter læringsutbytter innen fagfeltet «Arbeid og helse». Det har de senere årene vært et økt fokus på dette feltet og det nevnes f.eks. i Statsbudsjettet 2018 - kap. 740 at «Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal samarbeide om å utvikle arbeid-helseområdet som et fagfelt, herunder bl.a. bidra til å videreutvikle tjenester med god effekt til personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid». For å oppnå dette mener fagrådet at det bør mer fokus på fagfeltet i profesjonsutdanningene for å forberede helsepersonell på den rolle de kan få i arbeid på tvers av arbeids- og helsesektorer og utfordringene de kan møte i deres fremtidige virke.

I den nye 'Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger' (2017) er følgende felles læringsutbytte formulert i § 2;

Kandidaten:

(6) forstår sammenhengene mellom helse, utdanning, arbeid og levekår, og kan anvende dette i sin tjenesteutøvelse, både overfor enkeltpersoner og grupper i samfunnet, for å bidra til god folkehelse og arbeidsinkludering.

Fagrådet anbefaler at det utvikles læringsutbytter innen alle helse- og sosialfag som følger opp forskriften og er mer spesifikke på hva kandidatene skal kunne i forhold til et arbeidslivsperspektiv. Hver profesjon kan utvikle og evt spisse disse fra eget ståsted. Som utgangspunkt foreslås følgende konkrete læringsutbytter, som fagrådet mener kan være viktige på tvers av profesjoner:

Kandidaten:

Kunnskap

- Har bred kunnskap om sammenhenger mellom arbeid og helse og hvordan helse kan styrkes eller forverres gjennom arbeid.

Ferdighet

- Har ferdigheter i å kommunisere kunnskap om sammenhengen mellom arbeid og helse på en troverdig og empatisk måte i møte med den enkelte.
- Kan anvende relevante tiltak som bidrar til arbeidsinkludering

Generell kompetanse

- Kan kritisk vurdere vitenskapelig litteratur som beskriver sammenheng mellom arbeid og helse.
- Forstår egen og andre helseprofesjoners rolle og virkemidler i samspillet med NAV og arbeidslivet

Bakgrunn for økt fokus på «Arbeid og helse» fagfeltet

Sykefraværet i Norge er et av de høyeste i verden samtidig som vi har høy arbeidsdeltakelse (OECD, 2012). Som en del av avtalen om et inkluderende arbeidsliv er det innført en rekke endringer i sykelønnsordningen for å få ned antatt unødvendig sykefravær. Dette er i første rekke samfunnsøkonomisk begrunnet (Mykletun et al., 2010). Det finnes også helsefaglige argumenter for at arbeidsdeltakelse kan ha positive virkninger (Dahl et al., 2014).

- Arbeidsdeltakelse kan gi en rekke helsefremmende effekter (van der Noordt et al., 2014; Waddell & Burton, 2006).
- Deltagelse i arbeidslivet, skole og studier er potensielt viktige kilder til anerkjennelse, fellesskap og identitet.
- Arbeid kan fremme psykisk helse ved å gi rammer, menneskelig kontakt og mening, mens langvarig sykefravær og uførhet motsatt kan bidra til å forverre mentale problemer (Alonso et al., 2004; Layard et al., 2006; OECD, 2012; Overland et al., 2006).
- For sykmeldte med muskel- og skjelettplager kan gradvis og kontrollert retur til arbeid i seg selv påvirke helsen og dermed funksjonsevnen positivt (Cullen et al., 2017; Waddell & Burton, 2006). Retur til arbeid for arbeidstakere med muskel- og skjelettplager fremmer rekonvalesens og rehabilitering, og kan således ha en terapeutisk effekt.
- Arbeid er for de fleste den viktigste kilden til økonomiske og materielle ressurser, som igjen er forbundet med helse (Elstad, 2005).

Helsekonsekvenser av tap av arbeid og helse basert på studier av arbeidsledighet viser sammenhenger mellom arbeidsløshet og helsevansker (Fryers, Melzer & Jenkins, 2003; McKee-Ryan et al., 2005), mens retur til arbeid synes å gi bedring i helse (Thomas, Benzval & Stansfeld, 2005). Psykososiale, strukturelle og økonomiske forhold ved arbeid inngår som viktige forklaringsmodeller (Janlert & Hammarström, 2009).

Flere generelle faglige prinsipper understøtter praktisk og samtidig arbeid med sammenhengene mellom arbeid og helse: Full sykemelding kan føre til isolasjon og mangel på aktivisering og struktur. Fravær og hvile kan være nødvendig ved noen sykdommer, men ved mange lidelser, både psykiske og somatiske, er nærvær og aktivitet viktig. Full sykemelding og råd fra helsepersonell om å bli helt frisk innen man går tilbake i arbeid kan gi medisinsk-faglig legitimitet til en unnvikelsesatferd som forsterker problemene og reduserer muligheten for problemløsning og mestring på arbeidsarenaen. Eksponering kan være en sentral komponent i behandlingen, mens unngåelse holder problemene ved like og det er ofte viktig at personen ikke mister kontakten med sin arbeidsplass og det strukturerte samspillet med andre mennesker som jobben innebærer. Fravær fra arbeid kan altså i seg selv ha negative helsekonsekvenser og det er viktig at helsepersonell kan bidra med kvalifiserte vurderinger av helsekonsekvenser ved både å stå i jobb og ved å ikke stå i jobb.

Sammenhengen mellom lengde på sykefravær og risiko for ikke å returnere til arbeid er vist i flere studier. Sammenhengen er delvis triviell fordi mange vil ha maksimal lengde på sykefravær før overgang til varige trygdeytelser. Det er likevel argumentert med at behandling (og å stå på venteliste), for mange sykmeldte kan redusere sannsynligheten for retur til arbeid. Pasientens forventninger til muligheten for å returnere til arbeidslivet er en prediktor for faktisk retur ved vanlige psykiske lidelser (De Viries et al., 2017; Løvik et al., 2014), i likhet med hva man har funnet ved ryggsmarter (Reme et al., 2009). Slike forventninger kan i seg selv endres under lange sykefraværsløp, og dermed være relevant for oppfølgingen.

Tradisjonelt er det ofte lagt opp til et behandlingsforløp med sykemelding mens plagene behandles, og tiltak for retur til arbeid når man er frisk. I praksis vil behandleren rette oppmerksomheten mot

lidelsen og tiltak for å avhjelpe den, og i mindre grad adressere tilbakevending til arbeid. Først når symptomene har avtatt betraktelig, blir tilbakevending til jobb et viktig tema, gjerne i siste fase av behandlingen. Det er imidlertid ofte ugunstig med en slik sekvensiell tilnærming. Det er bedre å legge vekt på integrerte og parallelle tiltak. Det må ikke gå for lang tid før pasienten starter med gradvis tilbakevending til arbeid, og da gjerne med gradert sykemelding og eventuelt også dialog med arbeidsplassen som virkemiddel, eventuelt et aktivt samarbeid med NAV dersom personen har falt ut av arbeidslivet. Årsaker til sykmelding kan også ha sentrale og direkte arbeidsrelaterte årsaker slik som konflikter eller krenkelser på arbeidsplassen eller belastninger i kombinasjonen av arbeid og privatliv.

En forutsetning for å lykkes i behandling og rehabilitering er gjerne et godt samarbeid mellom personen selv og arbeidsplassen, og mellom helsepersonell og personell i NAV. Det er inngått samarbeidsavtaler mellom helseregionene og NAV i hele landet, der arbeidsperspektivet er innarbeidet. Disse samarbeidsavtalene er basert på «Arbeid og helse – et tettere samvirke» (<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-og-helse-et-tettere-samvirke>).

Referanser

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S. et al. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, 420, 38–46.
- Cullen, K. L., E. Irvin, A. Collie, F. Clay, U. Gensby, P. A. Jennings, S. Hogg-Johnson, V. Kristman, M. Laberge, D. McKenzie, S. Newnam, A. Palagyi, R. Ruseckaite, D. M. Sheppard, S. Shourie, I. Steenstra, D. Van Eerd, and B. C. Amick. 2017. 'Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners', *Journal of Occupational Rehabilitation*: 1-15.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt* (Hovedrapport). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- De Viries, Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A. & Wegewitz, U. (2017). Determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders: A scoping review. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56, 787–793.
- Elstad, J. I. (2005). *Gradientutfordringen*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders – A systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 229–237.
- Janlert, U. & Hammarström, A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 9:235 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-235>.
- Layard, R., Bell, S., Clark, D.M., Knapp, M., Meacher, M., Priebe, S., Turnberg, L., Thornicroft, G. & Løvik, C., Øverland, S., Hysing, M., Broadbent, E., Reme, S. E. (2014). Association between illness perceptions and return-to-work expectations in workers with common mental health symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 160–170.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R. & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53–76.
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). *Rapport 2009:4 Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- OECD (2012). *Sick on the job?: Myths and realities about mental health and work*. Mental Health and Work, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264124523-en
- Overland, S., Glozier, N., Maeland, J.G., Aaroe, L.E. & Mykletun, A. (2006). Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC. Public Health*, 6, 219.
- Reme, S. E., Hagen, E. M. & Eriksen, H. R. (2009). Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10. doi: 10.1186/1471-2474-10-139.

Thomas, C., Benzeval, M. & Stansfeld, S. A. (2005). Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 243–249.

van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M. & Proper, K. I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 71, 730–736.

Waddell, G. & Burton, A. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: Stationery Office.

Formatert: Engelsk (USA)



Kunnskapsdepartementet

postmottak @kd.no

Deres ref:

Vår ref: 18/2447

Dato: 20.06.18

Høring – forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

Det vises til Kunnskapsdepartementet (KD) brev av 20. april d.å. vedrørende forslag til nasjonale retningslinjer for åtte helse- og sosialfaglige utdanninger. De åtte aktuelle er barnevern-, bioingeniør-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, radiograf-, sosionom-, sykepleier- og vernepleierutdanningene.

Legeforeningen har bedt høringsinstansene i Legeforeningens organisasjon om å komme med innspill til høringen, og høringsinnspillene ble behandlet av Legeforeningens sentralstyre 19. juni. Innspillene er lagt til grunn ved utarbeidelsen av Legeforeningens uttalelse.

Arbeidet er et resultat av innføring av forskrift om felles rammeplan for alle de 19 helse- og sosialfaglige grunnutdanningene som ble innført i september 2017. Legeforeningen støttet ikke innføring av rammeplan. Det vises til Legeforeningens brev av 7. april 2017.

Med henvisning til forskriftens § 4 skal det utarbeides nasjonale retningslinjer for hver enkelt av utdanningene. Legeforeningen vil på generell basis kommentere følgende til nasjonale retningslinjene som nå foreligger.

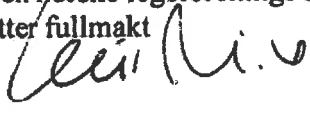
Det er viktig at de nasjonale retningslinjene er retningsgivende for utformingen, innholdet og gjennomføringen av utdanningen av de åtte utdanningene som det her er utarbeidet nasjonale retningslinjer for. De må være dynamiske. De må kunne ta høyde for faglig utvikling og nye behov i årene fremover, selv om de kan/skal revideres med jevne mellomrom.

Hovedinntrykket er at retningslinjene er formulert i et for generelt og abstrahert språk. De fremstår diffuse og lite konkrete. Skal retningslinjene fungere etter hensikten og sikre/ha som mål at brukerne, helse- og velferdstjenestene og sektormyndighetene det utdannes til, får større innflytelse, må retningslinjene utformes på en annen måte enn de som nå er utarbeidet. De må konkretiseres, detaljeres og kortes ned.

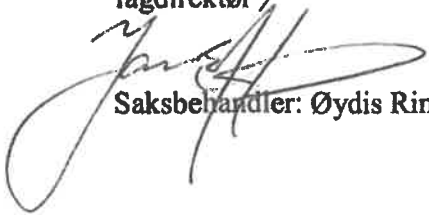
Det er vanskelig å se hvordan retningslinjene i sin nåværende form vil kunne bli et godt

verktøy i et nytt styringssystem.

Den norske legeforenings sentralstyre
Etter fullmakt


Geir Riise
generalsekretær


Bjarne Riis Strøm
fagdirektør


Saksbehandler: Øydis Rinde Jarandsen

Det kongelige kunnskapsdepartement
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Saksbehandler: Åshild Kise

Vår ref: 18/03204-2
Vår dato: 29.06.2018
Deres ref:
Deres dato:

Høring - forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

NOKUT viser til Kunnskapsdepartementets (KD) brev av 17. april 2018 (ref. 18/643).

Det er ikke hensiktsmessig at NOKUT kommenterer utkastene til retningslinjer for hver enkelt utdanning, og avgir på denne bakgrunn etter avtale med Natalina Heia (KD), én overordnet uttalelse for alle retningslinjene samlet.

NOKUT har følgende tilbakemelding når det gjelder hva som bør føyes til i retningslinjene:

- KD bør tydeliggjøre at studietilbudene ved den enkelte institusjon skal utformes i samsvar med krav i forskrift om tilsyn med utdanningskvaliteten i høyere utdanning (studietilsynsforskriften). Dette innebærer blant annet at institusjonene har ansvar for å utforme et samlet læringsutbytte for studietilbudet og utforme innhold og emner basert på læringsutbyttebeskrivelser i rammeplan og nasjonale retningslinjer.
- KD bør tydeliggjøre hva det innebærer at retningslinjene skal være førende samtidig som det skal være handlingsrom innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell praksis.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Med hilsen

Terje Mørland
direktør

Øystein Lund
avdelingsdirektør

Dokumentet er elektronisk signert.



**DET KONGELIGE BARNE-
OG LIKESTILLINGSDEPARTEMENT**

Kunnskapsdepartementet
Pb. 8119 Dep
0032 OSLO

Deres ref
18/643

Vår ref
18/1555-4

Dato
29. juni 2018

Høring - Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger - (RETHOS) - innspill fra BLD

Vi viser til brev av 17.04.18 vedrørende ovennevnte sak.

Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) har følgende innspill til høringen:

Det følger av forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger at kandidatene blant annet:

- *har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer. Kandidaten skal kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov.*
- *har kunnskap om barn og er en utøver som ivaretar barnets behov for behandling og/eller tjenester og kan sikre barns medvirkningsmuligheter*

Etter BLDs vurdering er det viktig at disse punktene ivaretas i de nasjonale retningslinjene for de ulike helse- og sosialfagutdanningene.

Kunnskap og ferdigheter til å samtale med barn og unge om vold og overgrep

De nasjonale retningslinjene bør ikke bare understreke at kandidatene har *kunnskap* om vold og overgrep mot barn og unge, men også at kandidatene skal ha *ferdigheter* knyttet til å samtale med barn og unge om vanskelige temaer som f. eks. vold, overgrep og omsorgssvikt. Det er særlig viktig at dette innarbeides i retningslinjene for barnevernspedagog-, sosionom-,

Postadresse
Postboks 8036 Dep
0030 Oslo
postmottak@bld.dep.no

Kontoradresse
Akersgt. 59
www.bld.dep.no

Telefon*
22 24 90 90
Org.nr.
972 417 793

Avdeling
Plan- og
administrasjonsavdelingen

Saksbehandler
Camilla Børresen
Tjelflåt
22 24 24 11

sykepleier- og vernepleier-, ergoterapeut- og fysioterapiutdanningen. Disse yrkesgruppene er i en unik posisjon til å avdekke og forebygge vold og overgrep.

Å snakke med barn på en god måte om vanskelige temaer, er en av de største utfordringene i voldsarbeidet, og for yrkesutøvere som treffer barn og unge i sin hverdag. Dette er godt dokumentert i Barnevoldsutvalgets utredning NOU 2017: 12 *Svikt og Svik*. Mange av de mest alvorlige barnevoldssakene kunne vært oppdaget tidligere hvis barn ble snakket med og hørt. barnevoldsutvalget foreslår blant annet å gjennomføre et kompetanseløft i tjenestene om samtaler med barn og barns medvirkning. Videre foreslår utvalget at det utvikles rutiner for å sikre samtale med barn og barns medvirkning i alle tjenester.

Kunnskap om barns rettigheter og hvordan sikre barns medvirkning

Samtlige retningslinjer bør stille krav om at kandidatene skal ha *kunnskap om barns rettigheter og hvordan sikre barns medvirkning*. Vi kan ikke se at dette er godt nok ivarettatt i alle retningslinjene.

For sosionomutdanningen og sykepleierutdanningen bør det stilles tydeligere krav om at kandidaten skal ha *kunnskap om barns rettigheter og hvordan sikre barns medvirkning*.

For barnevernsutdanningen bør det stilles tydeligere krav om kunnskap om hvordan sikre barns medvirkning.

Vi viser til at FNs barnekomites anbefaler at opplæring i FNs barnekonvensjon bør inngå i helse- og sosialfagutdanningene, jf. concluding observations som Norge mottok 1. juni 2018.

Her fremgår blant annet:

" 10. The Committee notes with appreciation the efforts taken to provide training on the Convention to relevant professionals. However, given that the training provided still does not fully cover all professional groups and is not systematic, and that the knowledge on the rights of the child among the relevant professional groups remains insufficient, the Committee, in line with its previous recommendations (CRC/C/NOR/CO/4, para. 18) recommends that:

3

(a) Teachings on the Convention be a part of the school curricula at all levels;

(b) The State party continue and strengthen systematic dissemination and training of all professional groups working for and with children, including personnel of childcare institutions, health personnel, social workers and law enforcement officials;

(c) Awareness of children's rights is raised in the policy making bodies and the administration of municipalities."

Se mer her:

http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/NOR/CRC_C_NOR_CO_5-6_31367_E.pdf

Kunnskap om FNs barnekonvensjon er kun eksplisitt nevnt i utkast til retningslinjene for barnevernutdanningen.

Med hilsen

Helga Berit Fjell (e.f.)
ekspedisjonssjef

Camilla Børresen Tjelflåt
rådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer



Byrådssak /18

Saksframstilling

Vår referanse: 2018/21425-4

Høringsuttalelse - Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

Hva saken gjelder:

Kunnskapsdepartementet har sendt Bergen kommune forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) på høring. Høringsfrist er 01.08.18. Etter politisk behandling i Bergen kommune vil høringen bli besvart i Questback rapport hvor samtlige kommentarer/politiske vedtak vil bli lagt inn som tekst.

Høringsfrist: 01.08.18

Byrådets vurdering og forslag til høringsuttalelse:

Byrådet har som en prioritert oppgave at byens innbyggere får gode helse- og sosialtjenester. En grunnleggende forutsetning for dette, er at helse- og sosialfagutdanningene har god kvalitet.

Med kvalitet mener Byrådet at helse- og sosialfagutdanningene er kunnskapsbasert, godt forankret i kommunenes kompetansebehov og ikke minst brukernes behov for helsetjenester. Helse- og sosialfagutdanningene skal gi den enkelte student basiskunnskap og basisferdigheter. I tillegg skal den enkelte student ha stor innsikt i etikk, kulturforståelse og etnisitet. Studentene skal etter utdanning ha grunnleggende kommunal systemkunnskap og kunnskap om nye verktøy som velferdsteknologi og digitale løsninger. Utdanningene må legges opp med god og tilstrekkelig praksisutplassering i kommunesektoren.

Begrunnelse for framleggelse til bystyret:

Byrådets fullmakter § 7:

Byrådet avgir høringsuttalelser på vegne av Bergen kommune. Høringsuttalelser i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av bystyret.

Saken anses å være prinsipiell og innebære politiske avveininger.

Forretningsutvalget har i møte 02.05.18 i sak 81/18 fattet følgende vedtak:

«3. Komite for helse og sosial innstiller til bystyret som avgir høringsuttalelse til «Høring – Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger».

Byrådet innstiller til bystyret å fatte følgende vedtak:

Bergen kommune avgir høringsuttalelse til «Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger» slik den fremkommer av byrådets forslag.

Dato: 16. mai 2018

Harald Schjelderup
Byrådsleder

Rebekka Ljosland
Byråd for helse og omsorg

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Vedlegg:

Høring fra Kunnskapsdepartementet

Høringnotat

Høringsspørsmålene

Barnevernspedagogutdanningen

Bioingeniørutdanningen

Ergoterapeututdanningen

Fysioterapeututdanningen

Radiografutdanningen

Sosionomutdanningen

Sykepleierutdanningen

Vernepleierutdanningen

Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene

Saksframstilling

Innledning:

Kunnskapsdepartementet har sendt ut til høring «Nasjonale retningslinjer for helse og sosialfagutdanningene». Retningslinjene er sendt ut til ca. 800 høringsinstanser. Høringsfrist er 01.08.18.

I den fasen av arbeidet har departementet sendt ut «Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene» for disse utdanningene:

Barnevernspedagogutdanningen

Bioingeniørutdanningen

Ergoterapeututdanningen

Fysioterapeututdanningen

Radiografutdanningen

Sosionomutdanningen

Sykepleierutdanningen

Vernepleierutdanningen

Bergen kommune har ikke innspill til bioingeniørutdanningen og radiografutdanningen fordi dette er utdanninger som i liten grad rekrutteres til i kommunene.

Det utarbeides nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningen utfra gjeldende Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. Forskriften gjelder for universiteter og høyskoler som gir helse- og sosialfagutdanninger, og som er akkreditert etter lov om universiteter og høyskoler § 1 – 2 og § 3 – 1.

I henhold til § 2 i forskriften skal kandidatene etter fullførte helse- og sosialfagutdanninger ha læringsutbytte i 12 spesifiserte læringsmål som er i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. Læringsmålene er omfattende, og kandidatene skal ha kunnskap om både etikk- og relasjonskompetanse og komplekse samfunnsforhold.

Det fremkommer av forskriftens § 4 at det skal fastsettes nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene. Retningslinjene skal inneholde formålsbeskrivelse, læringsutbyttebeskrivelse i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk og krav til oppbygging av studiene for den enkelte utdanning. Retningslinjene kan også stille krav til praksisdelen av utdanningene.

Retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene. Det skal være handlingsrom innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell tilpasning ved den enkelte institusjon.

De nasjonale retningslinjene skal sikre at helse- og velferdsmyndighetene og sektormyndighetene på ulike nivå skal få økt innflytelse på disse utdanningene. Nasjonale retningslinjer skal også ivareta behovet som brukerne av tjenestene og andre aktører har for innflytelse. Et tredje hensyn som skal ivaretas er å legge grunnlag for et likeverdig samspill mellom undervisningssektoren og helse- og sosialsektoren. Dessuten skal universitetene og høyskolene sikres faglig frihet med hensyn til metode og undervisningsformer. Retningslinjene er utarbeidet i grupper med representasjon fra blant annet UHR-sektoren, spesialisthelsetjenestene og primærhelsetjenestene.

Høringssvaret – Bergen kommune

Retningslinjene er forskjellige og har gode tema, poenger og formuleringer hver for seg. Generelle tema for alle retningslinjene kommenteres først i vårt høringssvar. Del to av

høringssaken er spesielle forhold ved de enkelte utdanningene som Bergen kommune kommenterer.

Generelle tilbakemeldinger:

Kompetanse om rus og psykiatri:

Bergen kommune mener at retningslinjene vier for lite fokus på psykisk helse og/eller rusrelaterte problem. Dette er en allmenn generell og kompleks utfordring som kommunene møter i alle sine tjenesteområder, og derfor bør være et viktig kompetanseområde i alle helse- og sosialfaglige yrkesprofesjoner.

Praksisutplassering:

For å sikre et godt læringsutbytte bør praksis omtales i alle retningslinjer. Det er viktig at praksisen foregår der pasienten i hovedsak befinner seg. Primær/kommunehelsetjenesten er underbenyttet som praksisarena. Omfang av praksis varierer for disse åtte studieprogrammene. For flere av utdanningene bør det være et mål å øke omfanget av praksis. Praksis må være kunnskapsbasert og det må være kompetansekrav for veiledere for alle utdanningene.

Bergen kommune mener det er helt avgjørende at sosionomer og andre helse- og sosialfaglige yrkesgrupper som potensielt skal arbeide i barnevernet har obligatorisk og veiledet praksis i barnevernet. Det er i dag stor variasjon i hvilken praksis sosionomstudentene får rundt om i landet, og i for liten grad praksis i barnevernet. Bergen kommune vil i så fall strekke seg langt for å ta imot flere studenter i praksis. Praksis i barnevernet er en særdeles viktig erfaring å ha med seg i alt sosialt arbeid.

Kompetanse om det kommunale system:

Helse- og sosialfaglige utdannelser er rettet mot svake og/eller sårbare grupper. Dette gjør det spesielt viktig å ha grunnleggende systemkunnskap som innsikt i politiske og administrative beslutningsprosesser og forstå betydningen av maktstrukturer i samfunnet. Kandidater fra disse studiene må også forstå organisasjon, ledelse og styringsstrukturer. Noen av retningslinjene har gode og konkrete formuleringer innen dette området, disse kan med fordel benyttes i flere.

Etikk, kulturforståelse og etnisitet:

For å kunne bidra til likeverdige tjenester for alle innbyggerne uavhengig av etnisitet, språk, religion, kjønn/sekseuell legning mv. bør kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering være viktige tema i alle utdanningene. Noen av retningslinjene har gode og konkrete formuleringer innen dette området, disse kan med fordel benyttes i flere. Å vurdere personlig egnethet bør også være en svært viktig del underveis i disse utdanningene.

Velferdsteknologi og digitalkompetanse:

For å kunne møte framtidsutfordringene på en måte hvor det ytes gode tjenester til innbyggerne må samfunnet ta i bruk ny teknologi. Det er derfor viktig at alle utdanninger i helse- og sosialfeltet gir kunnskap og kompetanse om velferdsteknologi, og hvordan slike verktøy kan benyttes til gevinstrealisering og økt produktivitet

Risikovurderinger:

Alle utdanninger må inneholde kompetansekrav til risikovurderinger og metoder for å melde, og følge opp uønskede hendelser systematisk. Avvikskultur er avgjørende for god kvalitet i tjenestene. Det er også viktig at det stilles strenge krav til kandidatene, og at det er en lav terskel for å stryke kandidater som klart ikke har en personlig egnethet i disse yrkene eller har tilfredsstillende kompetanse.

Tverrfaglighet:

Alle retningslinjene må ha med viktigheten og betydningen av tverrfaglig samarbeid, og kandidatene må lære verktøy for å oppnå dette.

Dokumentasjon:

Riktig og tilstrekkelig dokumentasjon i saker er en stadig viktigere del i helse- og sosialsektoren, og avgjørende for kvaliteten på tjenestene. Noen av retningslinjene har gode og konkrete formuleringer innen dette området, disse kan med fordel benyttes i flere.

Kunnskapsbasering:

Helsetjenestene vil de neste 10-20 årene oppleve krevende krav til kostnadsreduksjoner. Kandidatene som møter tjenestene vil i større grad måtte prioritere tjenestenivå, og behovet for godt beslutningsgrunnlag må være godt forankret i utdanningene. Kompetanse på kunnskapsbasering av tjenestene er derfor et nødvendig kompetanseområde for alle utdanningene. Noen av retningslinjene har gode og konkrete formuleringer innen dette området, disse kan med fordel benyttes i flere.

Innspill til de enkelte utdanningene

Fysioterapeututdanningen

Når det gjelder fysioterapiutdanningen mener Bergen kommune at det foreligger et godt utgangspunkt. Utkastet til retningslinjene kan likevel i større grad ha fokus på innovasjon og utvikling. Dette innebærer å ha kunne nyttiggjøre seg ny kunnskap og teknologi i kommunikasjon og behandling, samt ta i bruk den enkelte brukers ressurser. Retningslinjen kan også fokusere mer på brukerperspektivet og på at bruker/pasients ressurser legges til grunn for igangsetting av tiltak. På den måten vil bruker bli ansvarliggjort og ha mer innflytelse på valg av tiltak. Bergen kommune ønsker større vekt på muskel- og skjelettplager i retningslinjen, som er der samfunnets kostnader er høyest. Praksisstudiet bør rettes inn mot tverrfaglige pasientforløp. Pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten er av kort varighet, ofte bare noen dager. Forløpet i primærhelsetjenesten er av lengre varighet, og det er viktig at studentene erfarer hele forløpet og ikke minst overgangene mellom disse. Praksisperiodene sidestilles i høringsutkastet med minst 7 uker, men praksisperioden for primærhelsetjenesten bør økes til 12 ukers varighet eller mer. Et annet alternativ er flere praksisperioder i primærhelsetjenesten fordelt på 2. og 3. studieår.

Selv om Bergen kommune mener at det er viktig med tverrprofesjonelle læringsmål, men dette må balanseres slik at det ikke går på bekostning av det fysioterapi-fagspesifikke innholdet i praksis.

Sosionomutdanningen

Generelt sett er retningslinjene gode, omfattende og dekker i all hovedsak de viktigste elementene i sosialt arbeid, men noen perspektiver kan styrkes både som kunnskapsområde og som læringsutbytte:

Barnefaglig kompetanse er i for liten grad uthevet. Riktignok har man en egen barnevernspedagogutdanning, men svært mange sosionomer arbeider i barnevernet og med barn i ulike sammenhenger. Utviklingspsykologi og barneperspektivet burde få en mer framtrædende rolle i utdanningen. I tillegg bør familier forstås mer i en sosial sammenheng enn de blir gjort i dag. Et styrket barneperspektiv i sosionomutdanningen, vil styrke kompetansen på barn som pårørende til psykisk syke foreldre, eller som barn av langtidsledige osv.

Språk og kommunikasjon er generelt sett ikke vektlagt, dette er en mangel. Her ligger en kime til utenforskap (og for eksempel radikaliserings), uhelse, og samfunnskonflikter framover.

Bergen kommune savner også et fokus på Recovery; I retningslinjene brukes ord som brukermedvirkning og involvering, dette synet blir noe snevert og burde vært erstattet av et gjennomgående Recovery-perspektiv. Praksis i barnevernet bør være obligatorisk for denne utdanningen.

Sykepleierutdanningen

Bergen kommune mener at retningslinjen for sykepleierutdanningen er et godt utgangspunkt, men vil spille inn noen momenter. Forskning viser at pasienter ikke alltid tør å be om hjelp til å dekke sine åndelige behov, selv om dette kan ha helsegevinster. For mange pasienter er troen det viktigste i livet, og derfor bør mer kunnskap og veiledning om åndelig omsorg inngå i sykepleierutdanningen. Det må også legges større vekt på kompetanse/kunnskap innen farmakologi. I høringsnotatet skal en sykepleier «kjenne til farmakologi» og «ha innsikt i forsvarlig legemiddelhåndtering». I retningslinjene bør det stå «ha kunnskap om farmakologi» og «ha kunnskap om forsvarlig legemiddelhåndtering».

Når det gjelder brukernes fremtidige behov mener Bergen kommune at det er behov en presisering i kunnskapsområde 1 (Helse og sykdom) under generell kompetanse: «Kan planlegge og utføre selvstendige vurderinger til hjemmeboende pasienter som mottar nødvendig helsehjelp i eget hjem.» Bergen kommune mener at det her mangler vurderingskompetanse, forbedringskompetanse og rehabiliteringskompetanse i utkastet til retningslinjen for sykepleierutdanningen.

Bergen kommune mener det er bra at det spesifiseres at basisfagene i anatomi, fysiologi osv. skal være i første studieår og fag som krever mer kunnskap og refleksjon legges til senere studieår. Retningslinjene er gjennomførbare innenfor rammene av en 3-åring bachelorutdanning, men vi stiller spørsmål ved om rom for å vektlegge basisfagene tilstrekkelig. Et større fokus på «pasientforløpstanken» og pasientens forløp gjennom de ulike tjenestene/nivåene er nødvendig.

Når det gjelder praksisstudier mener Bergen kommune at alternativ B er mest hensiktsmessig. Det tar gjerne en uke før studenter tilpasser seg et nytt praksissted. Å stille krav om at minst to uker av praksisperiodene skal være av 7-ukers lengde, vil bidra til at studentene får et bedre læringsmiljø og gi bedre tid til å gå dypere inn i kliniske problemstillinger. Det er viktig med kontinuitet slik at studentene kan følge pasienter/pårørende over tid, ikke bare gjennom døgnet.

Nasjonale føringer tilsier mer fokus på forebygging og tidlig innsats. Dette bør gjenspeiles i sykepleierutdanningen ved at utdanningsinstitusjonene må ha som mål at sykepleierne skal «ha bred kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid» (ikke bare har kunnskap om ...).

Bergen kommune savner et tydelig fokus på bruker- og pårørendeinvolvering i planlegging og evaluering av sykepleieutøvelsen. I henhold til intensjonene fra regjeringen skal en skape «Pasientens helsetjeneste». En vesentlig del av dette handler om Recovery i praksis, slik som f.eks. fokus på pasientens ønsker, ressurser og håp. Det bør derfor inn et sterkere fokus på Recovery.

Vernepleierutdanningen:

Bergen kommune mener at kompetanse innenfor tjenestemottakers selvbestemmelse, helse, ernæring, fysisk aktivitet, forskning og endringsarbeid er viktige kompetanser å ha med i vernepleierutdanningen og dette er ikke godt nok dekket i retningslinjen.

Bergen kommune savner et fokus på «Recovery»; I retningslinjene brukes ord som brukermedvirkning og involvering, dette synet blir noe snevert og burde vært erstattet av et gjennomgående Recovery-perspektiv.

Bergen kommune mener også at mer kunnskap og veiledning om åndelig omsorg bør inngå i vernepleierutdanningen, som argumentert for tidligere.

Ergoterapiutdanning

Når det gjelder fremtidige kompetansebehov mener Bergen kommune at aktivitet som metode, middel og mål, er trukket frem på en god måte. Og videre er områder som habilitering og rehabilitering trukket godt frem. Det kunne vært et større fokus på at ergoterapeuten ser brukers ressurser som avgjørende i forhold til å fremme aktivitet og god helse.

Bergen kommune mener det behov for et enda tydeligere kompetansemål når det gjelder ergoterapeutens behov for bred kunnskap om kroppens struktur, funksjon og utvikling som forutsetning for aktivitetsutførelse, deltagelse og helse. Dette er forutsetning for beste ergoterapi praksis.

Det er behov for noe lokal tilpasning, men det er viktig for profesjonen at læringsbyttebeskrivelsene er langt på vei standardisert og spisset. Dette har betydning når det kommer til faglig trygghet, samt at praksisfeltet kan forvente likhet kompetanse uavhengig hvilken utdanningsinstitusjon studenten har tilhørt.

Bergen kommune mener det er behov for mer konkrete krav til måloppnåelse for studentene i praksisperiodene. Krav til praksis på områder som folkehelsearbeid, habilitering- og rehabilitering, palliasjon, arbeid- og yrkesliv mm. Krav som i forhold til alders-/ brukergrupper, diagnoser, livsarenaer mm. Individuell oppfølging og gruppepraksis, tverrprofesjonelt samarbeid og samarbeidslæring i reelle samarbeidssituasjoner.

Bergen kommune vurderer mål for praksisstudier som er beskrevet år 1, 2 og 3 som gjennomførbare. Men det etterlyses mer konkretisering av innhold og hva som skal gjennomføres i praksisstudiene hvert studieår.

Barnevernspedagogutdanningen

Barnevernets samfunnsmandat er et av de mest komplekse og utfordrende av praksisfeltene. For å kunne ivareta de lovpålagte oppgavene, er barneverntjenesten avhengig av tillit i befolkningen. Bergen kommune mener at slik tillit blant annet bygges ved at utdanningene svarer på de kompetanseutfordringene som praksisfeltet krever. Bergen kommuner stiller derfor spørsmål ved om en 3-årig bachelorutdanning er tilstrekkelig som kvalifiseringsgrunnlag for ansettelse i kommunal barneverntjeneste. Bergen kommune ber derfor Kunnskapsdepartementet om å vurdere behovet for en utvidelse av utdanningen til eventuelt en masterutdanning som påbygging etter bachelorgrad for barnevernspedagoger og sosionomer.

Bergen kommune mener at behovet for kunnskap om hva traumatiske barndomsopplevelser – ikke minst tidlige utviklingstraumer – burde vært fremhevet som eget punkt. Bergen kommune mener videre at behovet for kompetanse om barnet i en kontekst (i familien, i nettverket, i samfunnet) kommer for lite frem. I tillegg til bred kunnskap om juss i barneverfaglig perspektiv mener Bergen kommune at utdanningen også må gi studentene bred kunnskap om forvaltningsrettslige prinsipper knyttet til barnevernets prosessuelle arbeid, innsyn og dokumentering.

Autorisasjon for barnevernspedagog og sosionomutdanningen

Bergen bystyre vedtok at det ønsker en autorisasjonsordning for barnevernspedagoger og sosionomer

«Barnevernspedagog- og sosionomutdanningane må underleggjast autorisasjonsordning. Desse to yrkesgruppene har ikkje medisinkompetanse, men dei arbeider med menneske i svært sårbare livssituasjonar. Autorisasjon vil gje ein status og eit samfunnsstempel til yrkesgruppene som er ei anerkjenning også til dei menneska barnevernspedagogar og sosionomar arbeider med om at dei har den ekstra kvalitetsgarantien berre autorisasjon kan gje».»

Bergen kommune ser at det er gjort et stort og nødvendig arbeid med retningslinjene, og ønsker de nasjonale retningslinjene velkommen. Vi håper at våre innspill sammen med andre innspill kan bidra til at helse- og sosialfagutdanningene vil bli gjort i stand til møte morgendagens utfordringer.

Innspill til høring på nye nasjonale retningslinjer for styring av læringsutbytte i helse- og sosialfagutdanninger; Fysioterapeututdanning.

Fysioterapeututdanningen ved institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap (INB), NTNU har diskutert og vurdert utkastet til nye nasjonale retningslinjer for fysioterapeututdanning. Vi vil her besvare de spørsmål som stilles til høringsinstansene. I tillegg vil vi benytte anledningen til også å gi innspill på forhold som ikke etterspørres men som vi erfarer er av betydning for fremtidens fysioterapeututdanning. Våre innspill er utformet i nært samarbeid mellom ansatte, ledere og studieprogramråd (som består av interne og eksterne representanter, samt student representanter) ved fysioterapeututdanningen ved INB, NTNU.

- 1) I hvilken grad vurderes utkastet å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad' 3

Begrunn svaret:

Samlet sett er utkastet svært omfattende og mangfoldig, noe som gir studentene innsikt i et sammensatt og mangfoldig helse- og sosialfelt. Dette er på mange måter bra. *Utfordringen blir imidlertid at med læringsutbyttebeskrivelser som strekker seg over et så spredt felt som det som skisseres i utkastet vil læringsutbytte på flere av områdene nødvendigvis bli svært overfladisk, mens det på andre områder ikke blir dypt nok. Vi er bekymret for at ved å spre læringsutbyttene over et så stort felt som her er skissert blir det fagspesifikke og kjernekompetansen i fysioterapi utvannet. Etter vår mening vil ikke tjenestene få den fagspesifikke fysioterapikompetansen de har behov for.*

- 2) I hvilken grad vurderes utkastet å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad' 3

Begrunn svaret:

Vår vurdering og begrunnelse er her den samme som for vårt svar på spørsmål 1, da kompetanse hos tjenesteyterne skal møte brukernes og samfunnets behov.

Vi savner en tydeliggjøring av behovet for handlingskompetanse i møte med brukere/pasienter i **alle sykdomsfaser og gjennom et helhetlig pasientforløp**. En forutsetning for dette er blant annet bred kunnskap innen sykdomslære.

Vi savner en presisjon når det gjelder deltakelsesperspektivet. Viser til 1. prikkpunkt, hvor vi ønsker følgende formulering: Undersøkelse, vurdering og diagnostisering knyttet til kropp, bevegelse, funksjon og deltakelse (ICF).

- 3) Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle' 5

Begrunn svaret:

Når det gjelder graden av detaljering på læringsutbyttebeskrivelsene vurderer vi disse som svært varierende. De fleste er forholdsvis åpne slik at hver enkelt utdanning kan legge inn konkret innhold og tilnærmingssåte for å oppnå utbyttene. Samtidig sier de noe om retning på utdanningen, samt nivå og vektning mellom de ulike læringsutbyttebeskrivelsene ved å angi grad av kunnskap eller ferdighet. På den andre siden finner vi også læringsutbyttebeskrivelser som er svært detaljerte, og som går utover det vi vurderer som hensiktsmessig og oppnåelig i en treårig grunnutdanning for fysioterapeuter. Noen eksempler på dette er i kunnskapsområdene IV og V med læringsutbyttene om omsorgssvikt, vold og overgrep, om hygiene og smittevern, og om samers rettigheter.

- 4) Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
Vi ønsker å knytte noen kommentarer til kunnskapsområde IV Folkehelse, da vi mener det her trengs en bedre presisering av dette området. Læringsutbyttene skaper uklarhet om hvordan folkehelse folkehelsearbeid er definert. Eksempler på dette er: a) Under Ferdigheter, pkt 3 om hjelpemidler. Vi mener at dersom dette læringsutbytte skal stå spesifikt i retningslinjene, hører det mer hjemme under kunnskapsområde III Habilitering og rehabilitering. b) Under generell kompetanse. Her mangler samfunns-/befolkningsspektivet og arbeid/strategier på systemnivå.
- 5) Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart? Ja ... **Nei X** Vet ikke ...

Begrunn svaret:

Vi mener at beskrivelsen av krav til praksisstudier er god og hensiktsmessig på de aller fleste punkter. Vi har imidlertid to innvendinger. Kulepunkt nummer fem om at studentene skal erfare realistiske samarbeidssituasjoner med studenter fra andre utdanninger er ønskelig og en god visjon. Den er imidlertid ikke gjennomførbart under de forutsetninger som ligger til grunn både for utdanning og praksisfelt slik det er i dag, og vi vurderer det som ganske langt frem i tid før forholdene ligger til rette for dette. Vi er også sterkt imot at det står at veileder for fysioterapistudenter som *hovedregel* skal være fysioterapeut. Vi mener at det er helt avgjørende at veileder for fysioterapeutstudenter i klinisk praksis selv må være autoriserte fysioterapeuter. Dette mener vi er en avgjørende forutsetning for å kunne gi relevant og faglig forsvarlig veiledning.

- 6) I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende' 5

Begrunn svaret:

Vi mener at den faglige bredden læringsutbyttebeskrivelsene gjenspeiler, er for omfattende til å kunne oppnås på en god faglig måte gjennom en tre-årig bachelor utdanning. Selv om de aller fleste læringsutbyttebeskrivelsene er gode i seg selv, mener vi at den faglige bredden de gjenspeiler går på bekostning av fysioterapi profesjonens faglige dybde og kjennetegn. Hadde vi hatt en fem-årig fysioterapeut utdanning kunne det vært oppnåelig med alle læringsutbyttene, men ikke innenfor en tre-årig bachelor

utdanning. Eksempler på læringsutbyttebeskrivelser som vi mener går utover en tre-årig grunnutdanning i fysioterapi kan være; IV Folkehelsearbeid, Kunnskap punkt 2, hvor vi mener punktum kunne vært satt ved første komma. Det samme gjelder punkt fem i samme kategori. Andre eksempler kan være; V Etikk og kulturforståelse, Kunnskap punkt 3 hvor vi mener det er mer relevant å ha et bredere fokus på minoriteter generelt.

- 7) Fysioterapeututdanningen er foreslått med 30 ukers praksis, hvorav minst 7 uker gjennomføres i hhv den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det stilles krav til innhold og til veilederkompetanse. I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad' 3

Begrunn svaret:

Praksisstudier er en avgjørende del av fysioterapeututdanningen og vi mener det er svært viktig at denne delen av studiet, som er såpass kompleks og ressurskrevende, har tydelige nasjonale føringer. Dette gjelder både antall uker praksis skal utgjøre, hvor i studiet hovedtyngden skal være, samt på hvilke faglige arenaer praksis skal foregå på. Utover dette mener vi det hadde vært mer hensiktsmessig, og mer i tråd med retningslinjene for øvrig, å beskrive læringsutbytter for praksisstudiene på de ulike arene fremfor hva de skal gjøre (se de tre siste kulepunktene). Når det gjelder veilederkompetanse, viser vi til vårt svar under punkt fem hvor vi presiserer behovet for at veiledere er autoriserte fysioterapeuter. Når det gjelder kravet om formell veilederkompetanse, anser vi dette som svært ønskelig, men også utfordrende. Utfordringen ligger i et stadig skiftende «veilederkorps», mange praksisveiledere jobber i små kommuner, ofte langt fra utdanningsinstitusjoner som kan tilby veilederutdanning. Det er derfor ønskelig med veilederutdanning som er lett tilgjengelig og uavhengig av geografi og økonomi.

- 8) I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad' 3

Begrunn svaret:

Praksisstudiene slik de er beskrevet anser vi som nær opp til dagens praksisstudier, og stort sett gjennomførbare, med unntak av kulepunkt fem og kravet om formell veilederkompetanse, slik som tidligere påpekt.

- 9) Er det andre høringsinnspill?

Vi mener at beskrivelsen av krav til studiets oppbygging er god og svært viktig. Spesielt kravene om at de ulike emnene skal bygge på hverandre, og at veiledet ferdighetstrening på utdanningsinstitusjonene er beskrevet eksplisitt. Vi savner imidlertid en større grad av detaljering når det gjelder studiets oppbygging. Det er et uttalt ønske fra studentene at de ulike fysioterapeututdanningene i Norge blir mer lik i oppbygging og struktur slik at det legges bedre til rette for studentmobilitet.

Samhandlingskompetanse er sentralt i fysioterapi og løftes også fram under formål i retningslinjen. Vi synes derfor det oppfattes for begrensende at læringsutbyttene innen kommunikasjon og samhandling er lagt under ett av kunnskapsområdene (III).

Videre mener vi det er av vesentlig betydning at det i retningslinjene stilles krav om at alle fysioterapeututdanningene i Norge skal ha minimum en klinisk-praktisk eksamen i slutten av studiet. Dette er den vurderingsformen som ligger tettest opp til en autentisk yrkeshverdag og som integrerer totaliteten i studiets læringsutbyttebeskrivelser. Den klinisk-praktiske eksamen er også en ressurskrevende vurderingsform som vi frykter kan stå i fare for å bli kuttet ut hos enkelte utdanningsinstitusjoner i trange økonomiske tider.

Vennlig hilsen

Fysioterapeututdanningen ved NTNU

v/studieprogramleder Sylvia Söderström

og studieprogramrådet v/Monika Haga, Vigdis Fuglesang og Randi Granbo

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 Oslo

Deres referanse
18/643-2

Vår referanse
18/109-8

Vår dato
18.06.2018

Høring Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

Det vises til Kunnskapsdepartementets (KD) henvendelse 17. april 2018 hvor Universitets- og høyskolerådet (UHR) inviteres til å avgi høringsuttalelse om departementets forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger. KD har valgt å be høringsinstansene om å besvare høringen gjennom et oppsett i Questback. Med det høye antallet aktuelle høringsinstanser er dette forståelig og opplegget kan være funksjonelt med utgangspunkt i en og en utdanning. UHR vil gi kommentarer både om tverrgående temaer mellom retningslinjeforslagene, og om den enkelte utdanning. For vårt formål opplever vi Questback-opplegget som en lite egnet metode for å få formidlet våre synspunkter. Vi har derfor valgt å levere høringsuttalelse i et ordinært dokumentformat.

UHR-Helse og sosial (UHR-HS) diskuterte høringssaken i sitt møte 2. mai samt i arbeidsutvalgsmøte 25. mai. Videre ble de 14 nasjonale fagorganene for utdanning og forskning innen helse- og sosialfag under UHR-HS invitert til å sende inn bidrag til arbeidet med høringssaken. Vi har mottatt bidrag fra de 8 fagorganene som høringsforslagene faglig sett gjelder. UHRs styre vedtok høringsuttalelsen i sitt møte 13. juni.

Vi har organisert høringsuttalelsen vår slik:

1. *Generelle kommentarer*
2. *Tverrgående kommentarer til retningslinjene*
 - Formålsbeskrivelse
 - Læringsutbyttebeskrivelser
 - Krav til studiets oppbygging
 - Krav til praksisstudier
3. *Avsluttende kommentarer*
4. *Utdanningsspesifikke kommentarer*

1. Generelle kommentarer

UHR støtter intensjonen med retningslinjene. Det er åpenbart en krevende balansegang å utarbeide retningslinjer som både skal ivareta tjenestenes kompetansebehov og opprettholdelse av UH-institusjonenes faglige autonomi. Det prinsipielle utgangspunktet for all høyere utdanning er at det er læringsutbyttebeskrivelsene som er det styrende elementet for valg av undervisningsmetoder, herunder simulering, ferdighetstrening, eksterne praksisstudier og vurdering av studentene. Helse- og sosialtjenestenes rolle i styring av utdanning er å bidra til utforming av læringsutbyttebeskrivelser på studieprogramnivå.

Postadresse
Stortorvet 2
NO-0155 Oslo

Telefon +47 409 14 969
postmottak@uhr.no
www.uhr.no
Org.nr. 917 697 825

Saksbehandler
Tor Rynning-Torp
tor.rynning.torp@uhr.no
Telefon +47 907 42 286

Vi erfarer at de foreslåtte retningslinjene fremstår som ulike. Dette kan tyde på at tolkningsrommet har blitt for stort slik at gruppene har brukt veiledningen¹ de har fått ulikt. Retningslinjer bør bygges opp på en måte som gjør at de er gjenkjennelige på tvers, dvs. at de bør ha felles layout, organisering og tematikk. Det som må være forskjellig er de faglige momentene for den enkelte utdanning. De foreliggende utkastene har i hovedsak kun inndelingen av avsnitt til felles. Nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning (NFUF) innen ergoterapi og ortopediingeniørfag peker spesifikt på betydningen av at programgruppen i det videre arbeidet har et særlig fokus på den «røde tråden» i retningslinjene. Sammenhengen mellom formålsbeskrivelsen og kunnskapsområdene/læringsutbyttebeskrivelsene bør vies ekstra oppmerksomhet, da disse skal bygge opp fundamentet for formålet med utdanningen og kjernekompetansene som beskrives der.

De omfattende forskjellene mellom forslagene til retningslinjer kan representere en betydelig utfordring. Ulike tilrettelegginger av samme utdanning kan dermed føre til samme sluttkompetanse. Men for de institusjonene som har ansvar for flere av helse- og sosialfagutdanningene vil ulik oppbygging og detaljeringsgrad av retningslinjene kunne være mer til hinder enn til hjelp. De beskrivelsene som kan være felles, bør være felles, og dette bør reflekteres i retningslinjene. Det er også et poeng å ikke føre en praksis hvor forhold som er fastsatt i annet regelverk gjentas her. På denne bakgrunnen foreslår UHR at KD oppnevner en redaksjonskomite med medlemmer fra UH-sektoren som får i oppgave å gjennomgå retningslinjene med tanke på redaksjonelle forhold og lik informasjon. En sikring av større likhet på tvers av retningslinjene er også pekt på av NFUF ergoterapi- og ortopediingeniørfag samt fysioterapi.

Retningslinjene skal ifølge KD være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene. Det skal være handlingsrom innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell tilpasning ved den enkelte institusjon. Totalt sett fremstår utkastene til retningslinjer som for detaljert, og vil redusere handlingsrommet for den enkelte institusjon. NFUF vernepleie stiller spørsmål ved hvor førende retningslinjene skal være som styringsverktøy. Selv om det har vært gjort forsøk underveis på å forklare betydningen av at retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene, forblir dette et uavklart punkt. UHRs styre er enige i denne spørsmålsstillingen. For å sike likest mulig forståelse og implementering av retningslinjene er det avgjørende at departementet avklarer betydningen av at retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene.

Vi er kjent med at KD vurderer å forskriftsfastsette retningslinjene. UHR mener at det vil være uheldig å gjøre det nå. Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagene er en ny måte å regulere utdanningene på. Det bør være en lengre periode med rom for utprøving, nasjonal dialog, samordning og evaluering før forskriftsfastsetting evt. realiseres. Forskriftsfastsetting bør ikke gjennomføres dersom retningslinjene skal ha funksjon som et mykt styringsverktøy for nasjonal koordinering av arbeidet med utvikling av program- og emneplaner ved den enkelte utdanningsinstitusjon

Slik flertallet av retningslinjeforslagene ser ut nå, legges det opp til omfattende styring på innhold, noe som er i direkte motstrid med NKR og ikke forenlig med det politiske målet om mer ansvar og større faglig frihet til utdanningsinstitusjonene. Det omfanget retningslinjene har nå fremstår som rammeplanstyring, men bare under annet navn.

¹ «Veileder for utvikling av nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene» arbeidsdokument utviklet av KD.

2. Tverrgående kommentarer til retningslinjene

I dette kapittelet har vi til en viss grad tatt utgangspunkt i KDs dokument «*Veileder for utvikling av nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene*».

2.1 Formålsbeskrivelse

I henhold til departementets veiledning til arbeidsgruppene skal *Formålsbeskrivelsen*:

- angi det relevante rammeverket for utdanningen (NKR og yrkeskvalifikasjonsdirektivet)
- angi aktuelle og relevante styringsdokumenter
- definere egenarten ved den konkrete helse- eller sosialfaglige utdanningen,
- om mulig sette den i sammenheng med andre nærliggende eller overlappende utdanninger

Å angi relevant rammeverk og styringsdokumenter for utdanningen fremstår som en upresis bestilling. I flere av retningslinjeforslagene er NKR angitt som en del av rammeverket, men også tilsynsforskriften og kvalitetsforskriften og andre bestemmelser inngår i rammeverket. Vi foreslår at henvisningen til NKR tas ut i nåværende form. Men i og med at målgruppen for retningslinjene omfatter både utdanningene selv, tjenestene og brukerne, kan det likevel være ønskelig med en henvisning til NKRs definisjon av læringsutbyttebeskrivelser, som bakgrunn for forslag til utarbeidelse av LUB pr. utdanning.

I retningslinjene er det ikke nødvendig å skrive at utdanningene skal være forskningsbaserte, slik det er gjort blant annet utdanningene til bioingeniør, radiograf, sosionom og sykepleier. Dette kravet er fastsatt i UH-loven og gjelder for all høyere utdanning.

I forslagene for sosionom- og sykepleierutdanning er det vist til internasjonale føringer. Det bør vurderes å angi konkret hvilke føringer det vises til. I forslaget for sykepleierutdanning er det vist til internasjonale deklarasjoner, herunder EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv. Direktivet er ikke en deklarasjon, men et juridisk bindende dokument. Utdanningskravene i direktivet er ikke nevnt hverken i felles forskrift, i NOKUTs forskrifter eller som selvstendig forskrift. Det er derfor positivt at direktivet kommer inn i retningslinjene slik at det ikke er tvil om at dette er bestemmelser som må følges opp.

Definisjonen av egenarten ved den enkelte utdanningen varierer sterkt mellom retningslinjeforslagene, fra å fremstå som tydelig, til å fremstå som generell. Eksempelvis vil de 3,5 første linjene i formålsbeskrivelsen for fysioterapiutdanning kunne anvendes på de fleste helse- og sosialfagutdanninger. Også retningslinjeforslagene for utdanning til ergoterapeut og sykepleier fremstår som delvis lite utdanningsspesifikke. Derimot er retningslinjeforslagene for utdanning til bioingeniør, radiograf og sosionom mer konkrete. Vernepleierutdanningen fremstår som relativt konkret, men forslaget til retningslinje greier ikke å gi et bilde av vernepleierens plass i helse- og sosialteamet.

Kun utdanningene til barnevernspedagog og sykepleie har nevnt rettigheter for den samiske befolkningen. Dette er heller ikke hjemlet i UH-loven. UHR foreslår derfor at dette punktet føres inn i alle retningslinjene.

Noen av retningslinjene, blant annet for barnevernspedagogutdanningen har tatt med engelsk tittel. Det bør gjøres for alle utdanningene.

Det er en viss grad av overlapping av innholdet i formålsbeskrivelse og læringsutbyttebeskrivelser, noe som fremkommer tydelig eksempelvis i retningslinjene for barnevernspedagog.

I flere av retningslinjeforslagene er det nevnt at utdanningen kvalifiserer for autorisasjon. Hovedkravet for autorisasjon av norskutdannet helsepersonell er dokumentasjon på bestått eksamen. Dermed gir ikke autorisasjonsordningen føringer for utdanningene, følgelig er det ikke behov for å ha med den opplysningen. Ettersom det kreves bestått eksamen for å gjennomføre turnustjeneste som fysioterapeut, er dette en sak om ikke gir føringer for utdanningen og ikke trenger å stå i retningslinjene.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) er et tema som er behandlet i felles forskrift. Under formål for utdanningene er dette angitt tydelig kun hos ergoterapeututdanningen. I flere av retningslinjeutkastene er TPS nevnt andre steder. Signalene om tverrprofesjonelt samarbeid hos kandidatene har over tid vært sterke fra tjenestene, og kanskje burde kandidatenes kompetanse innen TPS vært omhandlet under formålet for alle utdanningene.

I formålsbeskrivelsen av utdanningene skulle arbeidsgruppene *om mulig (skal) sette den [utdanningen] i sammenheng med andre nærliggende eller overlappende utdanninger*. Så vidt vi kan se er det kun sosialt arbeid som har tatt hensyn til dette punktet. Det er noen åpenbare koblinger: utdanninger til barnevernspedagog, sosionom og vernepleier, utdanninger til ergoterapeut og fysioterapeut. Men en kan også tenke seg viktige og nødvendige koblinger mellom flere helsefaglige utdanninger som nå er fordelt på RETHOS fase 1 og 2.

2.2 Læringsutbyttebeskrivelser

Departementets veileder angir at retningslinjene skal inneholde læringsutbyttebeskrivelser i tråd med NKR. Da er det et krav at det utarbeides ett sett med LUB inndelt i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse på studieprogramnivå. NOKUT skriver i sin veiledning at det også er vanlig med LUB på emnenivå. Alle LUB på emnenivå skal lede mot oppfyllelse av LUB på programnivå.

I RETHOS-prosjektets arbeidsdokument for utforming av retningslinjer står blant annet følgende:

5.2 Antall LUBer

Programgruppene bør være bevisste både på antallet kunnskapsområder og antallet LUBer. Dersom programgruppene holder LUBene på et studieprogramnivå, og unngår for sterk detaljering, vil antallet begrense seg selv. For detaljerte LUBer kan ende opp med å bli uforholdsmessig krevende kvalifikasjoner for kandidatene og dermed ikke samsvare med det en kandidat skal kunne klare i løpet av en bachelorutdanning.

LUBene skal kunne etterleves av institusjonene, vurderes av andre og etterprøves av kontrollinstanser. Dermed må ikke beskrivelsene heller blir for generelle. Desto mer generell en LUB er, desto vanskeligere vil det være å vurdere om den er oppnådd.

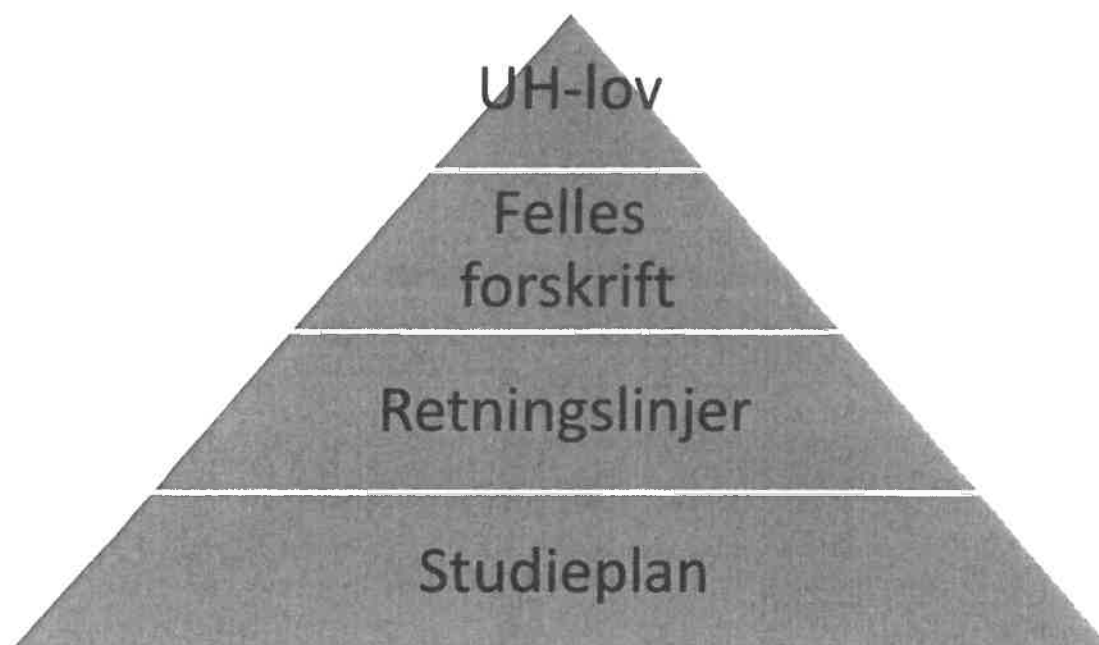
I veiledningen fra departementet til arbeidsgruppene er det også gitt råd om at det kan være hensiktsmessig å dele LUB inn i kunnskapsområder. Dette er gjort på ulik måte i forslagene til retningslinjer. To av gruppene har valgt ikke å definere kunnskapsområder, en gruppe har valgt 10. Fagorganet for ergoterapi- og ortopediingeniørutdanning anbefaler sterkt at kunnskapsområdene presenteres i eget kapittel/avsnitt etter formålsbeskrivelsen og før læringsutbyttebeskrivelsene, og viser til eksempel fra retningslinjene for fysioterapi.

På dette punktet kan det se ut som om programgruppene ikke har vært lojale overfor oppdraget de har fått. Oppdelingen av LUB i kompetanseområder kan være problematisk. Det er en viss sammenheng mellom høyt antall LUB og høyt antall kompetanseområder, ref. tabell 1. De med flest LUB beveger seg på et høyt detaljeringsnivå, det likner på LUB på emnenivå, ikke på studieprogramnivå og bør endres.

Utdanning	Kompetanseområder	LUB
Barnevernspedagog	0	46
Bioingeniøruddanning	0	38
Ergoterapiuddanning	7	64
Fysioterapiuddanning	7	64
Radiografuddanning	10	88
Sosionomuddanning	3	52
Sykepleieruddanning	6	71
Vernepleieruddanning	6	76

Tabell 1: Sammenheng utdanning, kompetanseområder og LUB

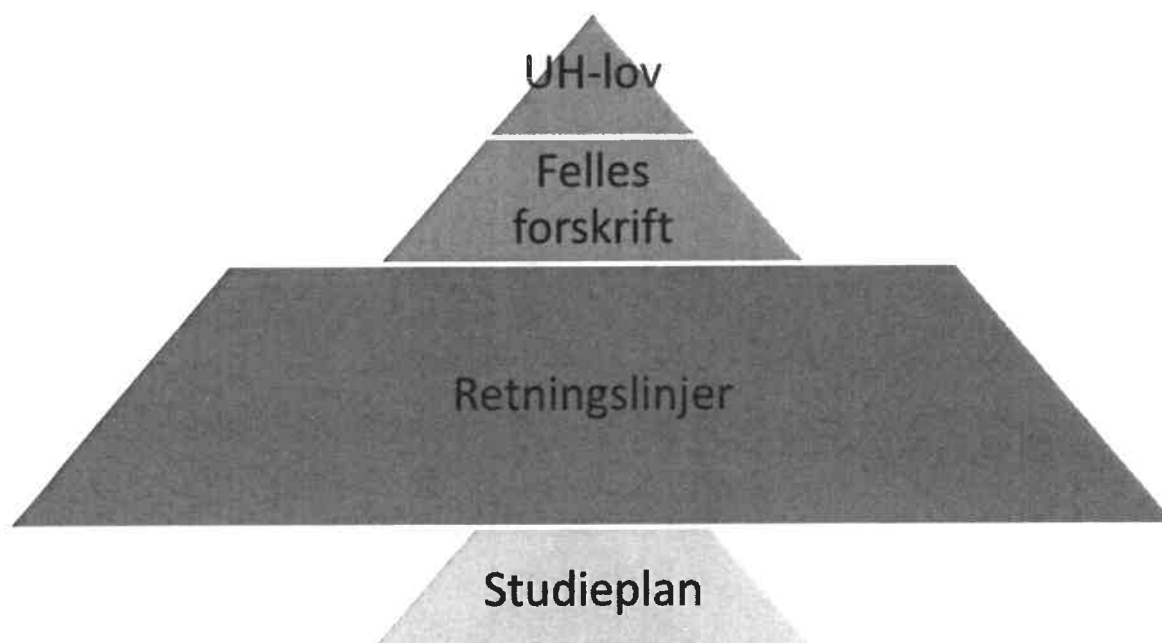
Styringssystemet for helse- og sosialfagutdanningene slik det delvis er vedtatt, og delvis foreslått, er illustrert i figur 1.



Figur 1: Typisk hierarkisk oppbygging av styringselementene i utdanning

Det øverste nivået gir en styringsramme som gjelder all høyere utdanning. På neste nivå konkretiseres styringsrammen gjennom en felles forskrift for helse- og sosialfagutdanningene. Forskriften er relativt generell, men inneholder blant annet LUB som skal gjenfinnes i alle utdanningene. Forskriften har også bestemmelser om nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene. Med forskriften som ramme, utvikles retningslinjene. Retningslinjene representerer et mer detaljert og spesifikt nivå enn forskriften. På studieplannivå foretas en ytterligere konkretisering innenfor rammen av retningslinjene. Her skal det også være rom for at institusjonene kan sette sitt særpreg/lokal profil på utdanningene.

Figur 2 viser en situasjon hvor retningslinjene har blitt så detaljerte at studieplannivåets oppgave i større og mindre grad blir å sortere LUB på emnenivå.



Figur 2: Atypisk hierarkisk oppbygging av styringselementene i utdanning

I dokumentet arbeidsgruppene fikk utdelt som hjelpemiddel, fremkommer det tydelig at angitt LUB skulle fastsettes på studieprogramnivå og unngå for sterk detaljering. Oppdelingen i kompetanseområder og høyt antall LUB gjør at noen av retningslinjeforslagene ser ut som om de er lagd på emnenivå, ikke studieprogramnivå. Et tilfeldig utvalg av studieplaner fra de åtte aktuelle utdanningene viser at gjennomsnittlig antall LUB ligger på 23 med et spenn 13-29, ref. tabell 2. I de foreslåtte retningslinjene er gjennomsnittet 63 med et spenn 38-88. Dette indikerer at alle utdanningene vil komme i den situasjonen som er illustrert i figur 2 dersom retningslinjene innføres uten en tydelig nedjustering av kompetanseområder og LUB.

Utdanning	Institusjon	Antall LUB
Barnevernspedagogutdanning	NTNU	18
Bioingeniørutdanning	UiA	29
Ergoterapiutdanning	HVL	27
Fysioterapiutdanning	OsloMet	24
Radiografutdanning	USN	13
Sosionomutdanning	UiT	27
Sykepleierutdanning	Innlandet	22
Vernepleierutdanning	Nord	17

Tabell 2: Antall LUB i et utvalg studieplaner

NFUF ergoterapi- og ortopediingeniørfag er bekymret for den store variasjonen i antall læringsutbyttebeskrivelser. Det pekes også på ulikheter i bruken oppdeling av kompetanseområder. UHR-HS mener at det høye detaljeringsnivået i de fleste retningslinjeforslagene kan utfordre institusjonenes faglige frihet og ansvar slik det er beskrevet i universitets- og høyskolelovens (UHL) § 1-5. Det vil være en avveining mellom UHL § 1-5 og §§ 3-1 og 3-2 som omhandler NKR og rammeplaner. Det blir likevel en paradoks situasjon når detaljeringsnivået er så høyt at det første institusjonene må gjøre når ny studieplan skal utformes basert på de nasjonale retningslinjene er å aggregere retningslinjenes LUB til et nytt sett med LUB på *studieprogramnivå* før de innenfor den rammen kan utvikle LUB for det enkelte emne.

Flere av de nasjonale fagorganene deler UHR-HS sin bekymring for detaljeringsnivået og bruk av nivåindikatorer i læringsutbyttebeskrivelsene. Det pekes også på ulikt abstraksjonsnivå. Det er derfor ønskelig å be programgruppene om å beskrive LUB som minimum sluttkompetanse, og sørge for at detaljerings- og abstraksjonsnivået utjevnes.

Oppsummert mener UHR at detaljeringsnivået på LUB i forslagene til de nasjonale retningslinjene er for omfattende. Konsekvensen bør være at forslagene nedjusteres til programnivå slik det fremkommer i gjeldende studieplaner.

2.3 Krav til studiets oppbygging

Departementets veileder sier dette om krav til oppbygging:

Retningslinjene skal inneholde krav til oppbygging av studiene for den enkelte utdanning. Også denne delen av retningslinjene må utarbeides på riktig detaljeringsnivå, følgelig studieprogramnivå, slik at det er handlingsrom til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell tilpasning ved den enkelte institusjon.

Programgruppene skal ikke angi studiepoeng for det enkelte fag/emne, og heller ikke ta for seg karaktersystemet. Det sistnevnte reguleres andre steder i universitets- og høyskoleregelverket.

En for detaljert fremstilling av studiets oppbygging vil kunne hindre optimal gjennomføring av den enkelte utdanning på institusjonene, da disse er bundet av andre krav og regelverk, nasjonale føringer for utveksling m.m.

Eksempelvis kan retningslinjene på et overordnet nivå nevne praksis og institusjonelt samarbeid, herunder TPS.

Retningslinjene for utdanning til bioingeniør, ergoterapeut, sosionom og sykepleie beskriver emnefordeling år for år. Bioingeniørutdanning angir at enkelte temaer skal utgjøre en viss prosent av utdanningen. Dette detaljeringsnivået bidrar til å snevre inn den enkelte institusjons mulighet til å designe sine studieplaner slik de mener er faglig forsvarlig. I retningslinjene for utdanning til barnevernspedagog, fysioterapeut, sosionom og sykepleier pekes det på sammenheng mellom teori og praksis og faglig progresjon. Dette er allmenne formuleringer som neppe gir noen merverdi til implementering av retningslinjene. Utdanningene til barnevernspedagog, sosionom, sykepleier og vernepleier angir at det bør tilrettelegges for internasjonal utveksling innenfor både praktiske og teoretiske emner. Dette er også allmenngyldige føringer for høyere utdanning, og det er neppe behov for å gjenta dette i retningslinjene. Det er vesentlig at retningslinjene ikke blir utformet på et detaljeringsnivå som gjør at internasjonalisering, herunder utveksling vanskeliggjøres. Statistikk fra DBH om studentutveksling innen helse- og sosialfagutdanningene gir et bilde hvor noen få miljøer har relativt gode tall, mens andre miljøer har liten utveksling. Realiteten er noe annerledes, det er mange utdanninger hvor antallet inn- og utreisende studenter er høyere, men tiden utvekslingen varer er mindre enn tre måneder. Mindre regulert detaljering enn det som er foreslått i retningslinjene vil kunne bidra positivt til økt utveksling. I retningslinjene for utdanning til fysioterapeut pekes det på sammenhengen mellom LUB, læringsaktiviteter og vurderingsformer, samt ferdighetstrening ved utdanningsinstitusjonen. Også dette er allmenne føringer for høyere utdanning og er behandlet i andre dokumenter og ansees som overflødig i retningslinjene.

Forslagene til retningslinjer har behandlet fordypningsoppgave/bacheloroppgave forskjellig. Det er ikke et forskriftsbestemt krav at studenten skal levere en bacheloroppgave. Det er bachelorutdanninger i dag hvor dette ikke er et krav. Det bør vurderes å ha felles bestemmelse om dette på tvers av retningslinjene.

Oppsummert finner vi store forskjeller i hva som beskrives. Det er en viss sammenblanding av innholdet i kapitlene om studienes oppbygging og krav til praksisstudier. Det skal ikke angis studiepoeng, men det er ikke noe mindre regulerende å angi omfang i prosent. Prioriteringer av emner for hvert studieår blir en for detaljert regulering av studiene og foreslås fjernet.

2.4 Krav til praksisstudier

I veilederen for retningslinjegruppene står blant annet dette om praksisstudier:

Retningslinjene kan stille krav til praksisdelen av utdanningene.

Dersom programgruppene ønsker å stille krav til praksis i utdanningen må disse kravene samsvare med forskriftens § 3 og YKR for de utdanningene dette gjelder. YKR har konkrete krav til praksis for enkelte av utdanningene og forskriften har felles krav for alle utdanningene.

I tillegg må retningslinjene ha et omfang og innhold som er gjennomførbart. Det er viktig at programgruppene tar hensyn til tilgangen på aktuelle praksisplasser og at det er mange utdanninger som skal ha praksis i samme fagfelt.

Tabell 3 viser i hovedsak hvilke momenter om praksisstudier som er anført i retningslinjene.

Utdanning	Varighet	Organisering	Arena	Andre krav	TPS
Barneverns-pedagog	20-24 uker	14 uker sammenhengende og i siste halvdel av studiet	i kommunalt eller statlig barnevern		
Bioingeniør		bør inngå i alle tre studieår			
Ergoterapi	minst 30 uker	minst 8 uker pr studieår	kommune og spesialist - prosjektpraksis		X
Fysioterapi	minst 1200 timer (30 uker fulltid)	minst 2 perioder i andre år på 7 uker eller mer	kommune og spesialist	praksis også på andre relevante arenaer	X
Radiografi	minst 900 timer (30 uker)	anbefales en periode på 360 timer (12 uker) i løpet av studiet	offentlige eller private helseinstitusjoner.	minimum omfatte rgt., CT og MR, andre områder etter tilgjengelighet	X
Sosionom		erfaring fra to ulike praksisfelt (hvis mulig) forvaltningserfaring bør inkluderes			
Sykepleier		Vises til krav i direktivet - gruppen har to ulike forslag, hvor et forslag innebærer at to praksisperioder på har en varighet på mins 7 uker og inkludere døgntkontinuerlig oppfølging av pasienter	en periode hvor studenten lager egne LUB legge til rette for varierte læringsformer som understøtter LUB	skal ha veilederutdanning min. 10 SP på masternivå	X
Vernepleier	minst 35 uker veiledet brukerrettet praksis	praksis i tjenester som bistår personer med kognitive funksjonsnedsettelse			

		og/eller store og sammensatte bistandsbehov - øvelse i helsehjelp og legemiddel-håndtering, miljøterapeutisk arbeid og dokumentasjon og kvalitetssikring av eget arbeid			
--	--	--	--	--	--

Tabell 3: Oversikt over innholdet i beskrivelse av praksis

Tabellen viser blant annet:

- Svært store variasjoner mellom retningslinjeforslagene
- Noen angir praksisvarighet i timer og uker
- Noen angir lengder og plassering på noen praksisperioder
- Noen angir praksisarenaer
- Noen setter krav til TPS
- Sykepleie har krav til praksis omfang og arena gjennom et EU-direktiv

Manglende føringer for beskrivelse av praksisstudier gir gruppene stort fortolkningsrom, og har resultert i omfattende forskjeller. Det er neppe verken funksjonelt eller ønskelig at variasjonen i beskrivelse av krav til praksisstudier er så vidt stor. Det bør diskuteres hvilke føringer som skal gis for praksisstudier. Disse må være felles for alle utdanningene. Praksisfeltet er utenfor UH-sektorens jurisdiksjon. Da blir det viktig å få klarlagt hvilke signaler tjenestene har behov for slik at de kan bidra med tilrettelegging på best mulig måte.

I helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger kan ekstern, veiledet praksis utgjøre en trussel mot gjennomgående høy utdanningskvalitet, både med tanke på tilgang på egnede praksisplasser og organisering og kvalitetssikring av praksisstudiene. For at RETHOS-prosjektets mål om bedre kvalitet og relevans for helse- og sosialfagutdanningene skal nås, må tydeligere lovfesting og bedre finansiering av helse- og velferdstjenestenes ansvar og oppgaver knyttet til praksisstudier komme på plass. Tjenestenes rolle i grunnutdanning av personell fremstår som om den bygger mer på tradisjon og erfaring enn klart definerte ansvarsområder. Vi er klar over at RETHOS-prosjektet ikke har dette temaet i sitt mandat, men det er en så vidt viktig betingelse for å lykkes med intensjonene bak utvikling av nasjonale retningslinjer at vi likevel ønsker å peke på dette.

UHR anser det ikke som ønskelig å fastsette omfanget av praksisstudier for den enkelte utdanningstype. Det vil være å starte i feil ende. Men det må fremkomme i retningslinjene at alle helse- og sosialfagutdanningene skal ha ekstern, veiledet praksis. Praksisperioder må ha et omfang som gjør det realistisk at studenten oppnår læringsutbytte som både krever praktiske ferdigheter og integrering av teori i praksis. Den enkelte praksisperiode må være så lang at det er mulig å foreta en forsvarlig vurdering av studentens oppnådde læringsutbytte. Det vil antagelig være hensiktsmessig både for utdanningsinstitusjoner og helse- og velferdstjenestene at det etableres regionsvis samarbeid om læringsutbyttebeskrivelser for, og organiseringen av praksisstudier.

LUB er nå utgangspunktet for alle virkemidler som skal bidra til at studentene lærer det de skal. Identifisering av hvilken kompetanse studentene skal tilegne seg gjennom praksisstudier må være tydelig operasjonalisert gjennom læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudier. Når LUB er klare, kan omfanget på praksisstudier fastsettes. Ettersom den enkelte utdanningsinstitusjon skal kunne sette sitt lokale særpreg på utdanningene, og en har tilgang på ulikt praksisfelt, vil praksisstudier kunne utvikles seg forskjellig.

Oppsummert finner vi at praksisstudier er svært ulikt håndtert på tvers av retningslinjene. Det er nødvendig først å definere LUB for praksis før praksisstudienes omfang fastsettes. Det må fremkomme klart i retningslinjene at alle helse- og sosialfagutdanninger skal ha innslag av ekstern, veiledet praksis.

3. Avsluttende kommentarer

Det er et omfattende både redaksjonelt og faglig etterarbeid som må gjøres før retningslinjene kan implementeres. Foruten det redaksjonelle og faglige arbeidet, må det også legges en tydelig plan for implementering. Et av de viktigste punktene her er at det må defineres en tidsavgrenset utprøvningsfase hvor en samler erfaringer og identifiserer endringsbehov. Det er et svært viktig poeng at forskriftsfesting unngås. Forskriftsfesting ødelegger muligheten for å ha dynamiske retningslinjer som er enkle å endre. Erfaringer med eksisterende rammeplaner er at det gjerne tar to år for å foreta endringer. Så raskt som den faglige og organisatoriske utviklingen går, kan dette bli alt for langsomme prosesser, og etterlevelsen av retningslinjene kan reduseres. Dermed vil tjenestene risikere å ikke bli tatt hensyn til, noe som vil være svært uheldig tatt utgangspunkt i målsettingen med RETHOS-prosjektet. Vi lever i et samfunn med økende endringstakt. En forskriftsfastsetting er slik vi ser det å gå i motsatt retning av forenkling.

4. Fagorganenes kommentarer til den enkelte utdanning

UHRs 14 nasjonale fagorganer for utdanning og forskning innen ulike helse- og sosialfagutdanninger har spilt inn synspunkter. I de følgende presenteres disse. Høringsinnspillene er noe redigert, og fellestemaer som er behandlet i kap. 1-3 er tatt ut for å redusere tekstmengden.

4.1 Barnevernspedagog

Vi vil gjenta vårt innspill til programgruppen om at den faglige tilnærmingen i barnevernspedagogutdanningen skal være sosialpedagogikk. Vi viser til St.meld. 13, Utdanning for velferd, og siterer: *Likeledes er sosialpedagogikken som barnevernspedagogutdanningen er basert på, også relevant for andre deler av helse- og velferdstjenestene* (s 83). Sosialpedagogikk som tilnærming må fremgå i formålsbeskrivelsen og i læringsutbyttebeskrivelsene. En sosialpedagogisk tilnærming innebærer tilrettelegging for læring, omsorgsyttelse og utviklingsstøtte til barn og unge gjennom inkludering i sosiale fellesskap. Ledende prinsipper i sosialpedagogikken er livsverdensorientering, ressursfokus, rettighetsorientering og likeverd. Tjenestene og brukerne er tjent med at sosialpedagogikk er hovedtilnærmingen i barnevernspedagogutdanningen.

Vi er fornøyde med tydelig målgruppeorientering. Under formål, andre avsnitt, står det at kandidaten har særlig kompetanse til å løse oppgaver innenfor barnevernet og **andre arenaer hvor barn og unge i en utsatt livssituasjon befinner seg**. Under krav til praksisstudier står det i tredje avsnitt **andre tiltak rettet mot utsatte barn og unge**. Vi foreslår at **tiltak** byttes ut med **arenaer** også her. Barnevernspedagoger er en ønsket og benyttet profesjon i skole/SFO, barnehage og fritidsklubb. Barna er tjent med barnevernspedagogens kompetanse også på disse viktige oppvekstarenaene.

4.2 Bioingeniør

Konklusjon

Vi mener at de nye nasjonale retningslinjene for bioingeniørutdanning må inneholde et krav om minimum ti prosent ekstern praksis i et autentisk arbeidsmiljø på medisinske laboratorier i et helseforetak.

Begrunnelse

I forslaget til «Retningslinjer i et nytt system for styring av læringsutbytte i helse- og sosialfagutdanninger- bioingeniørutdanning» beskrives i krav til studiets oppbygging at «. interne og eksterne praksisstudier skal utgjøre minimum 35% av studiet. Minst 10% av studiet bør minst være eksterne praksisstudier.» (10 % av studiet utgjør 18 studiepoeng) I gjeldende rammeplan beskrives i § 3: «Praksisstudier og ferdighets trening skal utgjøre minimum 60 studiepoeng hvorav 20 studiepoeng skal være ekstern praksis i medisinske laboratorier».

Dersom ekstern praksis i et omfang av minimum 10% av studieforløpet ikke er et krav, men en undervisningsform vi «bør» tilby, samsvarer dette dårlig med intensjonen som ligger til grunn for endringene i det nye styringssystemet som nå etableres. Dersom helsetjenestene skal få bedre innflytelse over innholdet i utdanningene må vi samhandle med veiledere i praksisfeltet om å gjennomføre en relevant praksis med god kvalitet.

Presset på praksisarenaene er stort. Dersom omfanget av praksisstudier som foregår i autentiske yrkessituasjoner under veiledning av en person med relevant yrkesutdanning og yrkespraksis ikke er et krav, er det svært sannsynlig at omfanget av denne type praksis vil bli mindre.

I ekstern veiledet praksis møter studentene yrkesfeltets faktiske krav på en måte som ikke kan gjenskapes fullgodt i en simuleringssituasjon. I praksis møter studentene yrkesutøvere og pasienter/klienter i det virkelige miljø, og de må utøve sitt fag i situasjoner som ikke er standardiserte. Ved å delta i relevante yrkessituasjoner sammen med en veileder av samme profesjon, og få tilbakemelding fra henne, er ekstern veiledet praksis sentralt i utviklingen av yrkesidentitet.

Bachelorutdanningen for bioingeniører er i dag en generalistutdanning som omfatter alle laboratoriespesialiteter. Den teknologiske utviklingen skjer svært raskt og samhandling mellom de ulike laboratorier utvikles gjennom metodefellesskap. Det er helt nødvendig å ha tilbud om ekstern praksis (minimum 10% av studiet) for oppdatert undervisning og veiledning innen moderne laboratorieteknologi.

Fem av de seks institusjonene som tilbyr bioingeniørutdanning i Norge mener at det må stå «Minst 10 % av studiet SKAL minst være eksterne praksisstudier.» Det vil si fem av de seks institusjonene som danner Det nasjonale fagorganet for bioingeniørutdanningene er enige i dette.

3.3 Ergoterapeut

1) Spesifikke kommentarer til retningslinjene for ergoterapi

- Fagorganet mener forslaget er et godt utgangspunkt for en beskrivelse av ønsket sluttkompetanse ved fullført bachelorutdanning i ergoterapi og som grunnlag for profesjonsutøvelse innen ergoterapi.

2) Innspill til retningslinjenes kapitler - ergoterapi

a) Formål

- Formålsbeskrivelsen er en «pilar» i dokumentet. Her må man få tydelig frem «hva ergoterapeuter er særlig gode på»; hvilke kjernekompetanser ergoterapeuter har og hvilke lokale, nasjonale og globale utfordringer denne kompetansen kan bidra til å løse.
- Formålsbeskrivelsen fremstår som noe ordrik og kan med fordel spisses inn mot kjernekompetansene person – aktivitet – omgivelser. Meningsinnholdet må være i samsvar med det som står i det omforente dokumentet «Ergoterapeuters

kjernekompetanse», men beskrivelsen bør likevel kunne tilpasses det spesifikke formålet med retningslinjene (studieprogram/undervisning).

b) Kunnskapsområder/læringsutbyttebeskrivelser

- I tråd med kommentaren om sammenheng mellom formålsbeskrivelse og kunnskapsområder foreslår fagorganet at kunnskapsområde nr. 2 «Samspill mellom kropp, funksjon, aktivitet og helse» omskrives til «Samspill mellom person, aktivitet og omgivelser» og at dette flyttes opp som kunnskapsområde nr. 1.
- Det ble uttrykt en klar bekymring for at ikke menneske, her i betydningen kunnskap om sykdom og helse, kommer tydelig nok frem i kunnskapsområder og læringsutbytte. Vi må ikke glemme at ergoterapi er en helsefagutdanning.
- Er det nok trykk på «innovasjon» i kunnskapsområder/læringsutbytte? Ergoterapeuter skal være gode på innovasjon og ledelse.
- Bør ordene «helse» og «deltakelse» komme inn i overskriftene/kunnskapsområdene?
- Ordet «helsefremmende» savnes, og ikke bare «folkehelse»
- Trenger vi ha «kunnskapsbasert yrkesutøvelse» inn som del av overskrift/kunnskapsområde?
- Dette er i dag ganske så selvsagt. Men fortsatt viktig at dette blir uttrykt i læringsutbyttene under overskriftsnivået da gapet fortsatt er tydelig i tjenestene.
- Læringsutbyttebeskrivelsene bør gjennomgå med tanke på overlapp/gjentakelser. Et eksempel på overlapp er læringsutbytte nr. II under Generell kompetanse tilknyttet kunnskapsområde nr. 2 og læringsutbytte nr. 4 under Ferdigheter tilknyttet kunnskapsområde nr. III.
- Begrepet «funksjonsvurdering» (jfr. nevnte LUBer i punktet ovenfor) er noe misvisende angående ergoterapeuters kompetanse. Fagorganet anbefaler at dette erstattes med «vurdering av ferdigheter og aktivitetsutførelse». Dette vil være mer i tråd med formålsbeskrivelsen/kjernekompetansene.

c) Krav til studiets oppbygging

Fagorganet ga uttrykk for at beskrivelsen under «krav til studiets oppbygging» var godt formulert, men hadde følgende innspill:

- Beskrivelsen av første studieår blir litt for generell, allerede her bør beskrivelsen knytte kunnskap inn mot aktuelle brukergrupper
- Det bør tydeliggjøres at læringsutbyttene skal realiseres gjennom praksisstudiene
- Forslaget om et felles fagspesifikt nettbasert undervisningsopplegg støttes. Tidspunktet (hvilket semester/år) opplegget skal gjennomføres bør imidlertid holdes åpent. Det er viktig med fleksibilitet, både i forhold til tidspunkt og tema, og således ikke ønskelig at dette fastsettes i RETHOS-retningslinjene.

d) Krav til praksisstudier

- Fagorganet stiller spørsmål ved at man stiller et høyere minimumskrav (30 uker) til ekstern praksis enn minimumskravet til WTOF (27 uker).
- Det vurderes som positivt at det ikke er presisert at praksis skal være eksternt veiledet.
- Fagorganet støtter kravet om sammenhengende praksisperioder i alle studieår, men mener kravet om 8 uker sammenhengende praksis hvert studieår er altfor detaljstyrende. Det som skal være styrende i retningslinjene, bør være det vi ønsker å sikre at alle skal ha og som kan være forpliktende både for utdanningene og praksisfeltet.
- Det foreslås at en av praksisperiodene kan være knyttet til en mer utradisjonell type arbeid, som f.eks. innovasjon (eller annet utypisk arbeidsområde for ergoterapeuter)

4.4 Fysioterapeut

Særlige kommentarer til retningslinje for fysioterapiutdanningen

Nasjonalt fagorgan for fysioterapi mener at forslaget til nasjonale retningslinjer for fysioterapiutdanningene er et godt utgangspunkt for videre arbeid. Vi har likevel noen kommentarer, spørsmål og innspill til utkastet.

Generelt er vi usikre på om faget fysioterapi kommer tydelig nok fram i forslaget til retningslinjer. Det må tydeliggjøres at disse retningslinjene gjelder fysioterapi og ordet «fysioterapi» kan med fordel gjentas oftere i retningslinjene.

Formålsbeskrivelsen

Vi mener at formålsbeskrivelsen må utbedres noe. Noen deler av kjernekompetansen til en fysioterapeut er underkommunisert og bør løftes bedre inn i formålet. Det må komme bedre frem at fysioterapeuter skal jobbe med syke mennesker og med mennesker med sammensatte helseplager. Slik det står nå kan det se ut som om formålet er å utdanne fysioterapeuter som primært skal jobbe forebyggende og helsefremmende.

Videre står det i formålsparagrafen at «Studiet gir kompetanse til arbeid i helsesektoren og på andre samfunnsområder, i offentlig og privat virksomhet, og på nasjonale og internasjonale arenaer» uten at kompetanse rettet mot andre samfunnsområder og internasjonale arenaer gjenspeiles godt nok i kunnskapsområdene og i læringsutbyttebeskrivelsene.

Vi mener videre at fysioterapeuters selvstendige behandleransvar er underkommunisert i formålet. Svært mange fysioterapeuter gjør dette, parallelt med at mange samarbeider tett med andre faggrupper. Videre står det i formålsbeskrivelsen at utdanningen skal gi kandidatene forutsetninger til å utvikle fysioterapi som kunnskapsfelt og profesjon. Vi er usikre på hvorvidt vi kan forvente slik kompetanse enn så lenge LUB på bachelor ikke gir rom for avansert kunnskap samt det å analysere og forholde seg kritisk til (masternivå). Vi savner ordet mestring i formålsbeskrivelsen og tror det vil bære hensiktsmessig å bytte ut ordet utfoldelse med mestring. Vi mener det er hensiktsmessig at turnustjenesten og autorisasjon er nevnt i formålsbeskrivelsen.

Kunnskapsområder

Vi er svært positive til at det deles inn i kunnskapsområder og at disse listes opp i forkant av læringsutbyttebeskrivelsene. Vi gjør oppmerksom på to siste kunnskapsområdene; VI Kunnskap, kvalitetssikring og innovasjon, og VI. Samfunn og politikk er nummerert feil når de står gjentatt som overskrifter til læringsutbyttebeskrivelsene. Samhandling er i utkastet knyttet til rehabilitering og habilitering. Vi mener det bør vurderes hvorvidt samhandling bør skilles ut som et eget kunnskapsområde sammen med kommunikasjon og relasjonsbygging.

Læringsutbyttebeskrivelser

Med veldig mange læringsutbytter på programnivå er Fagorganet usikker på om retningslinjene slik de foreligger er for omfattende for en bachelorutdanning. Under de ulike kunnskapsområdene bør rekkefølgen på læringsutbyttebeskrivelsene og verbene som brukes ses nærmere på (jfr. kommentar over). Læringsutbyttebeskrivelsene bør også gjennomgå med tanke på overlapp/gjentakelser. Spesielt kunnskapsområde II og III overlapper noe. Som i formålsbeskrivelsen savner vi læringsutbytter som i større grad omhandler patologi, diagnostisering og kompetanse på ledelse og organisering. Veiledningskompetanse bør også tydeliggjøres bedre.

Noen kommentarer rettet mot LUB under de enkelte kunnskapsområder.

I. Kropp, bevegelse og funksjon

Vi er usikker på om ordet «kropp» er dekkende.

II. Undersøkelse, vurdering og tiltak

Burde dette kunnskapsområde heller hete: Undersøkelse, vurdering, diagnostisering og tiltak? Vi opplever også at det mangler noe om vurdering av funksjon, diagnostisering og videre tiltak under Ferdigheter i dette kunnskapsområde.

VI Kunnskap, kvalitetssikring og innovasjon

Er kunnskap et godt ord å bruke som en overskrift under et kunnskapsområde? Det brukes ordet kunnskap på flere måter, og på tre ulike nivåer i læringsutbyttebeskrivelsene. Er dette hensiktsmessig?

Krav til studiets oppbygging

Fagorganet mener at beskrivelsen av «krav til studiets oppbygging» er godt formulert, men det bør kanskje i større grad tydeliggjøres hvilke læringsutbytter som skal læres gjennom praksisstudiene. Videre har vi et ønske om at det var noe tydeligere rammer for alle fysioterapiutdanningene i Norge. Studentene vil at vi skal være «likere». Er dette ivaretatt? Bør det stå noe om samarbeid mellom institusjonene?

Vi savner noe om bacheloroppgaven og mener det også bør stå at alle fysioterapeututdanningene skal ha en klinisk praktisk eksamen på slutten av studiet. Vi er redde for at mindre føringer rundt eksamensformer som klinikkeksamen vil kunne føre til at det blir lettere å bruke dette som salderingspost fordi dette er resurskrevende elementer i utdanningene. Vi savner at det gis føringer for bacheloroppgaven, det vil si hvorvidt fysioterapiutdanningen skal ha en bacheloroppgave og omfanget av denne. En bacheloroppgave som er lik i omfang og læringsutbytter er en fin mulighet å sammenlikne like utdanninger på tvers av utdanningsinstitusjoner med hensyn til akademisk nivå. Det bør også vurderes hvorvidt man skal si noe om internasjonalisering og digital kompetanse i oppbyggingen av studiet.

Krav til praksisstudier

I forhold til å sikre ressurser til praksis på de ulike institusjonene mener er det positivt at forslaget inneholder en såpass detaljert beskrivelse av praksis. Det er bra at det står at praksis skal være på et visst antall uker.

Det er likevel et tankekors at man i retningslinjene skal ha fokus på hva studentene skal lære og ikke på hva de får av undervisning, mens når det kommer til praksis så er fokuset i stor grad rettet til «input» når man legger føringer på antall uker. Mengde praksis bør i prinsippet komme som et resultat av hva studentene skal lære i praksis. Dette bør derfor synliggjøres bedre i retningslinjene.

I forslaget står det «Veileder for fysioterapistudenter skal som hovedregel være fysioterapeut med norsk autorisasjon og ha formell veilederkompetanse.» Når studentene våre er i praksis kan de ikke få veiledning på hvordan jobbe som fysioterapeut av noen andre enn fysioterapeuter. Det må klargjøres at så lenge studentene praktiserer fysioterapi må veileder være autorisert fysioterapeut.

Det nest siste kulepunktet lyder: «Studentene skal erfare tverrprofesjonell samarbeidslæring i reelle og realistiske samarbeidssituasjoner der studenter fra andre utdanninger deltar» Selv om intensjonen er god er vi usikre på om det lar seg gjennomføre innen dagens rammer.

4.5 Radiografi

Generelt er det gjort en god og grundig jobb i forslaget. Forslaget har en tydelig fagprofil. Nasjonalt fagorgan i radiografi mener at ansvarsområdet for pasientomsorg/pasientivaretagelse bør komme tydeligere fram i forslaget da radiografer selvstendig skal ivareta pasienter og pårørende. Dette aspektet må også tas inn under punktet «Formål».

Innhold i retningslinjene er i tråd med tjenestenes og brukernes behov.

Nasjonalt fagorgan i radiografi mener at innholdet i retningslinjene er i tråd med tjenestenes og brukernes behov. Læringsutbyttebeskrivelsene er dekkende for at studentene skal kunne opparbeide seg radiografifaglig kunnskap for å kunne utføre radiografifunksjonen i dag. Medlemmene i fagorganet mener at det er vanskelig å forutsi noe om morgendagens radiografifunksjon, da funksjonen endrer seg i tråd med teknologisk og medisinsk utvikling. Omfanget av de enkelte retningslinjene:

Det bør tilstrebes å ha noe mer lik struktur/formuleringer om punkter av generell karakter på tvers av programgrupper. Eksempelvis kunne det vært beskrevet i avsnitt om formål «studiet kvalifiserer for videre utdanning på mastergradsnivå», og eventuelt formuleringer om studiets oppbygning.

Innholdet i retningslinjene er gjennomførbart innen rammen av en bachelorutdanning. Nasjonalt fagorgan mener at slik læringsutbyttene er formulert vil studentene i hovedsak kunne opparbeide seg radiografifaglig kompetanse i løpet av en bachelorutdanning. Noen i fagorganet er bekymret for om kandidatene som uteksamineres etter nye retningslinjer vil kunne «beherske pasientobservasjon og kunne iverksette nødvendige tiltak» og «ivareta kritisk syke pasienter» uten å være i praksisstudier ved somatisk sengeavdeling. Medlemmene er delt i synet på om retningslinjene bør stille krav til praksis ved somatisk sengeavdeling for radiografstudenter.

Praksisstudier

Medlemmene har ingen innvendinger mot at retningslinjene deler opp praksisstudiene i laboratorier der studentene må være i praksis, og laboratorier der studentene kan/ bør være i praksis. Medlemmene i fagorganet er delt i synet på lengden av praksisstudier. Noen av medlemmene er tilfreds med retningslinjenes forslag om minimum 30 uker, mens andre mener at antall uker bør være av samme omfang som i dag, 40 uker. I tillegg bør det påpekes at praksisstudiene skal være veiledet av profesjonsutøvere med relevant yrkesutdanning på minimum bachelornivå.

Noe som mangler

Formål: Nasjonalt fagorgan i radiografi mener at «data og» må inn i setningen: Radiografi er læren om å framskaffe informasjon om menneskekroppen gjennom egnet data og bildemateriale i den hensikt å oppdage eller behandle/lindre sykdom og lidelser. Kunnskapsområder: i punkt V. Pasientomsorg, observasjon og smittevern mangler ordet «tiltak». Radiografer må iverksette tiltak på bakgrunn av observasjon. Kunnskapsområdet bør beskrives: Pasientomsorg, observasjon, tiltak og smittevern.

Noe som bør utgå

Ordet utdannelse bør endres til utdanning i formål.

Andre sider

Ferdighetstrening og eventuelt simulering bør beskrives og defineres i et eget avsnitt. Nasjonalt fagorgan i radiografi mener at det ikke er samsvar mellom læringsutbyttene i VII. Forskning, fagutvikling og innovasjon punkt 3 i kunnskaper og punkt 2 i ferdigheter. Kunnskap: kjenne til kunnskapsbasert praksis, ferdigheter: kan anvende ny kunnskap. For å kunne anvende ny kunnskap må taksonomien være høyere enn kjenne til i kunnskaper. Nasjonalt fagorgan i radiografi anbefaler at programgruppen vurderer muligheter for sammenslåing av noen kunnskapsområder. Eksempelvis kan etikk passe inn under kunnskapsområdet for helsepolitikk og samfunn.

3.6 Sosialt arbeid

Generelt

1. Fagorganet er generelt fornøyd med den grundige og gode jobben som Programgruppen som har jobbet frem forslag til retningslinjer for sosionomutdanningen har gjort.
2. Fagorganet ønsker at sosialt arbeid med *familier* skal tydeliggjøres i retningslinjene. Foreksempel ved å føye ordet *familie* til setningen om målsettingen for studiet: «Etter endt utdanning skal kandidaten kunne arbeide med sosiale problemer på individ, familie, gruppe og samfunnsnivå».
3. Det er viktig å få tydelig frem at sosialt arbeid er et internasjonalt fag/del av en internasjonal fagtradisjon (ikke bare henvise til den internasjonale definisjonen med internettlenke), samt er å anse som både en praktisk og akademisk disiplin.
4. Fagorganet opplever ellers at teksten i retningslinjene gir et godt bilde av krav til sluttkompetanse etter fullført utdanningsprogram.
5. Gjennom dialog i fagorganet kom det innspill til ytterligere språklige presiseringer og en alternativ sortering av ulike deler av teksten. Disse innspillene er formidlet direkte til programgruppa som vil ta dette med i sitt videre arbeid.

Struktur

6. Fagorganet stiller spørsmålsteget ved detaljeringsnivået i læringsutbyttebeskrivelsene. Noen læringsutbyttebeskrivelser er mer konkrete enn andre angående målgruppe og metodikk. Fagorganet ønsker å understreke betydningen av at utdanningsstedene fremdeles gis frihet til å operasjonalisere retningslinjene på studieprogram-/fagplannivå, og at det blir mulig å utvikle en lokal profil på utdanningene.

Oppbygging av studiet

7. Det er svært gledelig at retningslinjene vektlegger ferdighetstrening som et viktig pedagogisk virkemiddel for å sikre kandidatens sluttkompetanse – noe som vil forutsette en økt faglig og økonomisk oppmerksomhet fra oppdragsgivere og eiere. Fagorganet vil påpeke at gjennomføringen av læringsutbyttene ikke vil være mulig innen dagens finansieringskategori.
8. Retningslinjene angir ikke rammer for praksis (antall uker). Vi er imidlertid kjent med at dette er gjort i retningslinjene som omhandler henholdsvis BVP og VPL-utdanningene. Videre angis det at deler av studiet kan gjennomføres sammen med andre studieretninger – denne passusen finnes imidlertid ikke hos retningslinjene til hhv. BVP og VPL. Fagorganet mener det kan være hensiktsmessig at slike faglige føringer for oppbygging av studiene gjøres likt for de ulike BSV-retningslinjene da disse tradisjonelt er nært knyttet til hverandre.
9. Retningslinjene gir føringer for hvordan studiestedene skal sikre faglig progresjon gjennom studiet. Det er imidlertid ikke sagt noe om det er ønskelig å legge til rette for større studentmobilitet mellom studiestedene – noe som vil kreve en relativt høy grad av samordning.

4.7 Sykepleier

FORMÅLET MED SYKEPLEIERUTDANNINGEN

Formålet med sykepleierutdanningen er å kvalifisere kandidater til å utøve sykepleie for å fremme helse, forebygge, tidlig oppdage og behandle sykdom, lindre lidelse.....

Utdanningen skal sikre at kandidaten kan håndtere komplekse og sammensatte pasienttilstander og sykdomsbilder.....

Utvikling av gode kommunikasjons- og samhandlingsevner skal sikre at kandidaten kan bidra inn i det tverrprofesjonelle samarbeidet rundt pasient og pårørende.

NY SETNING SIST I AVSNITT 2:

Inneha kompetanse til å utøve sykepleie i et individ-, gruppe- og samfunnsperspektiv.

Retningslinjene skal sammen med..... tilbyr en praksisnær, profesjonsrettet og forskningsbasert sykepleierutdanning med høy faglig kvalitet for å møte krav om kunnskapsbaserte tjenester.

KUNNSKAPSOMRÅDENE

Dette området i retningslinjene opptok medlemmene i NSO-sykepleie i stor grad. NSO-sykepleie mener at den måten kunnskapsområdene nå er formulert på ikke i tilstrekkelig grad reflekterer sykepleiefaget. De er for generelle. Det viktigste er at sykepleie som begrep kommer tydelig inn i kunnskapsområdene.

I NSO-sykepleie kom det frem ulike forslag til omformulering/presisering av kunnskapsområdene for å knytte dem til sykepleieutdanningen. Det ble også påpekt at sykepleiefagets kjerneverdier og kjernekompetanse er mangelfullt beskrevet i retningslinjene og foreslår at programgruppen ser til retningslinjene som programgruppen for vernepleie har utformet og henter inspirasjon fra dem. De er konsekvente i måten de bruker ulike NKR i utforming av LUBene. De får flere til å inngå i ett og de er tydeligere på profesjonen vernepleie enn retningslinjene for sykepleie er på profesjonen sykepleie. En omformulering inspirert derfra kunne være: «Har bred kunnskap om sykepleie som profesjon og fagområdets historie, kunnskapsgrunnlag, tradisjoner, egenart og plass i samfunnet.»

Komorbide tilstander, rus og mestring er for lite vektlagt. Retningslinjene er utformet fra et institusjonsperspektiv. Vi savner mer samfunnsperspektiv og livsløpsperspektiv. Dette bør være mer gjennomgående. Begrepet veiledning og innholdet i veiledning savnes - både knyttet til pasient, pårørende og helsepersonell. Læringsperspektivet er for lite vektlagt. Vi savner at internasjonalisering blir vektlagt i større grad. Slik det står nå er dette helt fraværende.

Det ble også fremmet forslag om en undertekst under hvert kunnskapsområde som presiserer hva kunnskapsområdet angår, hvilken faglig innretning det har og avgrensning. Kompetanseområdene må omformuleres, under er ulike forslag: Det viktigste først, profesjonen først. Eksempelvis: «Sykepleie, etikk og samhandling» og/eller «Sykepleie, profesjonsrolle og etikk». Så forslag om «Sykepleie, helse og sykdom og funksjonsnedsettelse»

LÆRINGSUTBYTTEBESKRIVELSENE

NSO-sykepleie mener det er lite konsistens i formuleringen av LUBene. De er svært detaljerte og på varierende abstraksjonsnivå. Naturvitenskapelige emner har i stor grad «bred kunnskap» i motsetning til alle LUBer fra IV til VI, hvor en ikke bruker «bred kunnskap» i det hele tatt. Noen vesentlige kompetanser er beskrevet på for lavt nivå, for eksempel farmakologi, hvor det står «kjenner til», men som NSO-sykepleie mener bør vektlegges vesentlig høyere. Det er ikke brukt «bred kunnskap» på noen samfunnsvitenskapelige emner. Naturvitenskapelige emner er dermed vektlagt med høyere NKR enn samfunnsvitenskapelige. Generelt er det for få LUBer med NKR «bred kunnskap».

IV: Faglig ledelse og tjenesteutvikling

Her savnes «bred kunnskap» og høyere vektlegging av sykepleie. Få inn kunnskapsbasert praksis, ta avgjørelser, lede et team. Overskriften «Faglig ledelse ...» passer ikke med underpunktene.

Her savnes perspektiver som inneholder noe av følgende:

- 1) kan anerkjenne pasienterfaringer- og medvirkning, praktisere i henhold til gjeldende lovverk og rammebetingelser samt yrkesetiske retningslinjer
- 2) kan videreutvikle kritisk analytisk holdning, identifisere behov for kvalitetsutvikling, forskning og fagutvikling, og ta medansvar for å bidra til å implementere ny kunnskap i praksis
- 3) Kan gjøre rede for kommunehelsetjenestens oppbygging, ledelse, oppgaver og retningslinjer for tildeling av tjenester

(Hentet fra læringsutbyttebeskrivelser fra 3. studieår ved OsloMet – avd. Kjeller per.

29.05.18)

Vernepleie: Under IV Helse, sykdom, funksjonsnedsettelse (i forslag til retningslinjer for vernepleierutdanning): Under ferdigheter: Her er eks. på god LUB.

V: Kvalitet og pasientsikkerhet

Kapittelet trenger en mer overordnet gjennomgang.

Eksempelvis: Punkt 1 under kunnskap, kan legges inn under et av de andre områdene (for eksempel område 2 eller 4).

Det diskuteres også at «kvalitet» bør gå under forrige kunnskapsområde «faglig ledelse og tjenesteutvikling». Formuleringen av områdene må som sagt derfor omformuleres.

Ferdigheter

4. Kan beherske kartleggings-, vurderings- og kommunikasjonsverktøy

5. Kan beherske dokumentasjon ...

De øvrige, punkt 4 og 5, vektlegges for lavt.

Formuleringer rundt smittekjeden er for spesifikk og på emnenivå.

VI: Innovasjon, helseteknologi og digital kompetanse

Også her blir vektleggingen av NRK for LUBene for lavt med tanke på framtidsrettet sykepleie.

Et annet forslag: Hva med en innovasjonspraksis? Hvor studentene lærer å se behov og åpenhet i tjenester.

Generell kompetanse er bra!

Se på LUB 12 i felles rammeplan «Har digital kompetanse og ...». Formuleringen her er bra.

STUDIETS OPPBYGGING

Det er gjort en beskrivelse på side 7 av hva innholdet i 1 studieår skal være, men ikke noen tekst om 2 og 3 år. Tabellen på side 8 mener vi er ufullstendig og foreslås tatt ut eller gjøres om.

Vi foreslår følgende gjennomgående store tema: Sykepleiens fag og funksjon, etikk, kommunikasjon og samhandling, pasientsikkerhet, kunnskapsbasert praksis og TPS (tverrprofesjonell samarbeidslæring). Det er 6 kunnskapsområder som ikke er vektet og dette mener vi er krevende. Vi mener at det bør gjøres.

PRAKSIS

Konkrete innspill• Det ble reist spørsmål til kunnskapsgrunnlaget mellom antall uker i praksis og læring.

- Studier i praksis skal sikre kvalitet og kontinuitet i studentenes læring og må fokusere på helhetlige og kontinuerlige pasientforløp der fokus er sykepleie til pasienten.
- Det tydelige skillet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten må bygges ned.

- I retningslinjene er det viktig at begge parter ansvar tydeliggjøres, eller så bør ingennevnes.
- I retningslinjene bør ikke samarbeidspartneres roller detaljeres, men vi støtter en mal for nasjonal samarbeidsavtale.
- Teksten i retningslinjene må tydeliggjøre begge samarbeidspartneres ansvar.
- Setningen: *Praksisstudier må inkludere erfaring fra forebyggende og helsefremmende arbeid inkl. barn og unge*. Hvorfor er dette fremhevet i friteksten som et eget læringsmål? Dersom disse områdene skal være med bør det flyttes til punktet som beskriver hva praksisstudiene skal omfatte. I formålet med sykepleierutdanningen står det allerede at sykepleie er å fremme helse, forebygge og behandle sykdom og lidelse og sikre en verdig død i menneskets alle livsfaser.
- Ta bort tredje avsnitt i kapittel Krav til praksisstudiene.

4.8 Vernepleier

Vi er kjent med at fagorgan for utdanning og forskning innen sosialt arbeid og velferdslag foreslår at det gis nasjonale føringer på at praksisstudier kan gjennomføres sammen med andre studieretninger innen helse- og sosialfag. De argumenterer for at slike føringer for oppbygging av studiene bør gjøres likt for BSV-utdanningene. Fagorgan for utdanning og forskning innen vernepleie vil presisere at de ikke støtter felles føringer for oppbygging av BSV-utdanningene. Det begrunnes med at studiets oppbygging må ta hensyn til studiets egenart og et det er LUB som danner grunnlaget for undervisning og vurdering (jmfør Studietilsynsforskriften). I sluttrapport fra NOKUT-tilsyn med BSV utdanningene presiseres også dette: «Når institusjonene nå skal utforme de nye studieplanene, bør det vektlegges at det overordnede læringsutbyttet er førende for studietilbudets oppbygning».

Fellesundervisning med andre utdanninger bør knyttes til Forskrift om felles rammeplan for helse og sosialfagutdanninger. Fellesundervisning vil for mange utdanningsinstitusjoner være like aktuelt å gjennomføre med andre helsefagutdanninger, ikke særskilt med BSV.

Vennlig hilsen

Mari Sundli Tveit
styreleder

Alf Rasmussen
generalsekretær

Dette dokumentet er godkjent elektronisk ved UHR

Fra: Anette Iversen Cvijanovic <AnetteIversen.Cvijanovic@bufdir.no>
Sendt: 5. juli 2018 16:45
Til: KD-RETHOS
Kopi: Kjetil Andreas Ostling; Anders Sunde
Emne: Høringsinnspill - Bufdir

Hei,

Bufdir har i dag avgitt høringsuttalelse via questback-skjema på nettsiden deres. Vi takker for å også få anledning til å levere noen overordnede innspill per e-post. De overordnede innspillene tar for seg momenter som bør gjelde for alle retningslinjene, i tillegg til at vi innledningsvis gjør noen overordnede refleksjoner knyttet til barnevernspedagog- og sosionomutdanningene som vi ber om at de respektive programgruppene blir gjort kjent med:

Tjenestenes behov for kompetanse

Et av formålene med overgangen fra rammeplan til retningslinjer, er et tverrsektorielt ønske om at de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene bedre skal kunne gjenspeile tjenestenes behov for kompetanse. Tjenestenes behov for kompetanse er imidlertid et begrep som favner bredt, da mange tjenester vil ha behov for kompetanse fra mange yrkesgrupper.

For å forenkle dette bildet, har de aller fleste profesjonsutdanninger en omforent anerkjennelse av at noen tjenester er mer relevante arbeidsfelt enn andre, og derav retter de seg primært mot disse. Eksempelvis vil både medisins- og sykepleierutdanningene primært rette seg mot arbeid i helsetjenestene. Leger og sykepleiere kan arbeide innenfor andre tjenester også, men det tas da utgangspunkt i at det er deres helsefaglige kompetanse som er relevant.

For de sosialfaglige grunnutdanningene, og da særskilt utdanningene innen barnevern og sosialt arbeid, har det over tid foregått en diskusjon om i hvilken grad utdanningene skal avgrense seg ved å rette seg inn mot enkelte tjenester, da dette er utdanningsgrupper som har relevant kompetanse for flere tjenester. I 2015 bestod den kommunale barnevernstjenesten av 48 % barnevernspedagoger og 29 % sosionomer. Barnevernspedagogutdanningen er den eneste grunnutdanningen som har et særlig fokus på barns omsorgsbetingelser, mens sosionomutdanningen er den eneste grunnutdanningen som har fokus på sosiale problemer på individ-, gruppe- (familie) og samfunnsnivå. Bufdir anser disse yrkesgruppene som helt sentrale for at barnevernet skal kunne ivareta sitt samfunnsmandat, og mener derfor at barnevernet (og NAV for sosionomer) må allment anerkjennes som deres primære arbeidsfelt, slik helsetjenesten er det for leger og sykepleiere. Bufdir mener det er nødvendig ikke å begynne i andre enden: å gjøre utdanningene enda mer vidtfavnende fordi barnevernspedagoger og sosionomer også vil være aktuelle for andre arbeidsfelt. Dette er diskusjoner man ikke har om helsefaglige utdanninger, og som det heller ikke er formålstjenlig å ha om de sosialfaglige.

Med utgangspunkt i denne anerkjennelsen, mener Bufdir det er nødvendig at grunnutdanningene innen sosialt arbeid og barnevern har læringsutbyttebeskrivelser som i høy grad reflekterer den kompetansen man må ha som barnevernsarbeider. Dette innebærer ikke at disse utdanningene må ha en etatsprofil eller at andre yrkesgrupper ikke skal arbeide i barnevernet, men innebærer en differensiering av hvilke yrkesgrupper som utgjør grunnstolpene i barnevernet som tjeneste.

Struktur på retningslinjene

Forslagene til retningslinjer er strukturert som følger: 1) Formålsbeskrivelse, 2) Kunnskapsområder (ikke obligatorisk), 3) læringsutbyttebeskrivelser og 4) Studiets oppbygning, herunder praksis hvis ønskelig.

Buudir ser det som en klar mangel når retningslinjene ikke tar utgangspunkt i noen prioriterte kunnskapsområder (punkt 2). Kunnskapsområdene fungerer som en tydeliggjøring av utdanningenes profil. En slik tydeliggjøring vil kunne bidra til mindre uønsket variasjon mellom de ulike institusjonene, og motsatt: i de tilfeller hvor programgruppene ikke definerer utdanningens grunnpilarer og profil gjennom kunnskapsområder, vil det kunne tillate fortsatt store ulikheter mellom utdanningene og i verste fall føre til mer uønsket variasjon. Buudir mener derfor at det må gjøres obligatorisk for programgruppene å definere noen klare kunnskapsområder for hver enkelt grunnutdanning. Her er retningslinjene for sykepleierutdanningen et godt eksempel.

En sosionom er en sosionom er en sosionom...

Selv om Buudir ser at inndeling i kunnskapsområder må til for å tydeliggjøre utdanningenes profil, er vi allikevel bekymret for at den overordnede lyden på retningslinjene ikke vil kunne bidra til mindre uønsket variasjon mellom grunnutdanningene. Buudir støtter en overgang fra input- til outputstyring av utdanningene, og aksepterer at læringsutbyttebeskrivelser på programnivå vil måtte være av noe overordnet art. Dog ser vi at læringsutbyttebeskrivelsen (LUBene) slik de foreslås i retningslinjene er så overordnede at de gir større rom for variasjon. Det vil bli krevende for institusjonene å utarbeide utdanninger som er like nok til at oppbygning og struktur er gjenkjennelig fra utdanningsinstitusjon til utdanningsinstitusjon. Og det vil fortsatt være vanskelig for avtakertjenestene å ha et godt bilde av hva som særpreger den enkelte profesjon. Dette gjelder i særdeleshet for barnevern og sosialt arbeid, der den enkelte grunnutdanning kan variere stort fra institusjon til institusjon, men der vi også ser at de to grunnutdanningene tidvis er uhensiktsmessig like hverandre.

Praksisstudier

Formålet med praksis er at studentene integrer kunnskap i sine profesjonelle handlinger, og jobber aktivt med å utvikle sin handlingskompetanse, sin analytiske refleksjon og evne til samhandling med barn, unge og foreldre og samarbeidspartnere. Arbeid med rolleforståelse i praksiskontekst er viktig.

Buudir mener det ikke bør være valgfritt å beskrive praksisdelen i retningslinjene, og anbefaler at det etableres en standard for beskrivelse av praksisdelen i grunnutdanningene. Det er i dag alt for store variasjoner mellom utdanningsinstitusjonene hva gjelder praksisstudier. Gitt praksisstudienes sentrale rolle i profesjonsstudier som er så sterkt knyttet til tjenesteutøvelse, er dette et område der man bør tilstrebe en nasjonal standard og kvalitetsnivå. Formuleringene i forskrift om felles innhold ivaretar ikke dette behovet i tilstrekkelig grad.

Praksisdelen i retningslinjene bør si noe om minimum omfang og type praksis. Det bør også være en minstestandard for omfang av veiledning under praksisstudiene, veileders kompetanse og praksisstudienes relevans for utdanningen. Dernest bør praksisdelen være tilknyttet noen spesifikke læringsutbyttebeskrivelser.

Felles innhold – en presisering

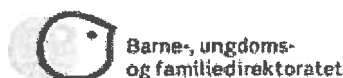
Bufdir har merket seg tema som er berørt i forskriften om felles innhold, men som det er behov for å operasjonalisere i de syv retningslinjene vi har avgitt høringsvar på. Dette er tema som er særlig viktig med tanke på tjenestenes *framtidige* kompetansebehov:

- Digital kompetanse og digitale samhandlingsplattformer.
 - o Dagens brukere, pasienter og pårørende lever digitalt integrerte liv og må kunne forvente et minstenivå av digital bevissthet, kunnskap, ferdigheter og refleksjon fra sine helse- og sosialtjenesteytere.
- Mangfoldssensitivitet
 - o Profesjonell praksis utføres i et samfunn i stadig utvikling, med stadig nye minoritetsgrupper eller andre nye aspekter av samfunnets mangfold. Alle tjenesteutøvere må inneha kjennskap til og trening i hvordan å opptre mangfoldssensitivt i sin profesjonsutøvelse.
- Vold og overgrep
 - o Det er viktig at grunnutdanningenes tematisering av vold og overgrep gir grunnlag for godt samarbeid på tvers av sektorer og tjenester, og ivaretar behovet for grundig forståelse av egen tjenestes mandat og rolle. Bufdir legger til grunn at formuleringene i § 2 punkt 7 i felles forskrift omfatter en bred forståelse av vold og seksuelle overgrep, som operasjonaliseres videre gjennom de enkelte utdanningene. Særlig viktig mener direktoratet dette vil være for alle velferdsfagene som innebærer direkte kontakt med publikum eller særlig innsikt i forhold som kan avdekke vold og overgrep, som barnevernspedagog, sosionom, vernepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, lege, tannhelsefagene, psykolog, radiograf og sykepleierutdanningene.
- Skikkethet
 - o God profesjons- og tjenesteutøvelse kan ikke utføres uten personlige egenskaper, holdninger og verdier som støtter opp under formålet med arbeidet. Retningslinjene må legge til rette for LUBer som gjør at det framstår tydeligere enn i dag hvilke kandidater som ikke er tilstrekkelig skikket.

Med vennlig hilsen,

Anette I. Cvijanovic
Seniorrådgiver
Tlf: 466 15 722

Seksjon for FoU og kompetanseutvikling
Barnevernsavdelingen



<http://www.bufdir.no>

Fra: KD-RETHOS [<mailto:RETHOS2@kd.dep.no>]

Sendt: 3. juli 2018 10:19

Til: Anette Iversen Cvijanovic

Emne: SV: Spørsmål om questbacken

Hei!

Bare å sende de generelle innspillene over på mail eller pr brev.



Med vennlig hilsen
Natalina Heia
Seniorrådgiver Prosjektmedarbeider
Kunnskapsdepartementet
Mobil: 22 24 76 76
Epost: natalina.heia@kd.dep.no

www.regjeringen.no/kd
<https://twitter.com/Kunnskapsdep>
<https://www.facebook.com/kunnskapsdepartementet/>

Fra: Anette Iversen Cvijanovic <Anettelversen.Cvijanovic@bufdir.no>

Sendt: 2. juli 2018 21.04

Til: KD-RETHOS <RETHOS2@kd.dep.no>

Emne: SV: Spørsmål om questbacken

Hei igjen,

Bufdir har nå ferdigstilt vårt høringssvar. Vi har innspill både til enkelte retningslinjer, og generelle innspill. 4000 tegn per tekstboks er begrensende, og vi ser at det ikke er rom for våre generelle innspill. Hvordan kan vi få formidlet disse?

Med vennlig hilsen,

Anette I. Cvijanovic

Seniorrådgiver

Tlf: 466 15 722

Seksjon for FoU og kompetanseutvikling
Barnevernssavdelingen



Barne-, ungdoms-
og familiedirektoratet

Fra #Metoo til morgendagens behandlere.

Det snakkes og skrives en hel del om mennesker som begår overgrep, utsettes for overgrep. Morgendagens helsepersonell er behandlerne. Dette kan de ikke være uten å ha lært hvordan slike saker/pasienter/brukere skal behandles.

Kort historikk:

NFSS ble etablert i 1998 og er et landsdekkende nettverk for fagpersoner som arbeider med seksualitet i spesialisthelsetjenesten. Nettverket er en viktig ressurs i kunnskapsformidling og utvikling av tilrettelagt informasjons- og undervisningsmateriell. Habiliteringstjenestene arbeider i hovedsak med barn, unge og voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming/utviklingshemming.

Nettverket har et styre som består av en representant fra hver helseregion. Styret har ansvar for å arrangere en årlig nettverkskonferanse. (vi hadde 20 års jubileum på Hamar i mars 2018)

Funksjonshemmede er en uensartet gruppe som har samme behov for kunnskap om kropp, seksualitet og prevensjon som andre grupper i befolkningen. Seksualitet kan bli en del av livet som skaper vansker for barn, unge og voksne med funksjonshemming. Det er vanskelig for mange å skaffe seg kunnskap og erfaringer fordi ikke alle har det samme nettverk av venner rundt seg om andre har. Seksualitet er ikke alltid så konkret – det kan være mange ”usagte regler” som er vanskelig å forstå. For å forebygge seksuelle overgrep og uønskede svangerskap, og for å bidra til at personer med funksjonshemming/utviklingshemming får et godt forhold til egen kropp, egen seksualitet og samliv med andre, er det å tilrettelegge undervisning og veiledning for denne gruppen viktig.

Saker som handler om seksuelle problemstillinger i barne- og voksenhabiliteringstjenestene viser seg å være økende. Vi tror ikke at det skjer mer overgrep eller at problemene er blitt større i dag enn tidligere. Det er derimot mer akseptert både hos pårørende og hos bistandsyttere at også funksjonshemmede/utviklingshemmede har en seksualitet som må ivaretas. Også deres seksualitet kan skape problemer som krever mer profesjonell hjelp.

Problemstillinger som henvises til habiliteringstjenestene kan blant annet være:

- onaniprosblematikk
- uakseptabel seksuell atferd som blotting og beføling
- mangel på kunnskap på området – behov for seksualopplysning
- behov for seksualtekniske hjelpemidler
- selvskading på kjønnsorgan
- seksuell utnyttelse
- utviklingshemmede som har vært utsatt for voldtekt og andre alvorlige seksuelle overgrep
- identitetsproblemer/transeproblemer hos barn, unge og voksne med funksjonshemming
- utviklingshemmede som begår seksuelle overgrep

HØRINGSUTTALELSE OM FORSLAG TIL NASJONALE RETNINGSLINJER FOR HELSE- OG SOSIALFAGUTDANNINGER.

- homoseksualitet, spesielle tenningsmønstre/fetisjer
- ønske om å få barn, prevensjonsveiledning og par – problematikk

For foreldre til barn/ungdom med funksjonshemming/utviklingshemming kan det være en tøff jobb å ta opp temaet seksualitet i møte med fagpersoner. Det er fortsatt et tema som det snakkes lite og åpent om. Nettverket ser det også som sitt ansvar å ruste fagpersoner til å snakke om seksualitet og å drive opplysningsarbeid om seksualitet opp mot gitte diagnoser. Dette i tillegg til å arbeide direkte med henvisninger som kommer til habiliteringstjenestene.

Det er mange utfordringer knyttet til funksjonshemming/utviklingshemming og seksualitet. Den beste måten å hjelpe personer med funksjonshemming/utviklingshemming til å få et godt forhold til sin egen kropp og seksualitet, starte arbeidet tidlig. Seksualiteten starter ikke i puberteten, men lenge før – det er derfor viktig med et godt samarbeid mellom barnehabilitering og voksenhabilitering. Mange problemer kan forebygges med tidlig innsats.

Fagnettverket i spesialisthelsetjenesten, har gjennom 20 år erfart at det må satses på faget **SEXOLOGI I ALLE GRUNNUTDANNINGER INNENFOR HELSE OG SOSIAL SAMT MEDISIN OG PSYKOLOGIFAGENE I NORGE. BØR OGSÅ KOMME INN I LÆRERHØYSKOLEUTDANNINGENE/FØRSKOLELÆRERUTDANNINGENE.**

En av flere forutsetninger for at en skal kunne forebygge seksuelle overgrep, styrke seksuell autonomi, imøtekomme ulike seksuelle variasjoner, arbeide med identitetsutfordringer, seksuell orientering m.m. er at helsearbeidere har etablert en grunnleggende sexologfaglig kompetanse.

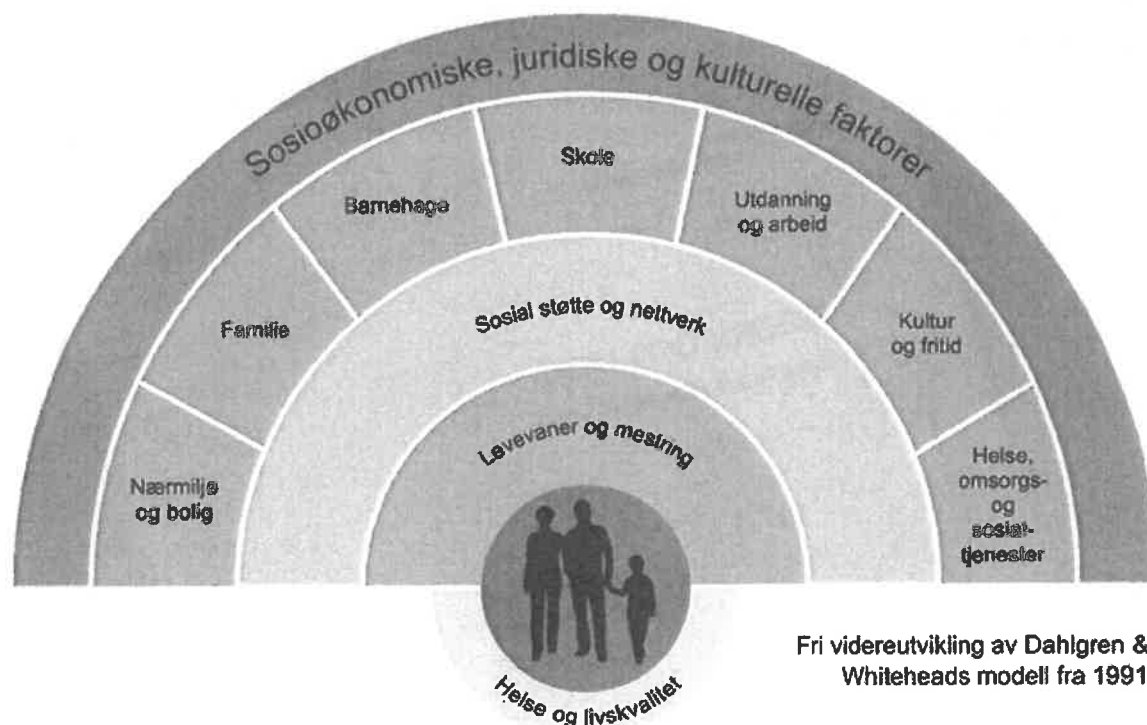
Grunnleggende kompetanse innenfor faget sexologi har vært svært mangelfull til nå. Det har vært opp til den enkelte høyskole og vurdere grad av innhold, praktisk og metodisk implementering, samt gjennomføring på et helse og sosialfaglig høyskole og universitetsnivå. Vi i NFSS ønsker og bidra til en endring på dette.

Vi i NFSS ønsker at faget sexologi skal inn på **samtlige grunnutdanningers læreplaner/fagplaner på høyskole og universitet.** Dette vil kunne skape et faglig fundament for fremtidens helse og sosialarbeidere. Dette kan skape den tryggheten som skal til for at en bringer gode og trygge pasient forløp, utvikler behandlingstilbud både innad i spesialisthelsetjenestene, men også være med på å bringe nødvendig sexologfaglig kompetanse inn i kommunehelsetjenestene i Norge.

Vi må omgjøre, og gjennomføre, meldingen «Snakk om det» til praktisk handling.

HØRINGSUTTAELSE OM FORSLAG TIL NASJONALE RETNINGSLINJER FOR HELSE- OG
SOSIALFAGUTDANNINGER.





Funksjonshemming og seksuell helse A)

Tjenesteutvikling:

En forståelse i helse- og omsorgstjenesten for koblingen mellom seksuell helse og generell helse der en gir kunnskap til profesjonene.

Temaet ønskes inn, faget ønskes inn, ved behandling, ved kroniske tilstander. Dette vet vi pr. i dag. Vi vet også at funksjonshemmede, særlig gruppen psykisk utviklingshemmede, personer med ulike syndromer, autismespektervanskene m.fl. er en svært sårbar gruppe mennesker. (de er tre ganger høyere overgrepsutsatt enn den vanlige befolkningen i Norge) En stor og lite homogen gruppe. Det er naturlig nok store variasjoner her, men alle studenter som gjennomfører en høyskoleutdanning i Norge må ha kompetanse til å kunne møte denne gruppen mennesker. Forståelsesvanskene gjør det også vanskelig for mennesker med utviklingshemming å skulle lære gjennom erfaringer, skaffe seg sosial kompetanse, skaffe seg venner, kjærester, familie, barn osv. De er avhengige av tilrettelegging og støtte fra samfunnets side.

Vi vet at seksuell dysfunksjon er en vanlige følgetilstand ved sykdom.

Kronikere, MS, nevromuskulære sykdommer, CP, hjerneslag, noen former for cancer, kroniske smertepasienter for å nevne flere grupper, alle disse gruppene har behov for et sømløst behandlingstilbud, der også seksuell helse skal følges opp. Behandlingstilbudet er hele tiden under utvikling, de som skal være med å bidra til at helsetilbudet blir bedre er fremtidens helse og sosialarbeidere.

HØRINGSUTTALELSE OM FORSLAG TIL NASJONALE RETNINGSLINJER FOR HELSE- OG SOSIALFAGUTDANNINGER.

Samfunnet vårt er i endring, hele tiden. Kunnskap som gjenspeiler utfordringene til den norske befolkning, de ulike målgruppene må belyses. Det må undervises i dette, og etter våre vurderinger, NFSS s vurderinger, må denne kompetansen belyses i grunnutdanningene.

Funksjonshemming og seksuell helse B)

Seksualundervisning: En rettighet for mennesker med utviklingshemming.

En ekstra viktig dimensjon, som ved tilrettelegging og spesial pedagogisk opplæring, på individnivå, gir større selvfølelse, styrking av egen seksuell autonomi, samt sosial kompetanse. Ivaretagelse av seg selv, grenser og grensesettinger er utrolig viktige dimensjoner her.

Det er utviklet mye godt pedagogisk materiale i Norge og i Norden i dag. Dette materialet må gjøres kjent og tas i bruk.

NFSS anbefalinger er:

Pedagogiske tiltak, opplæringsmateriell som allerede er utviklet (gjennom 20 år) må implementeres som et krav.

«Retningslinjer», «Veiledere» utarbeidet fra Buf direktoratet er godt kjent for noen.

Målsettingen må være at dette skal inn i alle grunnutdanningene i Norge.

LES:

<https://www.bufdir.no/Bibliotek/Sokeside/?q=vern+mot+overgrep+lettlest&num=25&start=0>

Nettsiden til NFSS:

LES:

<http://www.nfss.no/>

Eksempler på pedagogisk materiale som kan benyttes:

LES:

<http://helsekompetanse.no/kurs/kropp-identitet-og-seksualitet>



E - læringsprogram er utviklet og utvikles stadig. Et godt eksempel her er nettsiden til helsekompetanse.no

LES: Nettsiden: <http://helsekompetanse.no/katalog?search=kropp>

Hensikten:

Gi ungdommer med forståelsesvansker veiledning og tilrettelagt opplæring omkring temaene kropp, identitet og seksualitet. Målsettingen er å bidra til at flere får oppfylt sin rett til opplæring på eget nivå, ut fra egne forutsetninger. Kurset skal bidra til at målgruppen utvikler en bedre identitet og et positivt og bra seksualliv, samt til at overgrep og uønskede svangerskap forhindres.

LES:

<http://www.samordningsradet.no/index.cfm?pArticleId=54994&pArticleCollectionId=4205>

NOU 2016:17 «På lik linje»

- Regjeringens strategi og handlingsplan for personer med funksjonsnedsettelse
- Ny stortingsmelding om utviklingshemmede

Denne NOUen må inn i alle grunnutdanninger: ikke bare for Vernepleiere, men også Fysioterapiutdanningen, Sosionomutdanningen, Ergoterapeututdanningen m.fl.

Samtlige av disse utdanningsinstitusjonene bør gi kunnskap om mennesker med utviklingshemming generelt, men også med tanke på styrking av utviklingshemmedes autonomi vedrørende seksualitet spesielt.

HØRINGSUTTAELSE OM FORSLAG TIL NASJONALE RETNINGSLINJER FOR HELSE- OG SOSIALFAGUTDANNINGER.

Muligheter for videreutdanninger:

Ser en på for eksempel Vernepleieres muligheter for videreutdanninger,

LES: <https://vernepleier.no/vernepleier/masterstudier/>

Her er ikke sexologistudiene ved universitet i Agder nevnt med et ord. Dette studietilbudet er et tilbud for alle som har en helse og sosialfaglig grunnutdanning, samt relevant yrkespraksis.

LES: <https://www.uia.no/studieplaner/programme/SEX60D>

Sitat fra nettsiden til Universitet i Agder: «Yrkesmuligheter og videre utdanning
Studiet gir kvalifikasjonen sexologisk rådgiver. Disse tilsvarer kravene til autorisasjon fra Nordic Association for Clinical Sexology (NACS). Kandidatene må selv søke slik godkjenning. De teoretiske kunnskapene kvalifiserer for videre påbygging til klinisk sexolog. Det forventes at kandidatene etter endt utdanning kan drive sexologisk rådgivning innenfor sine respektive profesjonsområder.
Det etableres etter hvert egne stillinger for sexologiske rådgivere.»

Anbefalinger:

NFSS anbefaler at en styrker sexologiopplæringen i **samtlige** helse og sosialfaglige grunnutdanninger i Norge.

Sexologifaget bør være en mulig fagutvikling for flere universitet i Norge.

Fra: Jorunn Lunde <[redacted]>
Sendt: 24. juli 2018 15:48
Til: KD-RETHOS
Emne: RETHOS - høringssvar og innspill til programgruppen fysioterapi
Vedlegg: Høring RETHOS- fysioterapi, NFFs forslag til formulering.docx

Oppfølgingsflagg: Følg opp
Status for flagg: Flagget

Hei!

Norsk fysioterapeutforbund takker for at vi får komme med innspill til nye retningslinjer for grunnutdanning i fysioterapi. NFF mener retningslinjene er et godt utgangspunkt, selv som vi har en del kommentarer til innhold og formuleringer. NFF har levert høring via Questback slik KD har bedt om. Vi opplever imidlertid det er en del begrensninger ved denne måten å gi høringssvar på, vi oversender derfor et dokument hvor retningslinjene vises med alle NFFs forslag til formuleringer via «spor endringer».

Til sist i mailen kan Questbacksvarene leses.

Lykke til med det videre arbeidet!

Med vennlig hilsen
Jorunn Lunde
seksjonsleder Fagseksjonen



Tlf. 952 21 005 | jl@fysio.no
NFF i sosiale medier: [Twitter](#) | [Facebook](#) | [Instagram](#)
www.fysio.no | www.fysioterapikongressen.no

Fra: QuestBack <noreply@questback.com>
Sendt: tirsdag 24. juli 2018 14.31
Til: Jorunn Lunde <jl@fysio.no>
Emne: Questback kvittering -> Høring RETHOS fase1

Nedenfor er en kopi av ditt svar på: Høring RETHOS fase1

- Høringssvaret kommer fra
 - Fagforening

- Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Norsk Fysioterapeutforbund
- Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Fysioterapeututdanningen
- Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- Begrunn svaret
 - Norsk fysioterapeutforbund mener ikke det i retningslinjene tydelig nok fremkommer hvilket ansvar / oppgaver fysioterapeuter har i helsetjenesten, og dermed hvilken kompetanse som kreves av fysioterapeuter. Det bør komme tydeligere fram at fysioterapeuter i hovedsak arbeider med syke mennesker med sammensatte helseplager (helsefremmende og forebyggende arbeid har ikke hovedvekt i studiet), vi undersøker, diagnostiserer og har et selvstendig behandlingsansvar. Dette krever at fysioterapeuter sikres god Det må fremkomme at fysioterapeuter setter pasienter i stand til å mestre egne liv. Fysioterapeuter har inngående forståelse for hvordan norsk helsevesenet og NAV- system fungerer og hvordan fysioterapi inngår i det totale helsearbeidet.
- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- Begrunn svaret
 - Norsk fysioterapeutforbund mener ikke det tydelig nok fremkommer hvilket ansvar / oppgaver fysioterapeuter har i helsetjenesten og dermed hvilken kompetanse som brukernes fremtidige behov. Det bør komme tydeligere fram at fysioterapeuter i hovedsak arbeider med syke mennesker med sammensatte helseplager (helsefremmende og forebyggende arbeid har ikke hovedvekt i studiet), vi undersøker, diagnostiserer og har et selvstendig behandlingsansvar. Fysioterapeuter skal utdannes til å jobbe med kropp og

bevegelse/funksjon for å fremme god helse. En fysioterapeut skal forebygge og behandle skader og sykdommer som gir smerter og/eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystemet. Kandidatene skal utdannes til å behandle pasienter basert på undersøkelse og vurdering av pasientens problem og hva pasienten selv ønsker hjelp til. For å få til dette er det viktig at fysioterapeutene har kompetanse til å utvikle et trygt og tillitsfullt forhold med pasienten. Det ser ikke til, ut av forslag til retningslinjene, at fysioterapeutene skal ha kunnskap om psykologi som basis for å kunne jobbe med mennesker – Dette mener vi er vesentlig innhold i utdanningen. Målet er å hjelpe pasienten til å utvikle, gjenvinne eller holde ved like funksjonsevnen, utnytte egne ressurser og til å bedre egen helse gjennom hele livsløpet.

- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 5
- Begrunn svaret
 - På noen områder legges det klare føringer på hva studiet skal innholdet, samtidig ser det ut til at den enkelte utdanningsinstitusjon gis frihet til å utforme innholdet. NFF mener at de nye retningslinjene må være utformet slik at studiets innhold og organisering muliggjør utveksling både internasjonalt og nasjonalt, og at sluttkompetansen blir så lik at arbeidsgiver vet hvilken kompetanse en fysioterapeut innehar. NFF har forslått en rekke endrede formuleringer til hvert punkt for å sikre større likhet. Eksempelvis bør flere fagbegreper benyttes og det bør presiseres at alle skal ha avsluttende klinisk eksamen - dette muliggjør sikring av lik sluttkompetanse. Det er et spenningsfelt mellom økt autonomi til institusjonene og at ulike arbeidsgivere skal vite at en kandidat i fysioterapi kan tilnærmet det samme uavhengig av hvor studiet er gjennomført. Under overskriften kunnskapsområder, pkt 1 – 3 finner vi det vi mener er fysioterapiens basisfag. Slik retningslinjene er utformet sies det ikke noe om vektingen ml de ulike kunnskapsområdene. Norsk

fysioterapeutforbund mener imidlertid det viktig å påpeke at basisfagene må sikres med tilstrekkelig omfang og relativt lik kompetanse på alle studiestedene

- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Retningslinjene er for generelle, det er vanskelig å se at dette er retningslinjer for fysioterapiutdanningen. Det bør brukes formuleringer fra NFFs definisjon av fysioterapi i formålsbeskrivelsen. Det må tydeliggjøres at denne retningslinjen gjelder fysioterapi og ordet «fysioterapi» bør benyttes. Det bør komme tydeligere fram at fysioterapeuter i hovedsak arbeider med syke mennesker med sammensatte helseplager (helsefremmende og forebyggende arbeid har ikke hovedvekt i studiet), vi undersøker, diagnostiserer og har et selvstendig behandlingsansvar. Det ser ikke til, ut av forslag til retningslinjene, at fysioterapeutene skal ha kunnskap om psykologi som basis for å kunne jobbe med mennesker. For å tydeliggjøre formålsbeskrivelsen har Norsk fysioterapeutforbund laget forslag til ny formålsbeskrivelse: Formålet med fysioterapistudiet er å utdanne kandidater som kan bidra til å skape bedre forutsetninger for helse, livskvalitet og utfoldelse for personer i alle aldre og livsfaser. Kandidatene skal utdannes til å jobbe med kropp og bevegelse/funksjon for å fremme god helse. En fysioterapeut skal forebygge og behandle skader og sykdommer som gir smerter og/eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystemet. Kandidatene skal utdannes til å behandle pasienter basert på undersøkelse og vurdering av pasientens problem og hva pasienten selv ønsker hjelp til. For å få til dette er det viktig at fysioterapeutene har kompetanse til å utvikle et trygt og tillitsfullt forhold med pasienten. Målet er å hjelpe pasienten til å utvikle, gjenvinne eller holde ved like funksjonsevnen, utnytte egne ressurser og til å bedre egen helse gjennom hele livsløpet. Fysioterapeuter setter pasienter i stand til å mestre egne liv. Fysioterapeuter har inngående forståelse for hvordan norsk helsevesenet og NAV- system fungerer og hvordan fysioterapi inngår i det totale helsearbeidet. Fysioterapeuter arbeider i den kommunale helsetjenesten, på sykehus, institusjoner og i bedriftshelsetjeneste. Mange arbeider på private klinikker. Fysioterapeuter kan også arbeide i kommunal ledelse, hos fylkeslegen, i helsetilsynet, direktorat

og departement. Studiet gir kompetanse til arbeid i helsesektoren og på andre samfunnsområder, i offentlig og privat virksomhet, og på nasjonale og internasjonale arenaer. Etter endt utdanning skal kandidatene kunne ivareta fysioterapeuters oppgaver på individ-, gruppe- og samfunnsnivå innen:

- Undersøkelse, vurdering og diagnostisering knyttet til kropp, bevegelse og funksjon
- Behandlende, habiliterende og rehabiliterende virksomhet
- Helsefremmende og forebyggende arbeid

Fysioterapistudiet skal være praksisnært, kunnskapsbasert og samfunnsrelevant, og vektlegge evne til samhandling, kritisk refleksjon og livslang læring. Studiet skal bidra til at kandidaten får et reflektert forhold til at ulike fagtradisjoner og kunnskapsformer påvirker fagutøvelse, fagutvikling, og gi kandidaten forutsetninger til å utvikle fysioterapi som kunnskapsfelt og profesjon. Studiet skal bidra til at kandidaten utvikler kunnskap, forståelse og varhet for sammenhenger mellom kropp, erfaringer, emosjoner og kognisjon, og hvordan det kommer til syne i kroppslige reaksjoner og uttrykk. «Fysioterapeut» er en beskyttet tittel som krever autorisasjon fra Helsedirektoratet. For å få autorisasjon må man etter endt utdanning gjennomføre ettårig, lønnet turnustjeneste. Fysioterapistudiet skal være i samsvar med:

- Norske lover, forskrifter og retningslinjer
- Nasjonale og internasjonale deklarasjoner, standarder og politiske føringer om menneskerettigheter, høyere utdanning og helsepolitikk, herunder konvensjoner som sikrer det samiske folks rett som urfolk til helsetjenester tilrettelagt eget språk og kultur – likeverdig helsetilbud uavhengig av kulturelle bakgrunn
- Norsk fysioterapeutforbunds yrkesetiske retningslinjer

Fullført studium kvalifiserer til bachelorgrad i fysi

- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- Begrunn svaret
 - Norsk fysioterapeutforbund mener beskrivelsen av praksis studier er hensiktsmessig mht til organisering av praksis. Det er viktig det presiseres til hvilke år praksis skal gjennomføres. Dette for å muliggjøre utveksling ml utdanningsinstitusjonene. Videre er det viktig

at studentene får erfare ulike tjenestenivå, innsikt i samarbeidsarenaer og erfare tverrprofesjonelt samarbeid. Det er viktig at studenten får møte ulike aldersgrupper, like så mener Norsk fysioterapeutforbund det er viktig at studentene får møte ulike diagnosegrupper (dette presiseres ikke). Det er viktig at omfang av praksis defineres for å sikre mest mulig lik sluttkompetanse. Det er imidlertid viktig påpeke at retningslinjene beskriver 1200 timer som 30 uker. Fysioterapeuter har imidlertid 36 timers arbeidsuke, og 1200 timer utgjør dermed mer en. 30 uker (ca 40 uker). Mht til definisjon av praksis mener NFF det små skilles mellom praksis og observasjon. NFF mener veileder må være fysioterapeut, jmf helsepersonelloven, dersom aktiviteten skal anses som praksis.

- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 4
- Begrunn svaret
 - NFF mener at retningslinjene legger opp til at det er en grunnutdanning ved at det er mye bred kompetanse og mindre dybdekompetanse. Likevel er det tydelig at det er mye som skal inn i utdanningens tre år i en utdanning som allerede er kjent for å være tettepakket. NFF har dermed forslått noen endrede formuleringer som følge av dette, ml annet under pkt; Kunnskap, Kvalitetssikring og innovasjon - under kunnskap har NFF endret kravet til at studenten skal kjenne til vitenskapsteori og kunnskaps teori og ikke krav om at de skal kjenne til mange teorier. Øvrige begreps justeringer kan ses i hele dokumentet sendt KD.
- I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- Begrunn svaret
 - NFF mener praksisomfanget er viktig og at veileder med fordel kan ha veilederkompetanse. Krav om veilederkompetanse kan imidlertid ikke være absolutt da dette vil vanskeliggjøre arbeidet med å rekruttere egnede veiledere.

- I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 - 5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 2
- Begrunn svaret
 - Det er allerede i dag krevende å finne tilstrekkelig antall veiledere så kravene kan ikke gjøres for strenge uten at det eventuelt er en plan for rekruttering og skoling av veiledere. Dersom det skal stilles krav til veilederkompetanse må det å være praksisveileder verdsettes som del av jobben og arbeidsgiver må ta ansvar for skoling.
- Er det andre høringsinnspill?
 - • De syv kunnskapsområdene kan se ut til å være vektet som like store, noe som ikke kan være tilfelle mht til hva studiet bør inneholde. NFF mener det innledningsvis bør framkomme noe om vekting mellom kunnskapsområder, eller hva som er basiskunnskap, / fysioterapifagets kjernekompetanse. • Retningslinjene bør bruke begreper som anatomi og fysiologi for å synliggjøre vesentlige kunnskapsområder, dette bør ikke bakes inn i andre tema. • Fysioterapi bygger først og fremst på kunnskap om kroppen, det bør klart framkomme at dette er basiskunnskap. • Det bør framkomme at fysioterapeuter skal ha kunnskap om betydningen av at vil lever i et multikulturelt samfunn, det er ikke tilstrekkelig å inkludere samer og urfolk – disse er naturlig inkludert i begrepet multikulturell. • Det bør presiseres at alle skal ha avsluttende klinisk eksamen - dette muliggjør sikring av lik sluttkompetanse. • Retningslinjene beskriver krav til kunnskap på en passiv måte og det er uklart hva som menes med bred og dyp og kunnskap. Vi mener kunnskap også må uttrykkes på en aktiv måte. Eks på aktiv formulering er: kan beskrive, forklare, gjengi, analysere eller anvende. Noen begreper går igjen i dokumentet flere ganger uten at det klart hva som egentlig menes, begrepene bør defineres: • Bred kunnskap / kompetanse – hva menes med dette? • Nivå – menes det her nivå på kunnskap eller nivå i helsetjenesten?

Tjenesten er levert av www.questback.com - Questback Essentials



Innspill til retningslinjer i et nytt system for styring av læringsutbytte i helse og sosialutdanninger – herunder fysioterapi

Norsk fysioterapeutforbund (NFF) mener at forslaget til nasjonale retningslinjer for fysioterapiutdanningene er et godt utgangspunkt for videre arbeid. Vi har likevel noen kommentarer, spørsmål og innspill til utkastet. NFF er opptatt av at retningslinjene sikrer fysioterapiens kjernekompetanse, og at retningslinjene ikke legger opp til at utdanningen er for generelle helsearbeidere. Det fysioterapifaglige må komme tydeligere fram i formåls- og læringsutbyttebeskrivelsene. Retningslinjene bør sikre omfang og innhold av praksis, og nedfelle at alle skal ha avsluttende bacheloroppgave og klinisk eksamen. Beskrivelsene må sikre mest mulig lik sluttkompetanse uavhengig av utdanninginstitusjon.

Overordnede kommentarer:

Noen begreper går igjen i dokumentet flere ganger uten at det klart hva som egentlig menes, begrepene bør defineres:

- Bred kunnskap / kompetanse – hva menes med dette?
- Nivå – menes det her nivå på kunnskap eller nivå i helsetjenesten?

Overordnede innspill punktvis:

- Retningslinjene er for generelle, det er vanskelig å se at dette er retningslinjer for fysioterapiutdanningen. Det bør brukes formuleringer fra NFFs definisjon av fysioterapi i formålsbeskrivelsen. Det må tydeliggjøres at denne retningslinjen gjelder fysioterapi og ordet «fysioterapi» bør benyttes.
- Det bør komme tydeligere fram at fysioterapeuter i hovedsak arbeider med syke mennesker med sammensatte helseplager (helsefremmende og forebyggende arbeid har ikke hovedvekt i studiet), og at de har et selvstendig behandlingsansvar.
- De syv kunnskapsområdene kan se ut til å være vektet som like store, noe som ikke kan være tilfelle mht til hva studiet bør inneholde. NFF mener det innledningsvis bør framkomme noe om vekting mellom kunnskapsområder, eller hva som er basiskunnskap, / fysioterapifagets kjernekompetanse.
- Det bør brukes begreper som anatomi og fysiologi for å synliggjøre vesentlige kunnskapsområder, dette bør ikke bakes inn i andre tema.
- Fysioterapi bygger først og fremst på kunnskap om kroppen, det bør klart framkomme at dette er basiskunnskap.
- Det bør framkomme at fysioterapeuter skal ha kunnskap om betydningen av at vil lever i et multikulturelt samfunn, det er ikke tilstrekkelig å inkludere samer og urfolk – disse er naturlig inkludert i begrepet multikulturell.

Gul markering viser felles LUBer



- På noen områder legges det klare føringer på hva studiet skal innholdet, samtidig ser det ut til at den enkelte utdanningsinstitusjon gis frihet til å utforme innholdet. NFF mener at de nye retningslinjene må være utformet slik at studiets innhold og organisering muliggjør utveksling både internasjonalt og nasjonalt, og at sluttkompetansen blir så lik at arbeidsgiver vet hvilken kompetanse en fysioterapeut innehar. Det er et spenningsfelt mellom økt autonomi til institusjonene og at ulike arbeidsgivere skal vite at en kandidat i fysioterapi kan tilnærmet det samme uavhengig av hvor studiet er gjennomført.
- Det bør komme tydelig fram at det skal være en skriftlig oppgave i siste studieår, dette bør være likt for alle studiesteder.
- Det bør presiseres at alle skal ha avsluttende klinisk eksamen - dette muliggjør sikring av lik sluttkompetanse.
- Det ser ikke til, ut av forslag til retningslinjene, at fysioterapeutene skal ha kunnskap om psykologi som basis for å kunne jobbe med mennesker – Dette mener vi er vesentlig innhold i utdanningen.
- Retningslinjene beskrive krav til kunnskap på en passiv måte og det er uklart hva som menes med bred og dyp og kunnskap. Vi mener kunnskap også må uttrykkes på en aktiv måte. Eks på aktiv formulering er: kan beskrive, forklare, gjengi, analysere eller anvende.

Utgangspunkt

Retningslinjene skal ha følgende oppbygging:

- 1) Formålsbeskrivelse
- 2) Kunnskapsområder (ikke obligatorisk)
- 3) Læringsutbyttebeskrivelser (LUBer) i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (NKR)
- 4) Studiets oppbygging, herunder praksis hvis ønskelig

Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (NKR)

Gjennomføring av fysioterapeututdanning gir bachelorgrad og ligger derfor på nivå 6.2 i NKR.

Detaljeringssnivå Videre må retningslinjene være på overordnet nivå og institusjonene vil konkretisere de nasjonale retningslinjene i lokale planer.

Formål

Formålet med fysioterapistudiet er å utdanne kandidater som kan bidra til å skape bedre forutsetninger for helse, livskvalitet og utfoldelse for personer i alle aldre og livsfaser.

~~De~~Kandidatene skal utdannes til å jobbe med kropp og bevegelse for å fremme god helse. En fysioterapeut skal forebygge og behandle skader og sykdommer som gir smerter og/eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystemet. Kandidatene skal utdannes til å behandle pasienter basert på

Gul markering viser felles LUBer



undersøkelse og vurdering av pasientens problem og hva pasienten selv ønsker hjelp til. For å få til dette er det viktig at fysioterapeutene har kompetanse til å utvikle et trygt og tillitsfullt forhold med pasienten. Målet er å hjelpe pasienten til å utvikle, gjenvinne eller holde ved like funksjonsevnen, utnytte egne ressurser og til å bedre egen helse gjennom hele livsløpet. Fysioterapeuter setter pasienter i stand til å mestre egne liv.

Fysioterapeuter har inngående forståelse for hvordan norsk helsevesen og NAV-system fungerer og hvordan fysioterapi inngår i det totale helsearbeidet.

Fysioterapeuter arbeider i den kommunale helsetjenesten, på sykehus, institusjoner og i bedriftshelsetjeneste. Mange arbeider på private klinikker. Fysioterapeuter kan også arbeide i kommunal ledelse, hos fylkeslegen, i helsetilsynet, direktorat og departement.

Studiet gir kompetanse til arbeid i helsesektoren og på andre samfunnsområder, i offentlig og privat virksomhet, og på nasjonale og internasjonale arenaer. Etter endt utdanning skal kandidatene kunne ivareta fysioterapeuters oppgaver på individ-, gruppe- og samfunnsnivå innen:

- Undersøkelse, vurdering og diagnostisering knyttet til kropp, bevegelse og funksjon
- Behandlende, habiliterende og rehabiliterende virksomhet
- Helsefremmende og forebyggende arbeid

Fysioterapistudiet skal være praksisnært, kunnskapsbasert og samfunnsrelevant, og vektlegge evne til samhandling, kritisk refleksjon og livslang læring. Studiet skal bidra til at kandidaten får et reflektert forhold til at ulike kunnskapstradisjoner, fagtradisjoner og kunnskapsformer påvirker fagutøvelse, forskning og fagutvikling, og gi kandidaten forutsetninger til å utvikle fysioterapi som kunnskapsfelt og profesjon.

Studiet skal bidra til at kandidaten utvikler kunnskap, forståelse og varhet for sammenhenger mellom kropp, erfaringer, emosjoner og kognisjon, og hvordan det kommer til syne i kroppslige reaksjoner og uttrykk.

«Fysioterapeut» er en beskyttet tittel som krever autorisasjon fra Helsedirektoratet. For å få autorisasjon må man etter endt utdanning gjennomføre ettårig, lønnet turnustjeneste.

Fysioterapistudiet skal være i samsvar med:

- Norske lover, forskrifter og retningslinjer
- Nasjonale og internasjonale deklarasjoner, standarder og politiske føringer om menneskerettigheter, høyere utdanning og helsepolitikk, herunder konvensjoner som sikrer det samiske folks rett som urfolk til helsetjenester tilrettelagt eget språk og kultur – likeverdige helsetilbud uavhengig av kulturelle bakgrunn
- Norsk fysioterapeutforbunds yrkesetiske retningslinjer

Fullført studium kvalifiserer til bachelorgrad i fysioterapi, og gir etter ett års godkjent turnustjeneste grunnlag for å søke autorisasjon som fysioterapeut i henhold til lov om helsepersonell. Formålet med praktisk turnustjeneste er at turnusfysioterapeuten ved å arbeide under veiledning, opplæring og supervisjon skal få nødvendig erfaring og tilegne seg ferdigheter for å kunne utføre selvstendig og faglig forsvarlig virksomhet som fysioterapeut.

Gul markering viser felles LUBer

Kunnskapsområder

Inndelingen i kunnskapsområder er et analytisk grep som systematiserer innholdet i utdanningen og samtidig speiler basiskunnskapene til kandidaten etter fullført bachelorutdanning. I utøvende fysioterapivirksomhet vil alle kunnskapsområder inngå.

Punkt 1 – 3 inneholder fysioterapiens basisfag. Slik dokumentet er bygd opp sies det ikke noe om vektningen ml de ulike kunnskapsområdene. Det er imidlertid viktig å påpeke at basisfagene må sikres med tilstrekkelig omfang og relativt lik kompetanse på alle studiestedene.

- I. Kropp, bevegelse og funksjon
- II. Undersøkelse, vurdering og tiltak
- III. Habilitering, rehabilitering og samhandling
- IV. Folkehelsearbeid
- V. Etikk og kulturforståelse
- VI. Kunnskap, kvalitetssikring og innovasjon
- VII. Samfunn og politikk

I. KROPP, BEVEGELSE OG FUNKSJON

Kunnskap

Antar at -anatom, fysiologi, kunnskap om kropp og hode ligger til dette punktet. Dette må komme tydelig frem, begrepene på brukes

1. Har bred kunnskap om Kan beskrive/analysere kroppens strukturer, anatomi/anatomi og fysiologi, funksjon og utvikling som forutsetning for helse, aktivitet og deltagelse
2. Har bred kunnskap om Kan anvende kunnskap om bevegelsesutvikling, -læring og -kontroll
3. Kan analysere ulike bevegelsesformer og bevegelseskvaliteter og de ulike metoder som kan benyttes til dette
4. Har bred kunnskap om forhold som virker oppbyggende og nedbrytende på kroppen – sykdomslære?
4. Har kunnskap om Kan anvende ulike perspektiver på kropp, helse og sykdom
5. Kan anvende ulike teoretiske perspektiver på kroppen og forstå hvilken betydning ulike kroppssyn kan ha for kunnskapsutvikling og klinisk praksis.

Kommentert [JL1]: Uklart uttrykk, menes det her fysisk og psykisk helse?

Ferdigheter

Gul markering viser felles LUBer



1. Kan reflektere over eget kroppsuttrykk og kan bruke egen kropp og hender med tydelighet, presisjon, trygghet, varhet og respekt i kliniske situasjoner
2. Kan vurdere kroppsholdning, bevegelser og funksjon, og beskrive dette med presis fagterminologi

Generell kompetanse

1. Har innsikt i hvordan menneskets helse, funksjon og atferd/handlemåter påvirkes av samspillet mellom fysiologiske prosesser og personlige, sosiale, strukturelle og kulturelle forhold.

II. UNDERSØKELSE, VURDERING OG TILTAK

Kunnskap

2. Har bred kan analysere kunnskap om det-erfaringsbaserte og vitenskapelige grunnlaget for fysioterapeutisk undersøkelse, tiltak og evaluering
3. ~~Har bred~~ kan anvende kunnskap om sykdom, funksjonsendringer og andre kliniske problemstillinger
4. ~~Har~~ kan analysere kunnskap om framgangsmåter for klinisk resonnering
5. kan analysere verbal og kroppslig kommunikasjon

Ferdigheter

1. Kan anvende og tilpasse undersøkelser i møte med mennesker med funksjonsproblemer, plager og sykdommer for å forstå pasientens ressurser og begrensninger
2. Kan anvende ulike motivasjons- og mestringsteorier
3. Kan anvende relevant kunnskap for å identifisere og følge opp mennesker som er utsatt for omsorgssvikt, vold og overgrep, og henvise videre ved behov
4. Kan anvende teoretisk og klinisk kunnskap til å gjennomføre behandling sopplegg tilpasset pasientens behov og ressurser
45. ~~Kan kommunisere og samarbeide med pasienter, pårørende og koordinere behandling med andre aktuelle faggrupper~~ reflektere over og utøve fysioterapi som relasjonell prosess
65. Kan reflektere over egen og andres praksis og fagutøvelse og forstå hvordan faglige, ~~et~~ personlige, sosiale, kulturelle og politiske forhold innvirker på praksis
76. Kan beherske livreddende førstehjelp
7. Kan beherske instruksjon og veiledning i undersøkelse og behandling.
- 9 Kunne identifisere behovet for fysioterapi og henvise videre dersom ikke behov for fysioterapi. (Må komme tydelig fram at det vurderes behov for fysioterapi)

Kommentert [JL2]: Dreier dette punktet seg om å forstå egen kontekst betydning for praksis eller er det pasientens kontekst?

Gul markering viser felles LUBer



Generell kompetanse

1. Kan planlegge og gjennomføre tiltak forankret i fysioterapiundersøkelse og justere / tilpasse tiltakene ut fra den ~~den~~ rette situasjon fra pasientens respons på behandlingen
2. Kan utveksle faglige synspunkter med andre, delta i faglige samarbeid, ta ansvar for utvikling av god praksis og vurdere behov for å henvise pasienter til samarbeidspartnere

III. HABILITERING, REHABILITERING OG SAMHANDLING

Kunnskap

1. ~~Har bred kunnskap~~ Kan forklare hva som menes med ~~om~~ habilitering og rehabilitering på ulike nivå
2. ~~Har kunnskap om~~ Kan anvende kunnskap om helsevesenets organisering og andre profesjoners kompetanseområde som grunnlag for samarbeid
3. Har kunnskap om taushetsplikt, personvern og borgeres autonomi og rett til samvalg

Kommentert [JL3]: Hva menes med nivå, tjenestenivå, kunnskapsnivå eller ulike stadier i pasientforløpet?

Ferdigheter

1. Kan anvende relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse til å forstå og samhandle med brukere, pasienter og pårørende som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser
2. Kan anvende egen profesjonskompetanse til å veiledning og samhandling i møte med relevant personell i ulike ~~sektorer~~ andre tjenestesteområder /-nivå
3. Kan anvende relevant kunnskap for å ivareta barn, unge og eldres behov for behandling og/eller tjenester og sikre deres medvirkning og rettigheter
4. Kan reflektere over hvordan egen og andres kompetanse kan brukes i tverrprofesjonelt samarbeid for å utvikle et brukertilpasset helse- og velferdstjenestetilbud
5. Kan anvende kunnskap om helse- og omsorgstjenesten til å gjennomføre samlede behandlingsforløp

Generell kompetanse

1. Kan planlegge og gjennomføre habiliterings-/rehabiliteringsprosesser i samarbeid med pasienter, pårørende og andre helseaktører
2. Kan planlegge og lede tverrprofesjonelt og tverrsektorielt samarbeid
3. Kjenner til ~~viktigheten av~~ Kan anvende bruker- og pårørendekunnskap i planlegging og gjennomføring av behandling og veiledning

IV. FOLKEHELSEARBEID

Kunnskap

1. ~~Har bred~~ Kan anvende kunnskap om folkehelse og helsefremmende- og forebyggende arbeid på ulike arenaer og kan anvende kunnskap om bidra til sosial og arbeidsmessig inkludering.

Gul markering viser felles LUBer



2. Har bred Kan anvende kunnskap om sosiale og helsemessige problemer, inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus og sosioøkonomiske problemer
3. Har bred Kan anvende kunnskap om bevegelse og aktivitet i helsefremmende og sykdomsforebyggende hensikt
4. Har Kan beskrive kunnskap om systematisk folkehelsearbeid i kommunal sektor
5. Kjenner Kan forklare til betydningen av kosthold og ernæring, hygiene og smittevern i helsefremmende og sykdomsforebyggende hensikt
6. Har kunnskap om sosioøkonomiske forholds betydning for folkehelse
7. Kan beskrive hva som menes med god helse – fravær av sykdom eller mestrings av eget liv

Ferdigheter

1. Kan anvende metoder for å kartlegge miljøfaktorer som påvirker menneskers helse, aktivitet, funksjon og deltakelse
2. Kan anvende prinsipper om ergonomi og universell utforming i arbeid med helsefremming, forebygging og sosial inkludering
3. Kan anvende egen profesjonskompetanse i utvikling, tilpassing og formidling av hjelpemidler
4. Kan finne, vurdere og henvise til informasjon om likemannsarbeid og selvorganisert selvhjelp

Generell kompetanse

1. Har innsikt i sammenhenger mellom helse, utdanning og arbeids- og levekår, og kan bidra til god folkehelse, sosial inkludering og arbeidsinkludering i møte med enkeltpersoner og grupper i samfunnet

V. ETIKK OG KULTURFORSTÅELSE

Kunnskap

1. Har bred kunnskap om Kan beskrive hvordan samspill mellom person og fysisk, sosialt og kulturelt miljø skaper forutsetninger for helse, funksjon, aktivitet og deltakelse
2. Har kunnskap om Kan anvende samfunnsvitenskapelige perspektivers av relevans for helsefagene fysioterapi
3. Har Kan beskrive betydning av ivaretagelse av språklige kunnskap om og kulturelle aspekter hos samske pasienter og andre minoriteter s språklige og kulturelle bakgrunn pasienter

Ferdigheter

1. Kan anvende relevant kunnskap for å møte andre med et helhetlig menneskesyn, respekt og empati
2. Kan anvende kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering og kan bidra til likeverdige tjenester uavhengig av kjønn, etnisitet, språk, religion og livssyn, funksjonsnedsettelse, sosial bakgrunn, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder

Gul markering viser felles LUBer



3. Kan reflektere over maktforhold, profesjonalitet, atferd og egen rolle som fysioterapeut i møte med andre, og vurdere og håndtere etiske problemstillinger

Generell kompetanse

1. Kan formidle sentrale teorier innen etikk og kulturforståelse
2. Har innsikt i kulturelt betingede oppfatninger av funksjonshemming, helse og sykdom, kan utveksle meninger og synspunkter med pasienter, pårørende og fagpersoner, og forstå andres perspektiver og ståsteder

I. KUNNSKAP, KVALITETSSIKRING OG INNOVASJON

Kunnskap

1. Kjenner til vitenskapsteorier og kunnskapsteorier med relevans for helsefag
2. Har kunnskap om forskningsetikk og kan beskrive ulike metoder for innsamling og analyse av empirisk materiale

Ferdigheter

1. Kan anvende kunnskap til å dokumentere, kvalitetssikre, vurdere og formidle egen praksis
2. Kan anvende relevante teoretiske perspektiver i arbeid med faglige problemstillinger
3. Kan anvende digital kompetanse og bistå i utvikling av, og bruke, egnet teknologi både på individ- og systemnivå
4. Kan vurdere og beskrive egne læringsbehov, tilegne seg ny kunnskap og foreta faglige vurderinger, avgjørelser og handlinger i tråd med kunnskapsbasert praksis
5. Kan vurdere risiko for uønskede hendelser og behersker metoder for å følge opp uønskede hendelser systematisk

Generell kompetanse

1. Kan planlegge og gjennomføre arbeidsoppgaver selvstendig og ansvarlig i ulike situasjoner og vise evne til refleksjon og kritisk tenkning
2. Kan planlegge og gjennomføre systematiske kunnskapfagsutviklingsprosjekter og formidle sin faglige kunnskap
3. Kan planlegge, gjennomføre og lede kvalitetsforbedrende arbeidsprosesser
4. Kjenner til innovasjonsprosesser og kan bidra til tjenesteinnovasjon gjennom nytenkning, nysgjerrighet, engasjement og kreativitet
5. Kan formidle faglige problemstillinger, kliniske vurderinger og konklusjoner med fagfeller, andre profesjonsutøvere og beslutningstakere for sammen kunne utvikle gode tjenester.

Gul markering viser felles LUBer



II. SAMFUNN OG POLITIKK

Kunnskap

1. Har bred ~~Kan beskrive kunnskap om~~ fysioterapifagets utvikling og profesjonens samfunnsoppdrag
2. Kan beskrive ~~tjenesten organisering i første-, andre- og tredjelinje~~
3. Kjenner til samers rettigheter, og har kunnskap om og forståelse for deres status som urfolk
4. ~~Har~~ Kan anvende kunnskap om helse- og sosialpolitiske prioriteringer og beslutningsprosesser på kommunalt, regionalt og statlig nivå
5. ~~Har kunnskap~~ Kan beskrive ~~om~~ modeller for pasientforløp og brukernes behov for koordinerte tjenester

Ferdigheter

1. Kan anvende ~~oppdatert~~ kunnskap om helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere i sin tjenesteutøvelse

Generell kompetanse

1. Kan planlegge og gjennomføre fysioterapeutisk virksomhet i henhold til gjeldende lover, forskrifter, regler, ~~organisering av~~ ~~tjenesten og~~ politiske prioriteringer
2. Kjenner til utviklingstrekk i samfunnet med betydning for organisering av helsevesenet og ~~utøvelse~~ av fysioterapi

Kommentert [JL4]: Forstå sammenheng mellom helseproblematikk, organisering av tjenesten og utøvelse av fysioterapi.

Krav til studiets oppbygging

Fysioterapistudiet skal organiseres på en måte som fremmer integrering av teori og praksis. Emnene skal bygge på hverandre og det skal stilles gradvis stigende krav til studentenes kunnskap, ferdighet og kompetanse. Studieprogrammene skal fremstå som helhetlige ved at faglig innhold, pedagogiske virkemidler og praksisstudier kobles sammen.

Det skal være sammenheng mellom læringsutbyttebeskrivelser, læringsaktiviteter og vurderingsformer. Veiledet ferdighetstrening på utdanningsinstitusjonen er viktig for studentenes kliniske handlingskompetanse og personlige, praktiske ferdigheter, og skal derfor ha en sentral plass i alle tre studieår.

Krav til praksisstudiene

Gul markering viser felles LUBer



Praksisstudier er den delen av studiet som foregår i autentiske yrkessituasjoner og som veiledes av en person med relevant yrkesutdanning og yrkespraksis. Veileder for fysioterapistudenter skal som hovedregel være fysioterapeut med norsk autorisasjon og ha formell veilederkompetanse. Praksisstudiene er obligatoriske og dekker minst 1200 timer (30 uker fulltid).

Kommentert [JL5]: Denne utregningen gir 40 timers uker. Dette kan ikke stemme mht til at fysio har 36 timer uker!

- I løpet av studiets siste 2 år skal studentene gjennomføre minst 2 praksisperioder med varighet på 7 uker eller mer. En skal gjennomføres på primærhelsetjenestenivå og én skal gjennomføres på spesialisthelsetjenestenivå
- Utdanningsinstitusjonene skal tilrettelegge for kortere praksisperioder ved andre relevante praksisarenaer, som for eksempel barnehage, skole, arbeidslivsetater og frivillig sektor
- Studentene skal gjennomføre praksisstudier knyttet til folkehelsearbeid i løpet av studiet
- Studentene skal delta i tverrprofesjonelt samarbeid i løpet av praksisstudiene
- Studentene skal erfare tverrprofesjonell samarbeidslæring i reelle og realistiske samarbeidssituasjoner med der studenter fra andre utdanninger ~~deltar~~
- Studentene skal møte brukere i alle aldersgrupper i løpet av praksisstudiene
- Siste studieår skal inneholde bacheloroppgave
- Siste semester skal inneholde klinisk eksamen

Kommentert [JL6]: Her må det skilles mellom praksis og observasjon. Veileder må være fysioterapeut, jmf helsepersonelloven, dersom det skal praksis.

Praksisstudiene tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt. Dette inkluderer samarbeid om utvikling av læringsutbyttebeskrivelser og vurderingsformer som er tilpasset praksisperiodenes varighet, egenart og innhold. I alle praksisperioder skal studentene møte variasjon, få tilstrekkelig veiledning og bli vurdert.



Kunnskapsdepartementet
Helse- og omsorgsdepartementet

30.07.18

Innspill til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanning

Generelt

Det er så vidt vi kan se lagt opp til en felles mal for retningslinjene, men i selve teksten avviker dette ganske mye fra utdanning til utdanning. Vi stusser over språkbruken på noen av utdanningene, og merker oss spesielt at ergoterapiutdanningen slår fast at man ønsker å utdanne til samfunnets behov, og ikke utdanne personer med en viss kompetanse, slik de andre utdanningene tar sikte på. Vi mener at det burde være en felles språkbruk når det gjelder å utdanne helse- og sosialfaglig personell.

Alle helse- og sosialfagutdanningene bør ha med alder som ett av flere kriterier når det gjelder inkludering også når det gjelder alder. I tillegg bør også alle helsefagutdanningene kjenne til hovedtrekkene innenfor norsk helse- og sosialpolitikk og prioriteringer i helsetjenesten. Vi finner dette kun i retningslinjene for sykepleierutdanningen.

Det mangler definisjoner på en rekke begreper, og det savner vi.
Hva er Helse? Brukermedvirkning? Hva er «sosiale problemer»? osv.
Vi kunne også ønsket oss en bedre samordning av oppsettet for utdanningene.

Pensjonistforbundet avgir ikke innspill på Questback, men sender inn dette dokumentet istedenfor der vi tar opp enkelte emner som vi er spesielt opptatt av å få inn i alle helse- og sosialfagutdanningene. Pensjonistforbundet ønsker at helse- og sosialtjenestene skal bli mer brukerorientert, pasientenes behov skal være styrende. Spørsmålet «Hva er viktigst for deg?» gjør at helse- og sosialtjenesten må ha fokus på pasientens først. Ny brukerrolle vil endre måten vi jobber på der pasienten er og blir mer delaktig i å utforme sitt eget helsetjenestetilbud sammen med helse- og sosialtjenesten.

Vi har valgt å gi innspill på sykepleier-, ergoterapeut- fysioterapeut- og vernepleierutdanningene.

Postadresse:

Pb. 6714 St. Olavs pl.
0130 Oslo

Besøksadresse:

Hammersborggt. 12
Inngang Torggata

pf@pensjonistforbundet.no
www.pensjonistforbundet.no

Telefon: 22 34 87 70
Faks: 22 34 87 83

Bankgiro: 9001.05.50202
Org.nr.: 970 323 910



Kompetansekrav.

Pensjonistforbundet vil understreke betydningen av tilstrekkelig kompetanse på følgende områder i tillegg til det som allerede ligger i utdanningene pr. i dag.

1. God geriatrisk kompetanse; aldersprosessen og geriatri
2. God kunnskap om munnhelse
3. Brukermedvirkning, involvering og brukerens rolle i helse- og omsorgstjenestene
4. Pasientsikkerhet og forebygging av vold og overgrep i helse- og omsorgstjenestene
5. Kunnskap om velferdsteknologi og brukerens rolle

1. Kompetansekrav geriatri og aldersprosessen

Pensjonistforbundet vil understreke behovet for at følgende utdannelser: sykepleier-, fysioterapeut-, ergoterapeut- og vernepleierutdannelsene har tilstrekkelig kunnskap om aldersprosessen, sansetap, munnhelse hos eldre og geriatriske sykdommer.

Alle disse utdannelsene yter omfattende pleie, omsorg og støtte til eldre pasienter. Vi vet at levealderen øker og vi får flere eldre. Det blir også flere som lever med flere kroniske sykdommer. Over halvparten av de som mottar helse- og omsorgstjenester eller som mottar helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten er eldre over 67 år.

Oppsummering Geriatri

Det er viktig at helse- og sosialfagutdanningene bygger på god geriatrisk kompetanse og ferdigheter til å møte eldre som mottar helse- og sosialtjenester.

2. Kompetansekrav munnhelse:

Hva som ligger i disse tre utdannelsene når det gjelder kunnskap om munnhelse, antall timer undervisning, om det er obligatorisk og om studentene kan få spørsmål til eksamen, er ukjent for oss. Vi vet at sykepleierutdannelsen har en del undervisning om munnhelse, men vi tror ikke at alle undervisningsstedene har eksamensspørsmål i dette emnet. Dette er nødvendig for å få studentene til å prioritere undervisningen og også sette seg grundig inn i stoffet.

Vedr. sykepleier utdannelsen:

Undervisning om munnhelse må være obligatorisk, eksamensbasert og må gis av kompetent tannhelsepersonell. Studentene må kjenne til de vanligste sykdommene i munnhulen og kunne skille mellom god og dårlig munnhelse. De må også lære hvordan man utfører munnstell på syke pasienter som har redusert egenomsorg. Kunnskap om hjelpemidler til munnstell og diverse munnpleiemidler /profylaksemidler er nødvendig. I praksisperioden må undersøkelse av munn og munnstell være en selvfølgelig del av pasientpleien. Spesielt viktig at dette inngår i rutine ved hjemmesykepleie, i sykehjem eller omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg. Det er viktig at man har fått forståelse gjennom studiet at «*munnen er en del av kroppen*».

Postadresse:

Pb. 6714 St. Olavs pl.
0130 Oslo

Besøksadresse:

Hammersborggt. 12
Inngang Torggata

pf@pensjonistforbundet.no
www.pensjonistforbundet.no

Telefon: 22 34 87 70
Faks: 22 34 87 83

Bankgiro: 9001.05.50202
Org.nr.: 970 323 910



Vedr. vernepleier utdanningen:

Vernepleiere jobber med både unge og eldre med funksjonsnedsettelse. Pleieprosedyrer er en viktig del av deres kompetanse. Derfor må også vernepleiere få generell kunnskap i munnhelse, hvordan man oppnår / vedlikeholder god munn og tannhelse, hvordan man utfører daglig munnstell, kunnskap om hjelpemidler og kjennskap til profylakseprodukter som fremmer god munn og tannhelse. Undervisningen om munnhelse må likestilles med kunnskap om kroppen ellers.

Vedr. Ergoterapeut utdanningen:

Ergoterapeutene er viktig i prosessen når det gjelder å vurdere hjemmesykepleie-pasientenes funksjon i dagliglivet. ADL er et nødvendig verktøy i denne vurderingen. I utdannelsen er det derfor viktig at ergoterapeutene også har et fokus på munnhelse. De bør ha opplæring i hvordan tannpuss skal utføres på andre, kjenne til hjelpemidler for godt munnstell og profylaksemidler som fremmer en god munnhelse. Når ergoterapeuter er med for å utrede pasientens funksjonsnivå, må man også undersøke hvordan pasienten klarer å håndtere sitt daglige munnstell. Fokus på munnhelse må inngå i praksisperioden.

Oppsummering vedr. munnhelse

Det er nødvendig at ergoterapeut, vernepleiere og sykepleier har både kunnskap og ferdigheter når det gjelder munnhelse. Det må i tillegg til undervisningen også være eksamensspørsmål i dette tema.

3. kompetanse brukarmedvirkning

Forskriften beskriver et overordnet felles læringsutbytte der viktige punkter er:

- Identifisering, refleksjon og håndtering av etiske problemstillinger
- Ha kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering uavhengig av blant annet alder
- Ha relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse for å forstå og samhandle med brukere, pasienter og pårørende.

I den enkelte retningslinje for utdanningene som er aktuelle for Pensjonistforbundets brukergruppe, er læringsutbytte mer konkretisert, men fortsatt på et overordnet nivå. Med dette som utgangspunkt og at institusjonene skal konkretisere læringsutbytte lokalt, kan resultatet bli at brukerperspektivet vektlegges ulikt.

Samhandling med brukere, pasienter og pårørende er imidlertid så tydelig understreket i forskriften, og det neppe kan oversees verken faglig eller i praksis. Vi støtter derfor forslagene til retningslinjer for sykepleier, ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Vi viser til ulike formuleringer i retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene.

Sykepleierutdanning

I formålet vektlegges det grunnleggende for profesjonsutøvelsen som å ha respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet, utviklingen av gode kommunikasjons- og samhandlingsevner og viktigheten av å bidra inn i tverrfaglig samarbeid rundt pasient



og pårørende. Under punktet om faglig ledelse og tjenesteutvikling nevnes nødvendigheten av å ha kunnskap om pasientrettigheter og metoder for samvalg. Det omfatter å kunne planlegge og gjennomføre tverrfaglig samarbeid og å lede pasienter og pårørende gjennom pasientforløp.

Under punktet om innovasjon, helseteknologi og digital kompetanse nevnes det å ha innsikt i bruk av teknologiske verktøy som styrker pasienters og pårørendes mestring og medvirkning.

Fysioterapeututdanning

Habilitering, rehabilitering og samhandling er et eget punkt og når det gjelder ferdigheter heter det: «Kan anvende relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse til å forstå og samhandle med brukere, pasienter og pårørende som er i læring-, mestrings- og endringsprosesser. ... Kan anvende relevant kunnskap for å ivareta barn, unge og eldres behov for behandling og/eller tjenester og sikre deres medvirkning og rettigheter.»

Som generell kompetanse nevnes planlegging og gjennomføring av habiliterings-/rehabiliteringsprosesser i samarbeid med pasienter, pårørende og andre helseaktører samt å kjenne til viktigheten av bruker- og pårørendekunnskap.

Under samfunn og politikk vektlegges det å ha kunnskap om modeller for pasientforløp og brukerens behov for koordinerte tjenester.

Ergoterapeututdanning

Også i denne retningslinjen understrekes kompetanse til å møte personer som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser.

Under rettigheter, inkludering og samhandling vektlegges det å anvende personens og pårørendes erfaringskompetanse i terapeutisk samhandling og evnen til å planlegge og gjennomføre prosesser i samarbeid med pasient, pårørende og andre aktører.

Oppsummering vedr. brukermedvirkning

Brukermedvirkning er ivarettatt i flere av helse- og sosialutdanningene på ulike måter og med ulike tilnærminger. Bør ikke dette formuleres på lik måte i alle helsefaglig utdanningene?

4. Forebygging av vold, overgrep og forsømmelser

Utsatthet for vold og overgrep gjelder for alle aldre, men vi har valgt å fokusere på den eldre delen av befolkningen fordi vi tror at det er denne aldersgruppen det har vært minst oppmerksomhet på mht problematikken.

Både hjemmeboende eldre og eldre i institusjoner utsettes for vold og overgrep fra nærstående personer og personer de er i et tillitsforhold til. Det er dessverre liten kunnskap om dette blant helse- og sosialpersonell og det gjør at eldre lider unødig, fordi en ikke får forhindret eller stoppet volden. Nasjonale føringer gjennom

Opptrappingsplan mot vold og overgrep tilsier at det skal vies mer oppmerksomhet rundt problematikken og på forebygging og avdekking av vold og overgrep mot eldre.



I 2017 ble det vedtatt en ny bestemmelse i Helse- og omsorgstjenestelovens (2011) § 3-3a: «*Kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep*» som lyder: «Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep». Det er viktig og nødvendig at kommunenes ansvar tydeliggjøres på denne måten. Men det er fortsatt et stort behov for kunnskaper og økt oppmerksomhet mot at eldre mottakere av omsorgstjenester kan utsettes for vold, overgrep, krenkelser og forsømmelser.

Vi har gransket retningslinjene med tanke på å finne hva som står om tematikken og vi ser at dette er svært ulikt behandlet. Noen har dette kun som kunnskapsmål (ergo, vernepleie, sykepleie), mens andre (fysio, radiograf og sosionom) har dette også som ferdighetsmål. Vi merker oss også at sykepleie har «kjenner til» i stedet for kunnskap om, som de andre utdanningene har. Vi opplever at «å kjenne til» er mindre forpliktende enn å «ha kunnskap om» og vi foreslår at sykepleierne endrer dette.

Vi viser til ulike formuleringer i retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene.
Ergoterapeututdanningen:

Har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer.

Fysioterapeututdanningen:

Har bred kunnskap om sosiale og helsemessige problemer, inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus og sosioøkonomiske problemer.

Kan anvende relevant kunnskap for å identifisere og følge opp mennesker som er utsatt for omsorgssvikt, vold og overgrep, og henvise videre ved behov.

Radiografutdanningen:

Har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus og sosioøkonomiske problemer og kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer. Kandidaten skal kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling eller henvise videre ved behov.

Sosionomutdanningen:

Har kunnskap om vold, fysiske, psykiske og seksuelle overgrep.

Kan gjenkjenne symptomer på vold og overgrep og kan avdekke og sette inn tiltak som lindrer og reduserer konsekvensene av svikt overfor barn og voksne i alle aldre.

Kan arbeide metodisk og tverrfaglig i møte med mennesker som utøver og utsettes for vold og overgrep

Sykepleieutdanningen: Kjenner til sosiale og helsemessige utfordringer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer, kunne støtte og



bidra til at mennesker med slike utfordringer får relevant oppfølging av helse- og sosialtjenesten.

Vernepleie:

Har kunnskap om hvordan sosial ulikhet og sosiale problemer som omsorgssvikt, vold, overgrep, mobbing, rus- og sosioøkonomiske problemer påvirker helse, levekår og livskvalitet.

Oppsummering vedr. vold og overgrep

Pensjonistforbundet er mest fornøyd med formuleringene til sosionomutdanningen på dette området og anbefaler at de andre utdanningene følger opp med samme formulering slik at dette viktige problemområdet får den plass som er nødvendig i alle helse- og sosialfagutdanningene. Tematikken vold og overgrep må inn i retningslinjene både som kunnskapsmål og ferdighetsmål, og følges opp med tilstrekkelig undervisning slik at ansatte i helse- og sosialtjenestene har den nødvendige kompetansen.

5. Velferdsteknologi

Pensjonistforbundet støtter at hovedløsningene kan være digitale i offentlig forvaltning, helsevesen og kommersielle virksomheter. Men de som ikke er digitale skal ikke bli diskriminert dvs. få dårligere tjenester eller ekstra kostnad.

Forskning viser at det i mange år framover vil være personer som ikke kan tilegne seg digital kompetanse, eller mister denne som følge av sykdom eller ulykke. Å vite at samfunnet tilrettelegger og ivaretar de som ikke er digitale betyr at du kan eldes trygt.

Flere og flere kommuner ønsker å ta i bruk velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Det er derfor viktig at bruk av velferdsteknologi gir nytteverdi for både brukerne, pårørende og helsepersonell.

Kompetanse – velferdsteknologi

Sykepleierutdanningen

Kjenner til og *kunne bruke* relevant teknologisk verktøy og innovative løsninger i helsetjenesten.

Kan reflektere etisk og juridisk over bruk av teknologiske verktøy og sosiale medier
Ta i bruk velferdsteknologi i samsvar med brukernes behov og ønsker. Bidra til god brukerstøtte og veiledning til pasienter og pårørende.

Kjenner til innovasjonsprosesser og kan bidra til tjenesteinnovasjon gjennom nytenkning og kreativitet.

Oppsummering vedr. velferdsteknologi

Pensjonistforbundet ser stor ulikhet når det innhold i retningslinjene for de ulike helsepersonellfagutdanningene når det gjelder krav til den digitale kompetansen. Vi støtter formuleringene i retningslinjene når det gjelder digital kompetanse som er foreslått i sykepleierutdanningen. Det er spesielt viktig at bruk av teknologiske verktøy



skal styrke pasient og pårørendes mestring og medvirkning. Vi mener at det vi har fremhevet i kursiv bør komme i tillegg det som står i retningslinjene i sykepleier-utdanningen og at også ergoterapeutene, og vernepleierne bør få dette inn i sine retningslinjer.

Konklusjon

Det er nødvendig at helse og sosialfagutdanningene bygger på god geriatrisk kompetanse og ferdigheter til å møte eldre som mottar helse- og sosialtjenester. Brukermedvirkning er ivarettatt i flere av helse- og sosialutdanningene på ulike måter og med ulike tilnærminger. Bør ikke dette formuleres på lik måte i alle helsefaglig utdanningene?

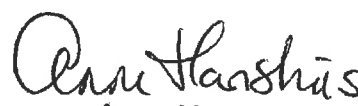
Det er nødvendig at ergoterapeut, vernepleiere og sykepleier har både kunnskap og ferdigheter når det gjelder munnhelse for eldre. Det må i tillegg til undervisningen også være eksamensspørsmål i dette tema.

Tematikken vold og overgrep må inn i retningslinjene både som kunnskapsmål og ferdighetsmål, og følges opp med tilstrekkelig undervisning sli at ansatte i helse- og sosialtjenesten har den nødvendige kunnskapen.

Det er spesielt viktig at bruk av teknologiske verktøy skal styrke pasient og pårørendes mestring og medvirkning. Helse- og sosialpersonell må bidra til god brukerstøtte og veiledning på dette området.

Vennlig hilsen
For Pensjonistforbundet

Harald Olimb Norman
Generalsekretær


Anne Hanshus
seniorrådgiver

Postadresse:

Pb. 6714 St. Olavs pl.
0130 Oslo

Besøksadresse:

Hammersborggt. 12
Inngang Torggata

pf@pensjonistforbundet.no
www.pensjonistforbundet.no

Telefon: 22 34 87 70
Faks: 22 34 87 83

Bankgiro: 9001.05.50202
Org.nr.: 970 323 910



Norsk studentorganisasjon

Holbergs gate 1 / 0166
Oslo
T: 22 04 49 70
E: nso@student.no
W: www.student.no

Høringsuttalelse

NSOs arbeid med programgruppene for utarbeiding av retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)

Dato: 30.07.2018

Høringsuttalelse RETHOS

Norsk studentorganisasjon (NSO) ønsker å takke Kunnskapsdepartementet for muligheten til å komme med innspill til retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger. Overordnet sett er det gjort et stort og grundig arbeid av komiteene. Det videre høringssvaret konsentrerer seg derfor om de utfordrende aspektene ved de foreslåtte retningslinjene. Summen av de foreslåtte retningslinjene er svært omfattende. Derfor vil høringssvaret i hovedsak befatte seg med overordnede og tverrgående problemstillinger knyttet til retningslinjene.

Forholdet mellom Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk og retningslinjene

NSO mener det er viktig at forholdet mellom de foreslåtte retningslinjene og Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk er godt. Det er viktig for NSO at retningslinjene skal supplere NKR, slik at man får et logisk oppbygd rammeverk som regelverk og retningslinjer som studieprogrammene må forholde seg til. Dette må ha konsekvenser for detaljeringsgraden i retningslinjene. NKR skal være mer overordnet enn retningslinjene, og retningslinjene må utdype målene som settes i NKR.

NSO er bekymret for at måten noen av de foreslåtte retningslinjene er utformet på bidrar til forvirring mellom de ulike virkemidlene. Flere av de foreslåtte retningslinjene er etter NSOs synspunkt overlappende med NKR. Det må være et mål om at retningslinjene skal utdype målene i NKR.

Dette gjelder disse punktene i retningslinjene:

I retningslinjen for ergoterapiutdanningen

Punkt 1 under VIII Innovasjon, kvalitetssikring og ledelse:

«Har kunnskap om ledelse, prosjektarbeid, utviklings- og innovasjonsprosesser». Her er innovasjonsprosesser dekket av «generell kompetanse» på bachelor.

I retningslinjen for bioingeniørutdanningen

«15. Kjenner til forsknings- og utviklingsarbeid innenfor bioingeniørens fagområde». Dette står i NKR under «kunnskap» på bachelornivå.

I retningslinjen for barnevernpedagogutdanningen

«18. Har kjennskap til nytenkning og innovasjonsprosesser». Dette punktet er direkte kopiert fra NKR under «generell kompetanse» på bachelornivå.

«1. Kan reflektere over egen fagutøvelse.» Dette punktet er likelydende med ferdighetsmål på bachelornivå i NKR. I målformuleringen til NKR er det i tillegg lagt til en presisering om at studenten må kunne justere sin faglige utøvelse under veiledning som er fjernet i retningslinjene. Dette gjør at punktet i retningslinjen er mer overordnet enn i NKR.

I retningslinjen for sykepleierutdanningen

«1. Har innsikt i yrkesetiske retningslinjer i profesjons- og tjenesteutøvelse». I NKR er et av målene «har innsikt i relevante fag- og yrkesetiske problemstillinger». Selv om formuleringen ikke er den samme er det vanskelig å se hva slags forskjeller utdypingen i retningslinjen i praksis vil gi.

I retningslinjen for radiograf-utdanningen

«2. Kjenner til forsknings og utviklingsarbeid innenfor fagfeltet». Dette står i NKR under «kunnskap» på bachelornivå.

Omfang og detaljeringsgrad i og på tvers av retningslinjene

De forskjellige retningslinjene er svært forskjellig når det kommer til omfang av læringsutbyttebeskrivelser (LUB). Som beskrevet ovenfor er en del av retningslinjene for overordnede til at det er lite hensiktsmessig at de vedtas inn som retningslinjer, kan noen av retningslinjene av en slik detaljeringsgrad at utdanningsinstitusjonene får svært lite fleksibilitet i utformingen av studieplaner og emnebeskrivelser. Dette kan særlig bli et problem hvis retningslinjene forskriftsfestes, og slikt sett blir vanskelige å justere på et senere tidspunkt.

Omfanget av punkter i retningslinjene varierer også i retningslinjene. I forslaget til retningslinjer i vernepleierutdanningen er det for eksempel fremmet 76 enkeltstående LUBer. Til sammenligning har bioingeniørutdanningen 38 LUBer. Det bør ikke være et mål om at alle retningslinjene skal ha nøyaktig antallet LUBer. Antall LUBer sier imidlertid noe om hvor mange temaer studentene skal igjennom i løpet av en grad, og hvis dette skal omsettes i tidsbruk per LUB, så bør man diskutere om for mange LUBer kan forringe kvaliteten på studieprogrammet og føre til for lav grad av faglig frihet.

Minoriteters rettigheter

NSO mener det er svært viktig at man ivaretar rettighetene til alle minoritetsgrupper i samfunnet. NSO er bekymret for at en spesiell vektlegging av én gruppe fører til mindre fokus på andre grupper i samfunnet som er avhengig av å møte en helsetjeneste som har forståelse for deres situasjon som minoriteter. Når disse retningslinjene skal omsettes i konkrete studieplaner er NSO bekymret for at nåværende fokus i retningslinjene vil medføre mindre fokus på andre minoriteters problemstillinger.



Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 Oslo
Postmottak@kd.dep.no

Vår referanse:
18/02379-2 / 008

Deres referanse:
18/643

Dato:
27.06.2018

Høringsuttalelse fra Sykehuset i Vestfold HF til forslag om nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene

Sykehuset i Vestfold HF (Siv) viser til høringsbrev fra Kunnskapsdepartementet (KD) datert 17. april 2018 der det bes om innspill på innhold i nye helse- og sosialfaglige retningslinjer. KD ønsker en vurdering av om retningslinjene er i tråd med tjenestenes og brukernes behov, om omfanget av retningslinjene er gjennomførbare innen rammen av en bachelorutdanning, og om det er mangler eller områder som bør utgå av retningslinjene. Nedenfor følger Sykehuset i Vestfold HF's overordnede kommentarer til høringen. I vedlegg følger spesifikke kommentarer til retningslinjen i sykepleie.

Nytt styringssystem

Praksisstudiene skjer i et samspill mellom helseutdanningene og arbeidslivet, men tjenestene har frem til nå i liten grad hatt mulighet for å påvirke innholdet og utformingen av utdanningene. Det er derfor positivt at det nye styringssystemet for helse- og sosialfaglige utdanninger tar hensyn til dette og etablerer styringsmekanismer som sikrer at innholdet i utdanningene samsvarer bedre med tjenestens faktiske og framtidige behov. At samarbeidet mellom tjenestene og UH-sektoren styrkes er avgjørende for å sikre god fremtidig kvalitet i pasientbehandlingen.

Dimensjonering av studieplasser

Et område som det nye styringssystemet ikke fanger opp, og som bør endres, er helseforetakenes innflytelse på dimensjonering av studieplasser. Helseforetakene har i dag ingen innflytelse på antallet studieplasser som opprettes. Allikevel er vi pliktige til å gi alle studenter, uavhengig av hvor mange de er, et tilbud om praksisplass i sykehusene som tilfredsstiller alle de krav som er satt.

Etter vårt syn bør det nasjonalt utformes et bedre system for å avstemme kapasitet og behov. Det kan synes som om dialogen mellom sektormyndighetene ikke fungerer godt nok innen området. I dag kartlegger Helse- og omsorgsdepartementet kapasiteten i helseforetakene som grunnlag for dialog med KD om fastsetting av kandidatmåltall. UH-sektoren beslutter allikevel ensidig hvor mange studenter de velger å tilby studieplass, uten å være i dialog med tjenestene om deres vurdering av egen kapasitet. Etter vårt syn er dette ikke godt nok. Det bør i stedet etableres et system og en struktur hvor UH-sektor og tjenestene finner mer omforente og koordinerte løsninger. Med tanke på de antatt store rekrutteringsutfordringene vi vil få fremover er det avgjørende at studieplassdimensjoneringen foregår på en tillitsvekkende og fornuftig måte.

Praksisveileders kompetanse

Retningslinjene spriker i stor grad når det gjelder krav til praksisveileders kompetanse. Forskrift om felles rammeplan for grunnutdanningene innen helse- og sosialfag presiserer at veilederne normalt skal ha samme profesjon som studentene, og som hovedregel bør ha formell veiledningskompetanse. I retningslinjen for sykepleie foreslås det at praksisveileder med hovedansvar skal ha veilederutdanning tilsvarende minimum 10 studiepoeng på mastergradsnivå. Retningslinjen stiller altså strengere krav til veileders kompetanse enn forskriften. Dette må KD rydde opp i og avklare. Dersom KD mener at alle veiledere skal ha en veilederutdanning av 10 studiepoeng må dette begrunnes bedre, kostnadsberegnes og det må komme fram hvilke konsekvenser en slik prioritering vil få for helseforetakene.

Nasjonale retningslinjer som pålegger en veilederutdanning av et omfang på 10 studiepoeng er ikke ønskelig. 10 studiepoeng genererer ca. 250 timers arbeidsinnsats fra den enkelte kandidat. Å ta en sykepleier ut av klinisk drift en dag (inkludert sosiale kostnader) beløper seg til ca kr 2800. I tillegg må tilsvarende vikarkostnader inkluderes. Nå vet vi ikke eksakt hvordan studieprogrammet vil legges opp, men 10 studiepoeng tilsvarer ca 34 dager med fravær. Tar vi utgangspunkt i dette, blir kostnaden ved å sende en sykepleier på utdanningen kr 190 000.

SiV har til enhver tid svært mange veiledere. Bare på bachelorutdanningen i sykepleie har vi anslagsvis 150 praksisveiledere. Skal alle disse ta veilederutdanningen på 10 studiepoeng, tilsvarer det en kostnad for sykehuset på kr 28 500 000. Dette er betydelig kostnad og en prioritering innenfor den økonomiske rammen helseforetaket har til rådighet som vi ikke ønsker. Det vil innebære omprioriteringer, nedskalering av personell og gi oss driftsutfordringer. Det er klart at når et omfang av fast ansatte kontinuerlig er under utdanning, og vikarer må dekke deres vakter, vil det få betydning for kvaliteten i pasienttilbudet.

Vi er enige i at veiledernes kompetanse er en vesentlig faktor for å sikre god kvalitet i praksisstudiene. Etter vårt syn kan det sikres godt med en viss differensiering av utdanningstilbudet for praksisveiledere. SiV kan være tjent med at et visst omfang av veiledere har en formalisert veilederutdanning, og at disse fungerer som støtte for andre kollegaer som har veilederkurs av mindre omfang. Like viktig som en akademisk formalisering av veiledernes kompetanse er det å sikre at eget veilederkorps har nok tid til sine oppgaver, følges opp på en god måte, og har de nødvendige arenaene for diskusjon og utvikling.

I tillegg må alle retningslinjene inneholde læringsutbyttebeskrivelser som sikrer veilederkompetanse, slik at den enkelte student kvalifiserer for denne oppgaven. Veiledning er en kontinuerlig oppgave for alt helse- og sosialfaglig personell, og kompetansen som ligger til grunn kan benyttes både til pasienter, pårørende, kollegaer og studenter.

UH-ansattes rolle i praksisstudiene

Det foreslåtte veilederkompetansekravet må ses i sammenheng med hva som skal være universitets- og høyskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine studier i praksis. Det er positivt at retningslinjen for sykepleie spesifiserer at lærer skal være oppdatert i praksisstedets problemstillinger og sikre kontinuitet, sammenheng og progresjon i studiet. Men sykehuset mener lærers rolle og krav til oppfølging må defineres tydeligere. Det kan ikke være opp til den enkelte helseforetak og den enkelte utdanningsinstitusjon å fremforhandle løsninger på dette. Sykehuset støtter derfor forslaget om at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler hvor blant annet utdanningsinstitusjonenes ansvar for oppfølgingen av studenter i praksis operasjonaliseres tydeligere.

Ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN) legges det nå opp til en formalisert hospiteringsordning som skal bidra til at fagpersonalet ved USN har god kjennskap til praksisfeltets oppgaver, utfordringer og

arbeidsmetodikk. Ordningen gjøres obligatorisk for fagpersonale uten relevant yrkeserfaring fra de siste årene, og sykehuset har støttet etablering av ordningen. At lærer deltar i de alminnelige arbeidsoppgavene i praksisfeltet i en gitt periode og at dette gjennomføres som en regelmessig aktivitet, vil være et godt tiltak for å bidra til at studentene tilbys en utdanning med helhet og sammenheng.

Lokal autonomi vs sentral styring

Det nye styringssystemet forsøker å kombinere lokal handlefrihet og institusjonell tilpasning for UH-sektoren med sentral styring og regulering av innholdet i utdanningene. Dette er en vanskelig kombinasjon. For sykehuset er det vesentlig at læringsutbyttebeskrivelsene er så detaljerte og konkrete som mulig. Uavhengig av hvor i landet utdanningen foregår må arbeidsgiver være trygg på hvilken sluttkompetanse studentene har. Dette er viktig for pasientsikkerheten og for kvaliteten på tjenestetilbudet. Det vil fremdeles være behov for lokal opplæring ved ansettelse, men det blir alt for rigid og tungvint om nyansattprogrammer må tilpasses ut fra hvor kandidatene har studert.

Det er uklart hvor ensartede utdanningene kommer til å bli på grunnlag av retningslinjene. Dette til tross for at læringsutbyttebeskrivelsene er mange og til dels detaljerte. Det ligger en vektning i begrepsbruken (taksonomien), men så lenge det ikke er knyttet studiepoeng til emner er det vanskelig å vite hvordan dette slår ut i praksis. Vi er klar over at det ligger utenfor mandatet til arbeidsgruppene, men etter vårt syn må departementet igangsette tiltak slik at det etableres relativt ensartede og gjenkjennelige utdanninger på tvers av landet.

Vennlig hilsen

Bente Krauss
HR-direktør
Sykehuset i Vestfold HF

01.08.2018

Kunnskapsdepartementet
postmottak@kd.dep.no

Høring Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger - (RETHOS)

Innspill fra Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet

Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF) arbeider for at fagområdet klinisk ernæring integreres i norsk helsearbeid, og for å sikre befolkningen nødvendig, likeverdig og god klinisk ernæringsfaglig tjeneste og behandling. Foreningen jobber for at utdanningen av kliniske ernæringsfysiologer samsvarer med samfunnets og pasientenes behov for trygge, sikre og effektfulle ernæringstjenester av høy kvalitet.

KEFF takker for muligheten til å komme med innspill til denne høringen. Departementet ber særlig om vurdering av hvorvidt innholdet i retningslinjene er i tråd med tjenestenes og brukernes behov. Videre ønskes innspill vedrørende omfang og gjennomførbarhet innenfor rammen av bachelorutdanning, og om noe mangler eller bør utgå i retningslinjen. Det er KEFFs vurdering at behovet for kompetanse innen kosthold og ernæring ikke i tilstrekkelig grad reflekteres i de nasjonale retningslinjene som er til høring. Vi har på bakgrunn av dette følgende innspill:

Behov for kompetanse om ernæring og om klinisk ernæringsfysiolog

En rekke offentlige styringsdokumenter har beskrevet mangel på kvalitet i ernæringsarbeidet i helse- og sosialtjenesten, behov for flere kliniske ernæringsfysiologer og behov for økt ernæringskompetanse blant øvrig personell. Dette fremkommer blant annet i regjeringens Handlingsplan for bedre kosthold, kvalitetsreformen Leve hele livet og i myndighetenes arbeid med å forebygge de ikke-smittsomme sykdommene. Det er satt fokus på utfordringer knyttet til ernæring blant mennesker som har psykiske lidelser eller rusproblematikk og blant mennesker med utviklingshemming (1).

Mange nasjonale faglige retningslinjer og veiledere omhandler ernæringsaspekter ved forebygging, utredning og behandling av sykdom. Vi vil i denne sammenheng særlig trekke frem Helsedirektoratets kostråd, herunder det vitenskapelige grunnlaget for disse, nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av de ulike ikke-smittsomme sykdommene, nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring og Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har publisert flere utredninger om ernæringskompetanse i helsetjenesten, herunder nylig rapport om Ernæringskompetanse blant nøkkelpersonell, som ble lansert i

mars 2017 (2,3). Ulike helsepersonellgrupper vil med bakgrunn i sin fag-/yrkesbakgrunn skulle ivareta ulike oppgaver innen ernæringsarbeidet i helsetjenestene. Helsedirektoratet har også publisert anbefalinger knyttet til fordeling av ansvar og oppgaver mellom helsepersonell for å ivareta god ernæringspraksis i helsetjenestene (4). Her fremkommer blant annet at:

"Grunnleggende kartlegging av ernæringsstatus/-tilstand og iverksettelse av mer basale ernæringstiltak skjer (oftest) i samarbeid mellom lege og sykepleier. Lege har ansvar for å innhente bistand fra annet kvalifisert personell, og samarbeide og samhandle med dem dersom pasientens behov tilsier det. Legen bør samarbeide med klinisk ernæringsfysiolog når pasientens ernæringstilstand eller sykdom er av slik art at det er behov for mer avansert ernæringsfaglig utredning, diagnostisering eller ernæringsbehandling av mer sammensatt karakter".

Videre at: "Sykepleier har også en viktig rolle i å tilby helsefremmende veiledning og opplæring av pasientene, herunder veiledning og opplæring innen kosthold og ernæring. Observasjon av væske- og ernæringstilstand hos pasienter, uavhengig av type helseproblem eller behandling, er en viktig del av sykepleietjenestens oppgaver, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Sykepleieren har ansvar for å sørge for at pasienten får tilstrekkelig mat og drikke som er tilpasset pasientens behov og ønsker. Sykepleieren har ansvar for ernæringskartleggingen, eventuelt for å utarbeide en ernæringsplan, og har sammen med annet pleiepersonell ansvar for å sørge for å følge opp tiltak i planen. Sykepleieren har på samme måte som legen ansvar for å innhente bistand fra og samarbeide med annet kvalifisert personell ved behov. Sykepleieren vil ofte ha som oppgave å følge opp ernæringsbehandlingen og sørge for at pasienten både er tilstrekkelig informert og har forståelse for sin situasjon, så langt det er mulig".

Rapporten beskriver også kortfattet øvrige helsepersonellgrupper slik som fysio- og ergoterapeuter, som blant annet "kan bidra i innledende kartlegging av ernæringsstatus for eksempel gjennom kartlegging av vekt, styrke og funksjon relatert til ernæringsstatus". Sosialfaglig personell, slik som vernepleier, barnevernspedagog og eventuelt sosionom må på samme måte forventes å ha grunnleggende kunnskap om kosthold og ernæring i møte med sine pasienter og brukere.

Mangelfull tilgang på et offentlig klinisk ernæringsfaglig tilbud står i sterk kontrast til befolkningens tilgang på råd fra lekfolk og oppslag i dagspresse, for eksempel omtale av såkalte motedietter. Knappt noe annet fagfelt er så til de grader gjenstand for synsing, personlige preferanser og påstander uten forankring i evidensbasert vitenskap. Grupper som arbeider med helseopplysning uten tilstrekkelig kompetanse og innspill fra fagfolk med spesiell kompetanse, kan videreføre misforståelser uten at det korrigeres eller kvalitetssikres. Det er derfor spesielt viktig at alle grupper helse- og sosialfaglig personell er kjent med offentlige anbefalinger og bakgrunnen for disse.

Kliniske ernæringsfysiologer er den eneste autoriserte helsepersonellgruppen i Norge med spesialkompetanse på medisinsk ernæringsbehandling. Som klinisk ernæringsfysiolog har man et særlig ansvar for ernæringsbehandling av pasienter. Yrkesgruppen utøver medisinsk ernæringsbehandling av personer med svært ulike sykdommer og tilstander knyttet til ernæring og kosthold. En del av jobben kan også være å forebygge sykdommer gjennom opplysningsarbeid (5). At klinisk ernæringsfysiolog er blitt involvert (i tide) i ernæringsbehandling, blir vektlagt av Helsetilsynet i tilsyn, der de vurderer om tjenesten er i henhold til krav.

Innspill til retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

KEFF foreslår at de aktuelle helse- og sosialfagutdanningene omfatter læringsmål knyttet til kosthold og ernæring som omfatter:

1. Ha kunnskap om Helsedirektoratets kostråd og om det vitenskapelige grunnlaget for disse.
2. Ha kunnskap om betydning av underernæring, feilernæring og andre ernæringsutfordringer relatert til medisinsk behandling og prognose.
3. Kjenne til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, samt øvrige relevante retningslinjer og veiledere, herunder Kosthåndboken
4. Ha kompetanse til å kunne avdekke ernæringsmessig risiko (under- og/eller feil- og overernæring)
5. Kunne initiere/iverksette (eventuelt henviser videre for) grunnleggende ernæringsbehandling for å forebygge og behandle under- og/eller feil- og overernæring.
6. Ha kunnskap om yrkesgruppen kliniske ernæringsfysiologer, dennes kompetanse og kunne vurdere når klinisk ernæringsfysiolog skal involveres i oppfølging og behandling av pasienten.

Ta gjerne kontakt med KEFF ved behov for mer utfyllende informasjon.

Med vennlig hilsen

Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF)

Mandeep Kaur Bains
Leder

Kilder:

1. <https://tidsskriftet.no/2018/01/debatt/retten-til-et-helsefremmende-kosthold-personer-med-utviklingshemning>
2. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1290/Kompetansebehov%20inne%20ern%C3%A6ring%20hos%20n%C3%B8kkelgrupper%20IS-2592.pdf>
3. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/erneringskompetanse-i-helse-og-omsorgstjenesten>
4. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernering/erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-erneringspraksis#ansvar-for-ernæringsarbeidet-i-helse--og-omsorgstjenesten>
5. <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/autorisasjon-og-lisens/klinisk-ernæringsfysiolog#-om-utdanning-som-klinisk-ernæringsfysiolog>

Kunnskapsdepartementet (2)
Postboks 8119 DEP
0032 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 18/594-2
Saksbehandler: Jon-Torgeir Lunke
Dato: 29.07.2018

Om forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger - Høringssvar fra Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse viser til høringsbrev fra Kunnskapsdepartementet datert 17. april 2018, med svarfrist 1. august 2018.

Direktoratet for e-helse gir en samlet høringsuttalelse som angår teknologi og digitalisering for alle fagene.

Vårt høringssvar er vedlagt brevet. Vi håper at innspillene kan bidra til utvikling av retningslinjene.

Vennlig hilsen

Karl Stener Vestli e.f.
divisjonsdirektør

Robert Nystuen
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

Høringsuttalelse

Om forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

Høringsbrev og – notat fra Kunnskapsdepartementet datert 17.04.2018

Frist: 01.08.2018¹

Direktoratet for e-helse viser til Kunnskapsdepartementets forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene.² Kunnskapsdepartementet ber om svar via Questback for hvert av utkastene til retningslinje. Direktoratet for e-helse gir en samlet høringsuttalelse som angår teknologi og digitalisering for alle fagene.

Direktoratet for e-helse³ er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet skal bidra til nasjonal satsing på digitalisering i helsetjenesten for å oppnå økt kvalitet og effektivitet, bedre samhandling mellom helseaktører og tilrettelegging for en mer aktiv pasientrolle. Målsetningene er blant annet én helhetlig og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som utnytter de teknologiske mulighetene og involverer innbyggere.

Kunnskapsdepartementet skriver at det kan bli justeringer av retningslinjene etter høringsrunden. Direktoratet for e-helse vil i sin tilbakemelding særlig legge vekt på:

1. Digitalisering er av stor betydning for fremtidig tjenestefaglig kvalitet og for å møte behov hos brukere og pasienter. Vi peker på behovet for digital kompetanse, ferdigheter og teknologiforståelse som viktig del av undervisningen på universitets- og høghskolenivå. Det er viktig at utdanningskandidatene, uavhengig av fagområde, har digitale kunnskaper som bidrar til samhandling og samarbeid.
2. Politiske føringer (Regjeringens politikk m.m.) og nasjonale reformer innebærer at utdanningene må absorbere de endringer som skjer i samfunnet pga. digitalisering og økt bruk av informasjonsteknologi. Vi stiller spørsmål om forslag til retningslinjene fullt ut reflekterer føringene. Føringer og reformene trekker frem digitalisering av offentlig sektor som en av grunnstenene for bærekraftig utvikling av velferdstjenestene.
3. Læringsutbyttene i bachelorutdanningene bør bli presise på nivåforskjellene mellom kunnskap- ferdighet - generell kompetanse knyttet til digitaliseringsområdet. Læringsutbyttene bør reflektere og videreutvikle de kunnskapene kandidatene har med seg fra grunn- og videregående skole.

Vi gjør nærmere rede for disse tre hovedpunktene fordelt på tre avsnitt i teksten som følger.

¹ Saksbehandler: Jon-Torgeir Lunke, e-post: jon-torgeir.lunke@ehelse.no, tlf. 468 11 904

² Kunnskapsdepartementet 17.04.2018; [Høringsbrev og Høringsnotat](#)

³ Direktoratet for e-helse, www.ehelse.no

Betydningen av digitalisering som kunnskapsområde – herunder e-helse

Direktoratet for e-helse viser til arbeidet med forskrift, felles rammeplan for de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene og nytt styringssystem for disse. Vi har bl.a. lagt merke til innspill og anbefalinger fra Universitets- og Høgskolerådet⁴. Direktoratet for e-helse er tilfreds med alle utdanningene får et felles rammeverk for læringsutbytte og at sektormyndighetene kan påvirke innholdet.

Digitalisering muliggjør nye måter å utøve helse-, omsorg- og velferdstjenester på. Et viktig spørsmål er hvilke kompetanser som kreves for å mestre den nye digitale hverdagen. Digitalisering av helse- og velferdstjenestene innebærer at data-, informasjonsutveksling og bruk av IKT skjer i øket omfang mellom aktører og befolkningen/pasienter/ brukere. For helse- og omsorgssektoren har Regjeringen for sin e-helsepolitikk disse sentrale kompetanseområdene for digitalisering:

1. Pasientens helsetjeneste- Digitale innbyggertjenester- Pasientens netthelsetjeneste
2. Bedre samhandling og samarbeid blant helsepersonell – enkel tilgang til data
3. Et mer kunnskapsintensivt helsesystem – bedre sekundærbruk av data

Digitalisering av offentlig sektor øker også behovet for kunnskap om informasjonssikkerhet og personvern. Gode IKT systemer gjør helse- og velferdssektoren attraktiv som arbeidsplass og enhetlige systemer bidrar til arbeidsstyrkens mobilitet og mindre avhengighet til fysiske (geografiske) plasserte behandlingssteder. Det er derfor riktig at utdanningskandidatene, uavhengig av fagområde, har digitale ferdigheter og generell digital kompetanse som bidrar til samhandling og samarbeid. Digital kompetanse i bachelorutdanningene blir en naturlig videreføring av de digitale ferdighetene studentene har oppøvd seg gjennom grunnskolen og studieforberedende undervisning.

I forskriften felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger §2, er det 12 områder for felles læringsutbytte. Vi vurderer at alle læringsutbyttene innebærer element eller behov for digital kunnskap, digital ferdighet og generell digital kompetanse. Kandidaten må i et fremtidig "digitalt samfunn" forholde seg til alle disse områdene digitalt. Eksempelvis i § 2, punkt 4, vil felles elektronisk journalløsning og pasientadministrative systemer bidra til helt nye arbeidsprosesser og nye former for helsehjelp. Et annet eksempel fra § 2, punkt 5, er at elektronisk kommunikasjon og samhandling vil kreve god regelforståelse og kunnskap om personvern, informasjonssikkerhet, samtykkeløsninger og elektronisk innsyn i journal eller saksmappe. Et siste eksempel er kandidatens kunnskap om og anvendelse av standarder, kodeverk og terminologi med utgangspunkt i flere av læringsutbyttene, som for samhandling, bruk i folkehelsearbeidet og fordeling av ressurser⁵. Eksemplene viser også med tydelighet at den fremtidige yrkesutøver må kunne veilede pasient, bruker og pårørende, slik at innbygers rettigheter og integritet ivaretas samtidig.

Punktene 10., 11. og 12 i §2 i forskriften inviterer særskilt til at læringsutbyttene blir konkretisert på e-helse og digitaliseringsområdet. Kunnskapsbehov for helse- og velferdstjenestene er i økende grad datadrevne; innovasjonsaspektet er særskilt fremtredende i det vi kjenner som "digital

⁴ Universitets- og Høgskolerådet. Prosjektrapport til KD 1. juni 2015.

⁵ Direktoratet for e-helse. Standarder, kodeverk og referansekatalog m.m.

transformasjon"; utdanningen bør sikre kandidatene digital kunnskap, digital ferdighet (bruk av) og dypere forståelse (generell kompetanse), jf. punkt 12.

Digitalisering handler om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre og å tilby nye og bedre tjenester som er enkle å bruke, effektive, og pålitelige. Digitalisere kan være lønnsomt og hensiktsmessig for virksomhetene, så lenge de digitale løsningene bidrar til raskere og mer korrekt saksbehandling. Digitaliseringsarbeidet får enda større effekt dersom det forenkler kontakten mellom virksomheter og innbyggere. Digitaliseringen av offentlig sektor i Norge har som utgangspunkt at innbyggerne i stor grad er digitale. Innbyggerne forventer således at helse- og velferdstjenestene tilbyr gode digitale tjenester og tjenesteytere med kunnskap på området^{6,7}.

Digitalisering og informasjonsteknologi utfordrer tjenestene, men gir samtidig store muligheter på grunn av tre viktige utviklingstrekk⁸.

1. Kommunikasjonshastigheten øker: Sende og motta informasjon blir stadig billigere og mer effektiv. Informasjonsinnhenting og planlegging blir enklere fordi mange systemer kobles sammen og gir det en trenger av informasjon i tid og sted når man yter tjenester
2. Lagre (og finne igjen) informasjon: Dataanalyser blir i økende grad automatisert. Data-maskinene finner sammenhenger i data og vurderer raskt hvilke metoder som fungerer best.
3. Beregne (prosessere) informasjon: Datamaskiner regner raskere- vi får økt prosesseringskraft. Dette får betydning for hvordan vi organiserer og hva vi gjør. Mange rutiner som er virksomme i dag, er ofte resultat av manglende regnekraft.

Disse utviklingstrekkene medfører at utdanningskandidatene får behov for undervisning om informasjons- og kommunikasjonsteknologi og digitalisering. En viktig arena for å prøve ut ervervet kunnskap under studietiden, er det som skjer i praksistiden. Bruk av e-helse og digitale løsninger er mer enn ferdighet (les: "tastologi"). Helsepersonell og de som jobber i velferdstjenestene har dokumentasjonsplikt. Hver og en virksomhet må sørge for at de har systemer som understøtter denne og at bruken av systemene foregår innenfor rammene av gjeldende regelverk. På denne måten bør opplæringen forankres i den organisatoriske konteksten systemene brukes i. Et godt læringsmiljø påvirkes av virksomhetenes bruk av IKT-systemer og at disse utvikles i sammenheng med virksomhetens overordnede kvalitetsarbeid⁹. IKT-systemene og datatilfanget blir en sentral ressurs i virksomheten – en kilde til kunnskap og som grunnlag for et godt undervisningsmiljø.

Universitets- og høyskolene kan i undervisningen på digitaliseringsområdet gjøre nytte av en tilnærming som følger:

KONSEPTUELL

Gjennom den profesjonsfaglige utdanningen må studentene oppøve en grunnleggende teknologiforståelse. Digitalisering har tre konseptuelle kjennetegn

1. Digitalisering er transformativt: IKT må ikke forstås alene som verktøy som kun understøtter eksisterende praksiser (les: "strøm på papir"). Digitalisering muliggjør nye måter å lede på, utøve

⁶ Kommunal og moderniseringsdepartementet (2014): [Digitalisering av offentlig sektor](#)

⁷ Store Norske leksikon (oppslag 13.juli 2018): [Digitalisering](#)

⁸ Andersen, Espen og Sannes, Ragnvald. Handelshøyskolen BI. [Hva er digitalisering](#), tidsskriftet Magma

⁹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, [lovdata.no](#)

Direktoratet for e-helse

helse, omsorg og velferd på. Transformasjonen setter pasienter og fagutøvere i nye roller og relasjoner og er potensielt disruptiv.

2. Digitalisering er sosioteknisk: Digitalisering er mer enn teknologi. Det er samspillet mellom tekniske, faglige, juridiske, organisatoriske og kompetansemessige faktorer.
3. Digitalisering er kontekstavhengig og prosessorientert. Det handler ikke om en teknisk engangsinstallasjon eller et administrativt vedtak, men kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Denne grunnleggende forståelsen av teknologi, gir føringer for måten utdanningen velger tema og organiserer læring.

TEMATISK

Tema som driver digitaliseringen og e-helse fremover, vil påvirke hva studentene bør kunne for å mestre en digitalisert arbeidshverdag. Viktige og prioriterte tema finnes i den nasjonale e-helsestrategien som er en konsensus mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren¹⁰. Nasjonal strategi for e-helse (2017-2022)¹¹ gir god pekepinn på hvilken retning digitaliseringen av helse og omsorg vil ta, og hva slags kunnskap profesjonene vil behøve for å være kompetente utøvere. Teamene har høy grad av relevans og legitimitet i forhold til den praksisen studentene vil møte på i arbeidslivet som profesjonsutøvere. Det er likelydende tematikk fra andre lands nasjonale digitaliserings-strategier, eksempelvis Sveriges *Nationell e-hälsa*¹² og NHS England *Five Years Forward View*¹³.

Nasjonal e-helsestrategi har seks satsningsområder. Vi kan trekke frem områdene *arbeidsprosess*, *samhandling* og *innbygger* som eksempel på relevante undervisningstema for studentene:

Digitalisering av arbeidsprosesser. Vi går fra å bruke journalsystemer til å dokumentere helsehjelp i etterkant, til en prosessorientert tilnærming der vi høster, prosesserer, presenterer og gjenbraker helsedata analytisk underveis i arbeidet.

Bedre sammenheng i pasientforløp. Ved nasjonal innføring av e-resept, handlet det om å begynne å dele legemiddelinformasjon. Tilgang til god, oppdatert legemiddelinformasjon øker pasient-sikkerheten og redder liv. Denne legemiddelinformasjon gjenbraker vi nå i Kjernejournal sammen med annen informasjon helsepersonell og innbyggere legger inn. Helsepersonell (og innbygger) får med dette et bedre kunnskaps- og beslutningsgrunnlag når det står om liv og helse. På fler og fler områder blir digital informasjon gjenbrukt i andre systemer og til andre formål. En viktig implikasjon fra utviklingene, er at digitalisering går fra å være "verktøy", til å bli en forutsetning og integrert del av forsvarlige tjenester. Tjenesteytere og helsepersonell agerer i denne kontekst (og i motsetning til gårdsdagens) i et felles verdisystem og må kunne, forstå og anvende (helse)informasjon som en felles ressurs, et fundament for samhandling og helhetlig forløp.

Helsehjelp på nye måter. Pasientens helsetjeneste, og etter hvert pasientens netthelsetjeneste, har fra starten vært et organiserende og førende prinsipp for e-helseutviklingen. Det har medført satsningen på digitale innbyggertjenester, helsenorge.no og kommunenes satsning på velferds-teknologi i innbyggernes hjem.

¹⁰ Nasjonal styringsmodell for e-helse. [Nasjonale utvalg](#).

¹¹ Nasjonal strategi for e-helse 2017-2022. [Direktoratet for e-helse](#).

¹² eHälsomyndigheten: [Nationell e-hälsa](#), vision 2025

¹³ NHS England, [Five Years Forward View](#)

Direktoratet for e-helse

Mangfoldet av digitale løsninger og velferdsteknologi, beslutningsstøttesystemer for pasienter, helseapper, chatbots, brukerforum m.m. mobiliserer innbyggeren som ressurs og diskurs om innbyggers rolle i samfunnet; som pasient i et helsesystem, konsument i et marked for personlig helseteknologi, eller som borger med rettigheter og plikter i et samfunnsliv. Denne endring i innbyggerrollen utfordrer tradisjonelle roller og relasjoner mellom pasient og profesjonell. Helsepersonell må kunne vurdere hvilke kunnskaper, erfaringer og sosiotekniske ressurser hver og en pasient har til å takle eget liv og helse, og tilsvarende sin egen komplementære rolle i møte med disse - som kunnskapskilde, veileder og/eller beslutningstaker med ansvar for å utøve forsvarlig hjelp eller tjeneste.

KULTURELL

Ulike fag, ulike aktører og institusjoner spiller en rolle for kunnskap og praksis på e-helseområdet. Nøkkelen til god og relevant e-helse kompetanse ligger i møtet mellom disse. Teknologiske endringer skjer raskt. Forelesere som ikke har nylig praksiserfaring, vil ha vansker med å forstå betydningen av *chatbots*, *gamification* og *maskinlæring* i en faglig kontekst, desto mindre kunne ta slike teknologier i bruk på en god måte. For utdanningsinstitusjonen kan det derfor være relevant å hente inn forelesere fra andre fag, virksomheter og aktører som kan gi oppdatert og praksisnær kunnskap om teknologiutvikling og erfaringer med å implementere teknologi i tjenesten.

Hospiteringsordninger og prosjektdeltakelse eksponerer studenter tidlig for praksisfeltet og utvikler deres kreative teft for hvordan teknologi kan brukes til å løse helsefaglige utfordringer. På kunnskapsområdet digitalisering/digital kompetanse, tror vi at relasjonen mellom utdanningsinstitusjon, praksissted, student og veileder blir særs viktig for studentenes læringsutbytte.

En studiehverdag som innebærer kontakt på tvers av fag, aktører og institusjoner kan være utfordrende og i en digital transformasjon skape *kulturell friksjon*. Friksjon mellom på den ene siden fagdisipliner som får regelverk, nasjonale retningslinjer, prosedyrer, og faglige standarder inn i tråd med tradisjonelle konvensjoner, og på den andre siden innovasjonskultur som er mer eksperimentell og agil av natur. Direktoratet tenker her på begrepet friksjon med en positiv betydning. Helse- og velferdstjenestene skal utvikle seg i en bærekraftig retning, og med det må studentene i større grad forstå, ta del i, ha tillit til og ha evne til å bruke digital teknologi i sin arbeidshverdag. Studentene forberedes med andre ord til å bli aktive deltakere i innovasjonssyklusen for digitalisering og e-helse.

STRATEGISK VALG MELLOM DIGITAL DISRUPSJON OG DIGITALE MULIGHETER

Den digitalisering som pågår i offentlig sektor, reiser viktige strategiske spørsmål for utdanningene. De siste tiårenes satsning på medisinsk, helse- og sosialfaglig forskning har medført en eksplosiv vekst i kunnskap. Det er utfordrende å få implementert ny kunnskap raskt i praksis. Den raske kunnskapsutviklingen gjør det utfordrende for hver og en fagutøver å holde seg oppdatert på sitt fags utvikling. Denne utviklingen fører til et generasjonsskifte innen e-helse og digitale løsninger; Forståelse og bruk av analysekapabilitet og beslutningsstøtte blir viktige læringsområder for studentene i deres senere faglige vurderinger, valg av behandling og tiltak.

For å forstå dette strategiske veiskillet bedre og hvilken betydning det kan ha for utdanningene, gir vi eksempel fra "billeddannende" fag som radiologi, patologi og laboratoriefagene. Kunstig intelligens gjør det mulig å analysere bilder raskere, billigere og bedre enn mennesker. Fagene og fagutøvere risikerer å bli utkonkurrert av teknologi. Den digitale teknologien gir samtidig mulighet for oppgaveglidning. Teknologien erstatter det repetitive arbeidet med bildeanalyse, og tillater faget(-ene) å utvikle seg til et nytt analytisk nivå. Dette frigir tid og energi til pasientbehandling.

Direktoratet for e-helse

Det er ingen teknologisk determinisme i vår argumentasjon. Hovedbudskapet er at hvert fag gjør en vurdering av om teknologien kan fungere som en kunnskapsutøver og hvilken retning den faglige utviklingen skal ta. Direktoratet kjenner til gode eksempler på at studiesteder enkeltvis åpner opp for nye kunnskapsformer, prøver ut nye læringsmetoder og med undervisningstimer som integrerer flere fagdisipliner- særlig kombinasjonen helsefag og informatikk. Våre erfaringer er særlig fra videre- og etterutdanningene på høgskole- og universitetsnivå. Etter vår oppfatning er det ikke er tilstrekkelig med de enkeltstående gode eksempler. Bachelorutdanningene som helhet står ved et strategisk veiskille i måten digitalisering integreres i utdanningsløpet. Spørsmålet bør være om hva digitalisering betyr for faget som helhet – ikke bare som et nøytralt verktøy som sporadisk blir benyttet som undervisningsform/objekt.

Nærmere om e-helse som digitalt kompetanseområde

Beskrivelse av læringsutbytter krever kunnskap om hva som ligger i begrepet e-helse. Direktoratets definisjon av e-helse reflekterer etablerte kvalitetskriterier som kjennetegner velutviklede helsesystemer¹⁴:

E- helse er et samlebegrep som omfatter bruk av IKT i helsevesenet. Målet er bedring av kvalitet, trygghet og effektivitet innen helsevesenet gjennom bruk av informasjonsteknologi. Også privatpersoner sin bruk av IKT i helseformål omfattes av e-helse-definisjonen

Med *digital kompetanse* i e-helse mener vi ferdigheter, kunnskap, kreativitet og holdninger som alle trenger for å kunne bruke digitale medier for læring og mestring i kunnskapssamfunnet. Det er den kompetansen som bygger bro mellom ferdigheter som å lese, skrive og regne, og den kompetansen som kreves for å ta del i utviklingen av, og bruke nye digitale verktøy og medier på en kreativ og kritisk måte. På grunnlag av informasjonsteknologi, skal vi bli i stand til å kommunisere og samhandle på en god og forsvarlig måte.

Vi finner støtte for vår forståelse i digital kompetanse bla. fra Melding til Stortinget nr. 30 (2003-2004) *Kultur for læring*¹⁵ som definerer digital kompetanse med to element:

- *Enkle IKT-ferdigheter: bruk av programvare (f.eks. lese, skrive, regne) og søk, lokalisering, omforming og kontroll av informasjon fra ulike digitale kjelder*
- *Mer avanserte ferdigheter som sikrer en kreativ og kritisk bruk av digitale verktøy og medier.*

Digital kompetanse vil med andre ord tilsvare summen av enkle IKT-ferdigheter og informasjonskompetanse. En informasjonskompetent person er en som vet når og hvorfor en trenger informasjon, hvordan en finner informasjonen, og hvordan en vurderer, bruker og kommuniserer informasjonen på en etisk måte. Et utsagn fra stortingsmeldingen *Digital agenda for Norge*¹⁶ er en syntese av dette:

Digitalisering handler ikke primært om teknologi, men innebærer omlegginger av virksomheten som endrer arbeidsprosesser, organisering, regelverk eller teknologi. Digitalisering handler derfor i stor grad om styring, organisasjonsutvikling og ledelse. Dette må understøttes av ulike virkemidler – juridiske, organisatoriske og økonomiske.

Digital kompetanse, e-helsekompetanse og bruk av e-helseløsninger er viktige tiltak for å yte likeverdig helsehjelp av god kvalitet. Digitalisering og e-helse er samtidig mer enn bare et faglig

¹⁴ Nasjonal kvalitetsstrategi for helse- og sosialtenesta (2005-2015):... Og bedre skal det bli..

¹⁵ St.meld. nr.30 (2003-2004) Kultur for læring, Kunnskapsdepartementet

¹⁶ Meld. St. 27 (2015–2016), Digital agenda for Norge. Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2016

Direktoratet for e-helse

spørsmål. I definisjonene ligger det åpenbart en forventning om at tjenesteytere og profesjonene vil ha behov for kompetanse for å se digitalisering og e-helse i et videre nærings-, organisatorisk-, og ledelsesmessig perspektiv. Fra Lov om helsepersonell, bl.a. §6 om ressursbruk, og prinsippene for prioritering (nytte, kost og kostnadseffektivitet), tilsier at helsepersonell bør ha kunnskap om e-helse som kan bidra til mer effektiv tjenesteyting og e-helse som virkemiddel for å sikre rettferdig fordeling og bærekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren i framtiden.

Er retningslinjene i samsvar med politiske føringer og nasjonale reformer?

Kunnskapsdepartementet påpeker at retningslinjene skal være i tråd med bl.a. tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene; oppdatert og forskningsbasert kunnskap; og sentrale politiske føringer og nasjonale reformer.

På IKT, e-helse og digitaliseringsområdet har Regjeringen i Meld. St. 27 (2015-2016) *Digital agenda for Norge- IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet* redegjort for sin overordnede IKT-politikk og understreket behov for digital kompetanseutvikling og å løse ut potensialet av digitaliseringen i offentlig sektor. Digitalisering i helse- og omsorgssektoren er viktig i oppfølgingen av Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (e.g. velferdsteknologi, primærhelseteam og nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste), ny *Nasjonal helse- og sykehusplan* for 2019 (oppfølging av Meld. St. 11 (2015-2016)) og Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre*.

I Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal* finner man Regjeringens overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

I helse- og omsorgssektoren er det et stort behov for mer kunnskap om effektene av digitalisering på tjenester som ytes og nytten av tjenesteutvikling for øvrig. Nasjonalt senter for e-helseforskning¹⁷ ble etablert i 2016. Direktoratet for e-helse har i rapporten Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet pekt på viktige områder for på sikt å kunne tilrettelegge for mer kunnskapsbaserte e-helseprioriteringer i helse- og omsorgssektoren. Universitet- og høyskolesektoren er en viktig aktør for å frembringe mer kunnskap som også kan nyttes i utdanningsøyemed. Sektoren har samtidig mange gode interne kompetansemiljøer som kan bidra inn i undervisningen, når akademia utnytter dette på en systematisk og god måte.

Direktoratet for e-helse vurderer at de åtte forslagene til retningslinjer i større grad bør reflektere innholdet i Regjeringens overordnede IKT og digitaliseringspolitikk. Dette er også i tråd med de senere års perspektivmeldinger. Grunnlaget for et slikt synspunkt er blant annet at ingen av forslagene bruker begrepet "digitalisering"; kun bioingeniørutdanningen anvender ordet informasjonsteknologi; kun vernepleierutdanningen anvender "velferdsteknologi"; og kun radiografutdanningen skriver eksplisitt om "e-helse".

¹⁷ Nasjonalt senter for e-helseforskning. <https://ehealthresearch.no/>

Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse håper derfor at Kunnskapsdepartementet og de respektive programgruppene vurderer "digitalisering" som kunnskapsområde og konkretiserer læringsutbyttene ytterligere i en slik retning høsten 2018. Utdanningene må ivareta framtidige digitale kompetansebehov, både for å utvikle tjenestene i tråd med den digitale transformasjonen som skjer i samfunnet, men også for å møte befolkningens ønsker og behov for digitale tjenester.

Skiller læringsutbyttene godt nok mellom digital kunnskap, ferdighet og generell kompetanse?

Om Kunnskapsområder: Departementet anfører at det ikke er obligatorisk å angi kunnskapsområder i retningslinjene. Direktoratet for e-helse mener at de forslag til retningslinje som anvender kunnskapsområder som disposisjon for retningslinjen, fremstår mer didaktisk. Det blir også tydeligere gruppering av læringsutbyttene med en slik tilnærming. Organisering av kunnskapsområder, med nummerering slik bla. programgruppen for sykepleiefaget har gjort, gir en bedre forståelse om viktig tematikk fra forskriftens læringsutbytter som er adressert i forslaget til retningslinje.

Direktoratet for e-helse ville gjerne sett at digitalisering, teknologiforståelse og innovasjon fremkom som eget kunnskapsområde i alle retningslinjene. Dette er i tråd med våre synspunkter over.

Om Læringsutbytter: Læringsutyttebeskrivelser skal være i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk. I Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk, kapittel 5, er det angitt nivåer i form av kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Direktoratet for e-helse har litt vansker med å forstå hvordan forslagene til retningslinjene skiller mellom og plasserer læringsutbyttet i tråd med kvalifikasjonsrammeverkets nivåer. Vi har særlig vurdert digitalisering, e-helse og informasjons- og kommunikasjonteknologi inn i denne kontekst.

I forslagene til retningslinje, leser vi at digital kompetanse, innovasjon og teknologi av og til er oppført i læringsutbyttene under "kunnskap", men som oftest under "ferdighet", og sjeldnere under "generell kompetanse". I noen tilfeller er digital kompetanse som læringsutbytte formulert som bruk av "digitale verktøy". Vår høringsuttalelse har som særskilt budskap og anbefaling at informasjons-teknologi, digitalisering og e-helse er mer enn "verktøy".

Diskriminering mellom digital kunnskap, ferdighet og generell digital kompetanse som læringsutbytte vil kontinuerlig utvikle seg i tråd med kunnskaps- og samfunnsutviklingen. Et eksempel finner vi i grunnskolens rammeplan for grunnleggende ferdigheter, der *Digitale ferdigheter* er en av fem grunnleggende ferdigheter i grunnopplæringen¹⁸. Under *Digitale ferdigheter* er det beskrevet fem ferdighetsområder, som for oss fremstår som en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse.

Direktoratet for e-helse vil understreke at digitalisering ikke handler om riktig bruk av teknologi (ferdighet) alene, men vel så mye om teknologiforståelse og kontekst. Grunnutdanningen må oppøve studentenes kritiske og kreative forståelse av teknologi, gjerne i samarbeid med sektoren og gjennom bruk av konkrete systemer.

¹⁸ Rammeverk for grunnleggende ferdigheter. Kunnskapsdepartementet 8. november 2017.

Direktoratet for e-helse

Når det gjelder behov for ytterligere å presisere mellom nivåene på digital kunnskap, ferdighet, og generell digital kompetanse, viser vi til omtale i Meld. St. 28 (2015-2016) *Fag – Fordypning – Forståelse- En fornyelse av Kunnskapsløftet*¹⁹. I meldingens kapittel 4.2 (s. 30) er det referert til NOU 2015:8 (Ludvigsenutvalget). Dette utvalget har anbefalt "...at ferdighetene videreutvikles til kompetanser.....". Departementets vurdering av dette (s.32), er at

- "I lys av samfunnsutviklingen og erfaringene med dagens læreplaner er det behov for å videreutvikle innholdet i digitale ferdigheter som grunnleggende ferdighet og samtidig legge økt vekt på digital teknologi som en integrert del av innholdet i fagene"
- "Departementet støtter Ludvigsenutvalget i at det bør skilles tydeligere mellom de ulike delene av digitale ferdigheter"
- Departementet vil: "Det skal bli tydeligere hvilke fag som har ansvar for ulike sider ved ferdighetene, spesielt når det gjelder digitale ferdigheter og regning".

Direktoratet for e-helse finner denne diskusjon og departementets vurderinger som svært relevant i utvikling av retningslinjer for de åtte helse- og sosialfagene, også for å skille mellom nivåene i læringsutbyttene.

En tilnærming i prosessen med ferdigstillelse av retningslinjene, kan etter vår oppfatning være at man legger mer vekt på følgende:

- At retningslinjene viderefører prinsippene fra rammeverket for grunnleggende ferdigheter fra grunnopplæringen, slik at kunnskapsdannelsen (les: ferdighetsområdene i rammeverket) skjer progressivt til høyere studie- og kompetansenivå i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (les: livslang kunnskapsdanning).
- At læringsutbyttene på områdene digitalisering, teknologi og innovasjon blir mer konsistente i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk, ref. kapittel 5.
- At utdanningsinstitusjonene i sin operasjonalisering av læreplaner, legger vekt på at teknologi, digitalisering og e-helse er tverrfaglig kompetanse og må inngå som langsgående tema gjennom hele utdanningen.
- At det blir tydeligere hvilke fag som særskilt skal undervise i digitale kompetanseområder som eksempelvis jus, personvern og informasjonssikkerhet m.v.

Direktoratet for e-helse antar at det vil kreve nyorientering og et betydelig arbeid fra utdanningsinstitusjonene sin side for å bringe e-helse og digital kompetanse inn i undervisningen. I vår kontakt med undervisningsinstitusjonene har vi erfart at e-helse og digitalisering som kunnskapsområder "konkurrerer" med mange andre fagområder i en allerede trang curriculum. Vi mener likevel at utdanningene i en strategisk kontekst må trekke inn digitalisering og e-helsekunnskap som et svært viktig kunnskapsområde og implementere dette i undervisningen.

¹⁹ Kunnskapsdepartementet, Meld St 28 (2015-2016)



Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.
Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Deres ref.:
Vår ref.: 18/9410-8
Saksbehandler: Anne Farseth
Dato: 23.07.2018

Høring - Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger - (RETHOS) - autorisasjonsfaglige vurderinger

Helsedirektoratet er autorisasjonsmyndighet på helsepersonellområdet. Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasienters sikkerhet, samt kvalitet og tillit til helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell. Helsepersonellovens vilkår for å oppnå autorisasjon forutsetter at autorisasjonsmyndighetene foretar en samlet vurdering av de samlede kvalifikasjoner som utdanningen gir. Det vil si at utdanningens innhold, omfang og nivå i grunn- og videreutdanning, kurs og praktisk erfaring, som hovedregel må vurderes konkret. Unntak gjelder for utdanninger fra EØS-området som er harmoniserte (lege, sykepleier, jordmor, tannlege, provisorfarmasøyt) der godkjenningsprosessen er enklere for søkere som fremlegger kvalifikasjonsdokumenter som beviser EUs fastsatte minstekrav til utdanningen.

Autorisasjon av helsepersonell kan ses som en sertifisering av kompetanse for utøvelse av et yrke, basert på dokumentert akademisk kompetanse og vurdering av skikkethet for den enkelte kandidaten. Forutsigbarhet i forhold til kompetanse og faktisk kunnskap er grunnleggende for praksisfeltet og arbeidet med personalplanleggingen. Det forutsettes stor grad av nasjonal harmonisering.

Retningslinjer, fagplaner og praksisavtaler som foreslås i nytt nasjonalt kvalitetsrammeverk skal erstatte beskrivelse av den norske utdanningens omfang og innhold som man i dag finner i nasjonale rammeplaner, og i lokale fagplaner. Autorisasjonsmyndighetene er avhengig av en detaljert beskrivelse av den norske utdanningen for å kunne foreta de konkrete vurderinger som er forutsatt i lovverket. Helsedirektoratet er bekymret for om de retningslinjer, fagplaner og praksisavtaler som foreslås utarbeidet etter nasjonalt kvalitetsrammeverk vil inneholde tilstrekkelig konkrete beskrivelser av utdanningens omfang og innhold til at autorisasjonsmyndighetene behov ivaretas.

Av samlet antall som årlig innvilges autorisasjon utgjør kandidater med utenlandsk utdanning en vesentlig andel, for noen av profesjonene helt opp i 50%. Ved behandling av disse sakene foretas en jevn godhetsvurdering av den utenlandske utdanningen opp mot rammeplaner og fagplaner for tilsvarende norsk utdanning. Det vektlegges, i tillegg til nivå og omfang, spesifikk beskrivelse av faglig innhold samt beskrivelse av mål og intensjon for det enkelte

emneområdet. Dette arbeidet krever derfor stor grad av konkrete angivelser av kunnskap og kan ikke baseres på generelle målformulering som å ha bred kunnskap om, - kan anvende, - ha innsikt i, med videre.

I dag ligger rammeplanene med detaljert beskrivelse av innhold og omfang i utdanningen. Studiepoeng er fordelt pr. del-emne og innenfor hvert fag-emne. Lovtekst og forarbeider gir ikke anvisning på en bestemt sammenligningsformel ved vurdering av utenlandsk utdanning opp mot norsk utdanning. Det gis heller ingen nærmere beskrivelse av hvordan innholdet i jevngradighet skal forstås. Helsedirektoratet skal foreta en sammenligning ved en konkret vurdering av de to utdanningene. Timetall, studiepoeng og andre beskrivelser av faginnhold, omfang og nivå er relevant for å kunne foreta en sammenligning. Utdanningen skal lede frem til det samme yrket, ha samme akademiske nivå og lengde som norsk utdanning og i omfang tilsvare den minst omfattende norske utdanningen jf. presisering i brev fra HOD 30.8.2013. Videre skal den tilfredsstille minstekravene i EU direktiv 2005/36EF.

En utfordring for autorisasjonsmyndighetene i dag er at de ulike lærestedene kan ha lokale fagplaner med ulik vektlegging av ulike delemner og forholdet mellom teoriundervisning, ferdighetstrening og praksis, selv om omfang og hovedinnhold er likt. Som autorisasjonsmyndighet skal vi forholde oss til minstekravet av autorisasjonsgivende norsk utdanning, og ved avvikende lokale fagplaner kan det være utfordrende å finne frem til det nivået som gir et adekvat forhold mellom omfang av delemner, teori og ferdighetstrening/praksis. I den grad NKR-systemet gir beskrivelser som kan tjene som veiledning for å finne frem til et balansert minstenivå på norsk utdanning, vil dette kunne være nyttig for autorisasjonsmyndigheten.

Ved jevngradighetsvurdering av utenlandske utdanninger opp mot tilsvarende norsk utdanning vektlegges, i tillegg til nivå og omfang, det faglige innholdet. Vurderingen må baseres på detaljerte fagplaner hvor hoved- og delemner framgår. Det må gis en beskrivelse av innholdet i det enkelte fag og en beskrivelse av mål for emneområdet.

Når det gjelder praksisstudier er dette sentralt i autorisasjonsvurderingen hvor det vektlegges målbeskrivelse, hvilket omfang praksisen har hatt og innen hvilke virksomhetsområder den har vært gjennomført. Rammeplanforskriften § 3 angir bestemmelser om praksisstudier og Helsedirektoratet er kjent med at det skal inngås samarbeidsavtaler med praksistilbydere og at det, slik vi forstår det, er utarbeidet en mal for disse. Selv om omfang og innhold i praksis ikke er en del av høringen, er det så sentralt i vår vurdering at vi likevel vil fremheve behov for at samarbeidsavtalene inneholde krav til omfang innen de ulike tjenesteområdene og at dette bør være likt innen hver utdanning.

Helsedirektoratet ser fordeler med nytt styringssystem med mer overordnede retningslinjer tilpasset endringer i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig ønsker vi å påpeke de utfordringene som vil oppstå dersom fagplanene ikke er tilstrekkelig kvantifiserbare. Dersom jevngradighetsvurdering skal baseres kun på læringsmål og læringsutbyttebeskrivelser vil det vanskeliggjøre vurderingene. Autorisasjonsmyndigheten må selv innhente informasjon fra hvert enkelt lærested og vurdere hva som er den minst omfattende utdanningen som skal ligge til grunn for jevngradighetsvurderingen. Fagplaner som ikke understøtter behov for informasjon i autorisasjonsvurderingene vil kunne gjøre det vanskelig å foreta en forsvarlig jevngradighetsvurdering, samtidig som det vil medføre merarbeid i autorisasjonsprosessen.

Det er årlig et stort volum av søknader om autorisasjon, og det vil derfor være svært viktig at nye lokale planer som skal erstatte eksisterende raskt er på plass, slik at man ikke får noe opphold i, eller tvil om grunnlaget for, autorisasjonsvurderingene.

Vennlig hilsen

Anne Farseth
fungerende divisjonsdirektør

Kopi:
Helse- og omsorgsdepartementet

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Deres ref:

Vår ref:
2018/359 - 3909/2018

Saksbehandler:
Gina Beate Holsen 51 96 3830

Dato:
31.07.2018

Høringsinnspill - forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

Vi viser til invitasjon til høring datert 17. april 2018.

Helse Stavanger og Helse Bergen har besvart direkte på questback, og Helse Vest har derfor ikke tatt stilling til disse uttalelsene.

Generelle innspill

Kvalitet, pasientsikkerhet og forbedring/læring av feil, må være et gjennomgående tema i utdanningsløpene.

Dette krever fokus på forbedringsarbeid og innovasjon. Vi ønsker at studentene i større grad kan bidra til utvikling/forbedring av helsetjenesten gjennom å være «endringsagenter». Dette må også gjenspeiles i samarbeidet og avtaler mellom utdanningsinstitusjon og virksomhetene som praksisarena.

Basisforståelse for bruk av teknologi og digitalisering er i økende grad avgjørende for god oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Samarbeid med og involvering av praksisvirksomhetene er nødvendig for å konkretisere innhold i utdanningene knyttet til disse temaene.

Praksisløpene må ha en viss lengde for å sikre kvalitet og kontinuitet i praksisstudiene, for å bidra til tilstrekkelig læringsutbytte. Det er ønskelig med et mer forpliktende samarbeid mellom praksisvirksomhet og utdanningsinstitusjon for konkretisering av læringsaktiviteter og læringsutbyttebeskrivelser. Samarbeidet med praksisvirksomhetene, må videreutvikles for å sikre tilstrekkelig utnyttelse av kapasitet for praksisplasser. Samarbeidsavtaler må etableres og jevnlig oppdateres/evalueres.

Det må gis økt rom for fleksibilitet og mobilitet knyttet til utdanningsløpet. Økt bruk av alternative praksisarenaer som poliklinikk og dagkirurgi mv., må gjøres mulig gjennom

konkretisering av læringsaktivitet og læringsutbytte. Det må skapes felles forståelse for innholdet på de ulike praksisarenaene.

Barnevernspedagogutdanningen

For at utdanningen skal være relevant for spesialisthelsetjenesten bør utdanningen legge større vekt på den miljøterapeutiske kompetansen i tillegg til det rent barnevernsfaglig. For å ha relevant kompetanse for spesialisthelsetjenesten bør en ha mer enn «kjennskap til» læringsutbytte 18-22.

Behovet for standardisering sett opp mot læringsinstitusjonens behov for autonomi i beskrivelse av læringsutbytte ser ut til å være godt ivarettatt, men krav til studiets oppbygning bør styrkes. Det er brukt begrep som ferdighetstrening og simuleringstrening i omtale av krav til studiets oppbygging i sosionomstudiet. Dette kunne med fordel vært harmonisert både i barnevernspedagogstudiet, vernepleiestudiet og sosionomstudiet. Vi tror at ferdighetstrening og simuleringstrening er gode læremåter på alle disse studiene.

Det er verdt å bemerke at det er ulik formulering om internasjonalisering i både barnevernspedagogstudiet, sosionomstudiet og vernepleiestudiet. En bør ha lik tilnærming til internasjonalisering, og bestemme seg om det er et *bør* eller *må* krav at utdanningsinstitusjonen legger til rette for dette.

Helseforetakene påpeker at kompetanse om, og ferdigheter i kommunikasjon nesten ikke er omtalt. Svært mange klagesaker både til pasient- og brukerombud om kommunale helse- og sosialtjenester gjelder manglende eller dårlig kommunikasjon fra tjenesteyter/helse- og sosialpersonell. Det bør derfor være klare krav til læringsutbytte og ferdigheter i kommunikasjon på individnivå, men og på systemnivå.

Bioingeniørutdanningen

Utkast til retningslinje for bioingeniørutdanningen anses i stor grad å være i tråd med tjenestens fremtidige kompetansebehov. En bør likevel vurdere behovet for økt kompetanse innen IKT, instumentkoblinger, mellomløsninger mm.

Vi mener det er viktig at det beskrives hvilke læringsutbytte/kompetanse som kreves innen organisering og samhandling mellom sykehus/institusjoner.

Beskrivelsen av praksisstudiene er hensiktsmessige og gjennomførbare, basert på foretakenes erfaring med bioingeniørstudenter.

Basiskompetanse er viktig å sikre gjennom utdanningens treårige løp. Kompetansekrav må konkretiseres i samarbeid med praksisvirksomheter. Dette for å sikre helhet og sammenheng, og et innhold i utdanningen som er i samsvar med helsetjenestens behov, og som er gjennomførbart i forhold til studiets lengde.

På et overordnet nivå er retningslinjene godt tilpasset fremtidige kompetansebehov. Utfordringen med å dekke tjenestens fremtidige kompetansebehov, er omfanget av ny kompetanse som skal inn i beachelorutdanningen. Utdanningen er en generalistutdanning, og gir ikke rom for spesialisering innen fagfelt. Det må være utdanningsinstitusjonen, som må begrunne behov for autonomi.

Ergoterapiutdanningen

Vi støtter at palliativ og behandlende ergoterapi fremheves under kunnskapsområdet. Vi er enig i at det er et viktig kunnskapsområde for ergoterapeuter og bør heves til «bred kunnskap».

Radiografutdanningen

Forslag til retningslinjer synes å være i tråd med tjenestens fremtidige kompetansebehov. Vi ser i dag at det er økte krav til kunnskap innen anatomi, fysiologi og sykdomskunnskap. Det samme gjelder teknisk kompetanse. Dette er i større grad ivarettatt i de nye retningslinjene.

Det legges likevel for lite vekt på kunnskapsnivået innen kapittel V: Kunnskaper punkt 4, kapittel IV: Kunnskaper punkt 1 og Generell kompetanse punkt 3. Dette gjelder grunnleggende forståelse både for utøvelsen av radiograffaget, og forskning. Bruk av begrepet «kjenner til» bør endres til «ha kunnskap om».

Detaljeringsnivået synes greit balansert. Detaljeringsgraden i kapittel II punkt 4 og 5 under både kunnskap og ferdigheter, i tillegg til kapittel X punkt 1 Kunnskaper – slik vi ser det inngår det som omtales i flere andre punkt i retningslinjene.

Slik praksisdelen av studiet er beskrevet i retningslinjene, anses den å være hensiktsmessig og gjennomførbar. Vi har erfaring med at 12 ukers sammenhengende praksis gir godt læringsutbytte, og fungerer for avdelingene.

Omfanget av innholdet i retningslinjene er stort, men vårt inntrykk er at dersom en etter endt utdanning innehar den kompetansen retningslinjene beskriver, er kandidaten godt forberedt til oppgavene.

Andre høringsinnspill

Kapittel III, Generell kompetanse, punkt 2 benytter ordet strålehygieniske prinsipper. Dette er et utgått begrep, og benyttes ikke i verken lovgivning eller offentlige veiledere. Dette bør endres til f.eks. forsvarlig strålebruk /strålevern.
Kapittel VII, Begrepet Pasientsikkerhet bør forankres her og andre steder i retningslinjene, ikke bare under Formål.

Forslaget om 30 ukers praksis i utdanningen understøtter læringsmålene. Dette gir mulighet til å komme i kontakt med andre modaliteter enn kun konvensjonell røntgen, CT og MR.

Når det gjelder minimumskrav til innhold i praksis er disse i tråd med forventningene, og vi støtter behov for at det stilles økte og tydeligere krav enn ved dagens praksisavvikling.

Sosionomutdanningen

Det er brukt begrep som ferdighetstrening og simuleringstrening i omtale av krav til studiets oppbygging i sosionomstudiet. Det kunne med fordel vært harmonisert både i barnevernspedagogstudiet, vernepleiestudiet og sosionomstudiet. Vi tenker at ferdighetstrening og simuleringstrening er gode læremåter på alle disse tre studiet.

Det er ulik formulering om internasjonalisering i både barnevernspedagogstudiet, sosionomstudiet og vernepleiestudiet. En bør ha lik tilnærming til internasjonalisering, og bestemme seg om det er et *bør* eller *må* krav at utdanningsinstitusjonen legger til rette for dette.

Det er ønskelig at teoretisk og praktisk ferdighet vedrørende kommunikasjon må vektlegges ytterligere. Praktisk utføring og veiledning er nødvendig. Sentrale virkemiddel vedrørende kommunikasjon må være integrert (teori og praktisk). Videre er det ønskelig at det er større vektlegging av forståelse av endring; hvordan en sosionom kan bidra til endring. Det bør være klare krav til læringsutbytte og ferdigheter i kommunikasjon på individnivå, men og på systemnivå.

Sykepleierutdanningen

Retningslinjene peker på flere utfordringer som vil prege fremtidens helsetjeneste og kompetansebehov; herunder eldre, rus, psykiatri, folkehelse, migrasjon. Det bør komme bedre frem at sykepleieren møter syke på tvers av alle aldre og med sammensatte og komplekse helseplager. Vi tror at ferdighetstrening og simuleringstrening er gode læremåter på alle studiene, og at dette videreutvikles for sykepleierutdanningen.

Det er viktig at det opprettholdes nasjonale prøver i medikamenthåndtering, og at dette har fokus gjennom alle årene av bachelorstudiet. Sykepleiere håndterer daglig medisiner og ordineringer, og en grundig kunnskap om dette bør ligge til grunn når man observerer pasienter.

Utkastet til retningslinje for sykepleierutdanningen anses i stor grad å være i tråd med tjenestens fremtidige kompetansebehov, og brukernes behov for kvalitet i tjenesten. Innhold i forhold til «pasientens helsetjeneste» kunne i større grad vært mer eksplisitt.

Helsetjenesten er i stadig utvikling og utviklingen skjer raskt. Utkastet peker på mange viktige momenter som vil være aktuelle i fremtidens helsetjeneste. I sykehus vil tjenestene bære preg av å være enda mer spesialiserte og mer spisset enn de er i dag. Det er viktig at retningslinjene gjenspeiler dette med tanke på fremtidig kompetansebehov- basiskompetanse som sykepleier. Det er ønskelig at retningslinjene i større grad vektla hensynet til brukarmedvirkning og brukerperspektivet i all utøvelse av faget jf. «pasientens helsetjeneste». Det er vår oppfatning at brukerperspektivet/kravet til brukarmedvirkning i for liten grad gjenspeiles i retningslinjene. Kunnskapsområdene i retningslinjene tar for seg store og viktige områder i helsetjenesten.

Sykepleierutdanning tilbys over hele landet, og helsetjenesten er organisert ulikt rundt i landet (geografiske ulikheter f.eks. store avstander, by/distrikt mm.). For stor

detaljstyring vil kunne by på utfordringer for utdanningsinstitusjonene. Samtidig må en sikre at utdanningen blir så lik som mulig uavhengig av hvor en velger å ta utdanningen.

Slik gjennomføringen av praksisstudiene er beskrevet i retningslinjen, er det vår oppfatning at denne er hensiktsmessig og gjennomførbar. Sykepleie er et praktisk yrke, men krever god teoretisk forståelse for å kunne se sammenhengen mellom teori og praksis, og kunne anvende dette helhetlig og sammenhengende for ulike pasientsituasjoner og pasientforløp. Dette bør ha fokus i samhandlingen mellom utdanningsinstitusjoner/lærer og praksisvirksomheter/praksisveileder. Det bør være en sterkere grad av samarbeid/konkretisering av læringsutbyttebeskrivelser.

Det er avgjørende med tett kontakt mellom utdanningsinstitusjon og praksisvirksomheten. At lærer er oppdatert i praksisstedets problemstillinger er også viktig. Det kan oppleves som om det skriftlige arbeidet i praksis vektlegges mer enn å vektlegge at studentene får god og grundig opplæring i å utøve sykepleie, bruke klinisk blikk osv. Dersom dette fortrenger praksislæringen vil det ramme den praktiske utøvelsen av yrket. Den tverrprofesjonelle og tverrfaglige tilnærmingen og teamarbeid som pekes på som fremtidens «arbeidsmetodikk», bør få vesentlig større fokus i utdanningen fremover. Relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse må konkretiseres i læringsaktiviteter og læringsutbyttebeskrivelser.

Omfanget av retningslinjene er omfattende, og kravene i helsetjenesten øker stadig. Korte praksisperioder kan vanskeliggjøre gjennomføring av alle læringsutbyttene beskrevet i retningslinjene. Sykepleiere utdannes til et praktisk yrke, og fokus på mengde teori og praksis må gjenspeile dette.

Vi støtter at det åpnes opp for mulighet for studentmobilitet mellom utdanningsinstitusjoner og at utdanningen blir tilnærmet lik i hele landet.

Det er vår oppfatning at minimum 2 praksisløp bør tallfestes med antall sammenhengende uker alternativ B, og 7 uker bør være et minimum. Lengden på praksisperioden er avgjørende for kvaliteten på praksisstudiene, og kontinuitet er viktig for å se helhet og høste trening, og erfaring gjennom strukturerte praksisveiledere.

Vernepleierutdanningen

Kapittel IV om helse- sykdom og funksjonsnedsettelse og kapittel V miljøterapeutisk arbeid mm. er viktig for arbeid i spesialisthelsetjenesten. Ellers bør det være mer om læringsutbytte og ferdighetskrav til kommunikasjon.

Læringsutbyttebeskrivelsene har god balansen mellom autonomi og standardisering, men krav til studiets oppbygging bør tydeliggjøres. Det stilles bare krav til internasjonalisering og mobilitet.

Det er brukt begrep som ferdighetstrening og simuleringstrening i omtale av krav til studiets oppbygging i sosionomstudiet. Dette kunne med fordel vært harmonisert både i barnevernspedagogstudiet, vernepleiestudiet og sosionomstudiet. Vi tror ferdighetstrening og simuleringsterning er gode læremåter på alle disse tre studiet.

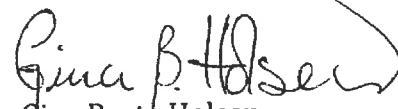
Det er ulik formulering om internasjonalisering i både barnevernspedagogstudiet, sosionomstudiet og vernepleiestudiet. En bør ha lik tilnærming til internasjonalisering, og bestemme seg om det er et *bør* eller *må* krav at utdanningsinstitusjonen legger til rette for dette.

Foretakene påpeker at kompetanse om og ferdigheter i kommunikasjon nesten ikke er omtalt. Det bør være klare krav til læringsutbytte og ferdigheter i kommunikasjon på individnivå, men også på systemnivå.

Vennlig hilsen
Helse Vest RHF



Hilde Christiansen
Direktør medarbeider, organisasjon og teknologi



Gina Beate Holsen
PO-rådgiver



Foreningen for barnepalliasjon
- omsorg for døende barn og unge

Kunnskapsdepartementet

Postboks 8119

Dep 0032 Oslo

Kristiansand 01.08.18

Vår ref. NP/FFB

Deres ref. 18/643

Innspill til høring om forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger fra Foreningen for barnepalliasjon FFB

Foreningen for barnepalliasjon (FFB) takker for muligheten til å bidra med innspill til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger. FFB har også bidratt med innspill direkte til arbeidet med forslagene til nasjonale retningslinjer på mail og har også deltatt på møte i Kunnskapsdepartementet i januar for å gi innspill.

Høringsinnspillet fra FFB består av samlet innspill og tilbakemeldinger fra både helsepersonell som jobber direkte med målgruppen, fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og fra pårørende og andre som direkte er involvert eller berørt av fagområdet barnepalliasjon. I tillegg har FFB også direkte kontakt og samarbeider med kommuner rundt omkring i Norge.

Barnepalliasjon må bli et kompetanseområde i all helse og sosialfaglige utdanninger
Barnepalliasjon må bli en integrert del av hele vårt helsesystem og våre helsetjenester på alle nivåer. Utvikling av spesifikke modeller for helsetjenester, inkludert barnehospice, må etableres. Barn har komplekse behov. Behovene innenfor barnepalliasjon kan bestemmes ut fra alder og sykdommens tilstand. Familien som enhet og miljø vil kreve kombinerte helsetjenester og lokale tilpasninger. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten mangler en samlet oppdatert ekspertise i palliasjon til barn, og det finnes ingen organisert virksomhet for barnepalliasjon i Norge. Å få et barn med store pleiebehov er en ekstrem påkjenning for familien.

Å jobbe for utdanning til alle som er involverte i barnepalliasjon er et mål som er og må være høyt prioritert, og noe som vi i FFB er veldig opptatt av. I desember ble det også overlevert en **NOU 2017: 16** På liv og død og omtaler dette med kompetanse og utdanning og vi anbefaler at kunnskapsdepartementet ser på utredningens anbefalinger. *Omfanget av undervisning i palliasjon varierer både innad og mellom de ulike utdanningene og utdanningsstedene. Noen steder er det i lite omfang undervisning i palliasjon. Det er derfor viktig at utdanningen i palliasjon styrkes i helse og sosialfaglige utdanninger, både teoretisk og praktisk. Innholdet i undervisningen i palliasjon bør omfatte palliasjon til alle som har behov, uavhengig av diagnose og alder, og den må ivareta tidlig integrasjon av palliasjon, samt ha et tverrfaglig perspektiv¹.*

¹ **NOU 2017: 16** Kapittel 2 På liv og død s 13 og 14

Postadresse
Foreningen for barnepalliasjon FFB
Postboks 429,
4664 Kristiansand
kontakt@barnepalliasjon.no

Besøksadresse
Tollbodgata 8. 5 etg.

www.barnepalliasjon.no

Telefon
99162223
org.nr 994 763 083

Kunnskapsdepartementet vil også en svært god oversikt over hvordan palliasjon er ivarettatt i utdanningene i dag i NOUen på liv og død i kapittel 7, s 67- 69.

Videreutdanningen for sykepleiere i barnepalliasjon som startet i 2017 er enda så ny, at det er vanskelig å vurdere den. Vi i FFB mener og vil foreslår bl.a. at palliasjon anerkjennes som et eget fagfelt og en egen spesialitet, og at det bør inn i de nasjonale retningslinjene.

The European Association for Palliative Care (EAPC) utviklet «White Paper» i 2013 som angir pensum for kjernekompetansen i palliasjon for helse og sosialfaglige utdanninger, som også er rettet mot barn².

Det er en betydelig mangel på kunnskap og utdanning innen barnepalliasjon og man bør utarbeide en standard. Det er nødvendig å gi tilstrekkelig utdanning og opplæring for dem som skal tilby tjenester innenfor barnepalliasjon. Palliativ omsorg til barn må gis av et tverrfaglig team.

Barnepalliasjon er en aktiv og total omsorg, fra det punktet en diagnose om alvorlig livstruende sykdom eller tilstand stilles. Det omfatter fysisk, følelsesmessige, sosiale og åndelige elementer og fokuserer på forbedring av livskvaliteten for barnet / ungdommen, og støtte til hele familien.

På grunn av mangfoldet av sykdommer og tilstander og individuelle behov, kreves det spesial kompetanse i hjemmet, på sykehus, hospice og i avlastning. Derfor er det viktig at helsepersonell og hjelpeapparatet har grunnleggende kompetanse på plass.

Den overordnede målsettingen med kompetansen innen barnepalliasjon er å gi bedre livskvalitet, bedre støtte og bedre helsetilbudet til alvorlig syke og døende barn og deres familie. Kompetansen sikrer også et mer enhetlig og lindrende tilbud nasjonalt. En felles filosofi om omsorg og et felles mål.

Europarådets anbefaling Rec (2003) der 24 av ministerkomiteen til medlemslandene om organiseringen av palliasjon understreker behovet for strukturerte programmer for utdanning innlemmet i opplæring av alle berørte helsetjenester og fagfolk. De understreker at det er nødvendig for alle helse- og sosialfaglig fagfolk og arbeidere som er involvert i palliativ omsorg til å få nødvendig praksis som er hensiktsmessig for deres oppgaver i en konkret, innsiktsfulle og kulturelt sensitiv måte.

European Association for Palliative Care (EAPC) adresserte i 2013 spørsmålene om utdanning og opplæring av palliasjon til helsepersonell. Det er allment anerkjent at palliasjon er aktuelt på tvers av en rekke helsetjenester fra spesialisthelsetjenestene til primærhelsetjenesten. Alt helsepersonell og andre involverte som jobber med barn, bør kunne gi riktig palliasjon og trenger dermed å bli opplært til å gi den høyeste mulige standard for barnepalliasjon for å møte de utfordrende behovene som barna og familier står ovenfor, uavhengig av diagnosen. Visse aspekter av utdanning og opplæring er av

² https://barnepalliasjon.no/wp-content/uploads/2016/08/CPC-education-EAPC-Nov-2013-Final_NO.pdf

nødvendighet og disiplin-spesifikke. Det er helt klart elementer av opplæring og kjernekompetanse for teori og praksis på barnepalliasjon som er relevant for alle faggrupper. Det bør utarbeides et rammeverk for hva man bør forvente av kompetanse, ferdigheter og nivå fra dem som skal jobbe innenfor barnepalliasjon. Målet for dette er hvordan man på best mulig måte kan oppnå høyest kvalitet av evidensbasert omsorg.

Mål med rammeverk for kompetanse:

- Beskrive rolle og ansvar på ulike nivåer for å utvikle ansvar, arbeidsfordeling, oppgaver og struktur og stillingsbeskrivelser
- Støtte en karrieremessig progresjon og utvikling slik at ansatte kan vise til en vekst og profesjonell utvikling.
- Studiedager, fagdager, spesialistkurs og evaluering
- Bidra til å utvikle lederroller innenfor barnepalliasjon

Målgrupper:

- Allmennlege
- Pediatere
- Sykepleier
- Jordmor
- Helsefagarbeider, vernepleier, hjelpepleier, barn- og ungdomsarbeider
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Sosionom
- Psykolog
- Pedagogisk personell
- Ernæringsfysiolog

Utdanning, undervisningsprogram, klinisk forskning og praksis.

Barnepalliasjon som fagområde må utformes og etableres for å kunne nå målet om en helhetlig og kvalitativ tjeneste for lindrende behandling og omsorg for barn og deres familier. Norge bør utvikle nasjonale læreplaner for utdanning til dem som skal jobbe i pediatrik palliativ omsorg. Helsepersonell som skal utøve denne typen omsorg trenger økt kunnskap og kompetanse for å jobbe med den særskilte situasjonen og prosessene som det innebærer å stå og være i når man har et alvorlig sykt og døende barn. Helsepersonell trenger å blant annet å ha avklart forhold til liv og død. Irland hadde en utredning vedrørende kompetansekrav og fant ut på bakgrunn av dette at det var behov for mere kompetanse. Utfordringene ovenfor denne pasientgruppen er sammensatte og

Postadresse
Foreningen for barnepalliasjon FFB
Postboks 429,
4664 Kristiansand
kontakt@barnepalliasjon.no

Besøksadresse
Tollbodgata 8. 5 etg.

www.barnepalliasjon.no

Telefon
99162223
org.nr 994 763 083

mangfoldige. Helsepersonell anbefales også å få en kompetanseheving på ventesorg, sorgforståelse, sorgarbeid og krise.

Internasjonalt er det et økende antall kurs, utdanninger og e-læringsprogram for barnepalliasjon. Noen er gratis og noen gjøres som et studieprogram og forløp gjennom universitet og gir studiepoeng og grad. Det vil anbefales at det utvikles en tverrfaglig utdanning og å øke tilgangen til denne utdanningen på landets høyskoler og universitet.

Helsepersonell utdanning og forskning

For alle relevante sykehuspersonell og ansatte i kommunehelsetjenesten og skolesektoren bør det legges til rette for å delta i utdanning og opplæring for barnepalliasjon.

Tilbud og etterspørsel for de ansatte bør undersøkes sammen med eksisterende og eventuelle ytterligere krav til opplæring som bør oppfylles av utdanningssystemene både på lavere og høyere nivå.

Alle helsepersonell som arbeider innen barnepalliasjon bør ha mulighet til å engasjere seg i forskning.

- Og være ansvarlig for utviklingen av en omfattende tverrfaglig service innen barnepalliasjon på de store sykehusene.
- Klinisk støtte og råd til helsepersonell, og samarbeide med ledelsen og pediatere som har ansvaret for omsorgen for barnet og deres familie.
- Fungere som en ytterligere ressurs / support for kommunehelsetjenesten, avansert hjemme sykehus.
- Forskning og utdanning.
- Utvikle og bistå i formidling av utdanning og opplæring.
- Utvikle og lede en forskningsagenda for barnepalliasjon og utviklingen av tjenesten.
- Opprettelse av professorat på barnepalliasjon for å sikre og forsterke fagområdet.
- Utvikling av tjenester innen barnepalliasjon.
- Klinisk ledelse for fremtidig utvikling og faglig anerkjennelse av barnepalliasjon innen helse og samfunnet forøvrig.
- Være involvert i beslutninger knyttet til og utvikling av et integrert tilbud om barnepalliasjon og service.
- Konsulent innen pediatrik palliativ medisin bør utnevnes og bør støttes av et tverrfaglig team inkludert en pediatr under spesialisering.
- Sykehus- barneavdelinger- habilitering.
- Avansert hjemme sykehus.
- Kommunehelsetjenesten; avlastnings- og barnebolig, hjemmesykepleier.
- En tverrfaglig kompetanse.

En utredning og kartlegging av kompetansen som finnes på barn på de ulike helsenivåene bør gjøres. Hva trenger helsepersonell? Hva trengs av kunnskap og praksisutøvelse for å jobbe innen barnepalliasjon? Hvor mye og hvem?

Kompetansenivåer innen barnepalliasjon:

NIVÅ A: Grunnleggende forståelse- tverrfaglig – alle som jobber med barn.

Postadresse
Foreningen for barnepalliasjon FFB
Postboks 429,
4664 Kristiansand
kontakt@barnepalliasjon.no

Besøksadresse
Tollbodgata 8. 5 etg.

Telefon
99162223
org.nr 994 763 083

www.barnepalliasjon.no

NIVÅ B: Nødvendig kompetanse for de som behandler.

NIVÅ C: Spesialistnivå

MÅL: Utdanning og kompetanse

Undervisning i barnepalliasjon i alle aktuelle grunnutdanninger

Undervisning og kurs for alle som utøver barnepalliasjon

Palliasjons spesifikk videreutdanning for barn/ spesialist utdanning- Nivå C.

Minimum av kjernekompetanse innen barnepalliasjon bør være:

1. Effektiv og hensiktsmessig kommunikasjonsferdigheter ovenfor barnet og ungdommen med palliative behov.
2. Tilby helhetlig og holistisk omsorg for barn og unge med palliative behov uansett omsorgssituasjon og sted.
3. Kompetanse på egenomsorg for seg selv som personell og stab og ansatte samtidig som man står i krevende pleie og omsorgssituasjoner med barn og unge med sorg, krise, død og tap.
4. Å kunne hjelpe med å se og identifisere smerte og symptomer.
5. Økt kunnskap om sorg og sorgforståelse, ventesorg.
6. Kunnskap om søsken som pårørende

Disse bør også ha nivå A-B-C.

Anbefalinger for fremtiden

Definere barnepalliasjon og palliasjon som fagområde

Utvikle nasjonale studieplaner: Behovet for studieplaner for ulike profesjoner (leger, sykepleiere, medisinstudenter, psykologer, sosialarbeidere, fysioterapeuter, åndelige ledere, etc.). Kjernekompetanse som bør være tilgjengelig for alt helsepersonell og andre som arbeider med barn.

Utvikle Sorgstøtte systemer før og i etterkant av død.

Utvikling av lærebokmatriell i barnepalliasjon på Norsk. Grunnbok i barnepalliasjon 2016 - utgitt av FFB i samarbeid med kommuneforlaget, er et eksempel.

Det må også sikres en bred tverrfaglighet i fagutviklingen og det multikulturelle innen palliasjon.

Sluttmerknader

Kun retningslinjen om sykepleierutdanningen inneholder begrepet død. ellers så er begrepene palliasjon, død, og sorg helt fraværende i retningslinjene for læringsutbytte på alle forslagene til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger. Dette på tross av flere innspill i prosessene. Noe som er svært alvorlig med tanke på at flere lever lenger og er multisyke og at man vet at det er en betydelig mangel på kunnskap og utdanning innen palliasjon og barnepalliasjon. Man bør utarbeide en standard for dette innen all helse og sosialfaglige utdanning. Det er nødvendig å gi tilstrekkelig utdanning og opplæring for dem som skal tilby tjenester innenfor barnepalliasjon.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten mangler i dag en samlet oppdatert

Postadresse
Foreningen for barnepalliasjon FFB
Postboks 429,
4664 Kristiansand
kontakt@barnepalliasjon.no

Besøksadresse
Tollbodgata 8. 5 etg.

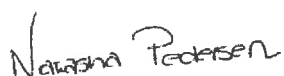
Telefon
99162223
org.nr 994 763 083

www.barnepalliasjon.no

ekspertise i palliasjon til barn. Den grunnleggende kompetansen i palliasjon bør helsepersonell få gjennom sin grunnutdanning. Barnepalliasjon som fagområde må utformes og etableres for å kunne nå målet om en helhetlig og kvalitativ tjeneste for lindrende behandling og omsorg for barn og deres familier. Av WHO's definisjon av palliasjon fremgår det at palliasjon skal være en del av helsetjenesten også når behandling gis med en helbredende og livsforlengende intensjon.

Definisjonen tydeliggjør dermed at palliasjon ikke «kun» omfatter behandling og lindring ved livets slutt, slik begrepet palliasjon tradisjonelt er omtalt. Kompetanse i palliasjon må derfor være tilstede også når pasientene får behandling med kurativ og livsforlengende målsetting, i tillegg til lindrende behandling ved livets slutt. Norge bør utvikle nasjonale læreplaner og retningslinjer for utdanning der barnepalliasjon er integrert for å møte et allerede eksisterende behov og for fremtiden.

Mvh Natasha Pedersen,



Leder og fagansvarlig i Foreningen for barnepalliasjon FFB

Kilder:

<https://barnepalliasjon.no/fagstoff/utdanning/> (lastet ned 01.08.18)

https://barnepalliasjon.no/wp-content/uploads/2016/08/CPC-education-EAPC-Nov-2013-Final_NO.pdf (lastet ned 01.08.18)

<http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistomradet/delprosjekter/palliativ-medisin/Documents/Krav-utdanningssteder.pdf>

<http://www.eapcnet.eu/Themes/Education/EAPCWhitepaperoneducation.aspx>

Education in children's palliative care across Europe and internationally, J Downing, J Ling 2012.

Palliative care for children and young people, RCN Competences; Published by the Royal College of Nursing 2012, s28.

Palliative care for children with life limiting conditions in Ireland - A National Policy 2009, s. 70.

NOU 2017:16 PÅ LIV OG DØD

<https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>

Postadresse

Foreningen for barnepalliasjon FFB
Postboks 429,
4664 Kristiansand
kontakt@barnepalliasjon.no

Besøksadresse

Tollbodgata 8. 5 etg.

www.barnepalliasjon.no

Telefon

99162223
org nr 994 763 083



Stiftelsen SOR

01.08.2018

SORs høringssvar – RETHOS

SOR takker for muligheten til å komme med innspill. Vi har tre overordnende kommentarer til de nye retningslinjene.

1. Temaet utviklingshemming må styrkes i helsefagutdanningene

Det er gjennomgående lav kompetanse innenfor tjenester til personer med utviklingshemming og lite kunnskap om utviklingshemming innenfor aktuelle helsetjenesteutdanninger.ⁱ Barn og voksne med utviklingshemming får ikke de helse- og omsorgstjenestene de har krav på.ⁱⁱ Samtidig er mange utviklingshemmede i større grad enn resten av befolkningen avhengig av disse tjenestene. For at denne gruppen skal kunne få et likeverdig helsetilbud er det viktig at temaet utviklingshemming kommer tydeligere inn i utdanningene.

2. Studentene må få menneskerettighetsopplæring

FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og andre menneskerettighetskonvensjoner hvor Norge er part, er av aller høyeste relevans for helsefagutdanningene. Som statspart til CRPD er Norge forpliktet til «å fremme opplæring i de rettigheter som er nedfelt i [CRPD], for fagfolk og personale som arbeider med mennesker med nedsatt funksjonsevne, slik at de lettere kan sørge for den bistand og de tjenester som garanteres gjennom disse rettigheter» (CRPD artikkel 4). I utkastene som foreligger kommer denne forpliktelsen i liten grad frem, og kravet til menneskerettighetsopplæring må derfor få en tydeligere plass i retningslinjene. Kunnskap om

Besøksadresse:

Bentsebrugata 16A
0476 Oslo

Postadresse:

Stiftelsen SOR
Postboks 12 Torshov
0412 Oslo

Fakturaadresse:

Stiftelsen SOR
c/o ASR Accounting AS
Rakkestadveien 1
1814 Askim

www.stiftelsensor.no

sor@sorpost.no

Org.nr.: 984 257 503



menneskerettighetene bør nevnes eksplisitt i de fagspesifikke retningslinjene, og som en del av de ferdighetene studentene skal opparbeide seg.

3. Studentene må få god opplæring i kritisk tenkning

SOR synes det er spesielt bra at retningslinjene for vernepleierutdanningene inkluderer avsnittet «Etter endt utdanning skal kandidaten ha høy etisk bevissthet, gode kommunikasjons- og samarbeidsferdigheter og kunne arbeid målrettet og systematisk for å tilby brukerorienterte tjenester kjennetegnet av kritisk og innovativ tenkning». I 2016 fant Fylkesmennene lovbrudd i 45 av 57 kommuner da de gjennomførte landsomfattende tilsyn med helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming.ⁱⁱⁱ Forholdene må ha vært kjent for svært mange profesjonsutøvere fra profesjoner som sykepleiere, sosionomer, vernepleiere, psykologer og leger, og vitner blant annet om behovet for mer kritisk orienterte utdanningsløp. Som Halvorsen og Løkke påpeker i en kronikk i Khrono «Det kan være at profesjonenes ideer om at studentene skal få en identitet som «advokater for de svake» og roller som politiske aktører ikke har funnet sin materialisering i utdanningen».^{iv}

Å utdanne studenter til kritisk refleksjon rundt eksisterende systemer og praksiser (inkludert praksiser som de selv tar, eller vi ta, del i) er en viktig grunnsten for god og uavhengig forskning og utdanning. Opplæring i systemkritikk er av stor betydning for beskyttelsen av rettighetene til sårbare enkeltindivider, og er nødvendig for å forbedre eksisterende systemer. Det er derfor svært viktig at kritisk tenkning får en sentral plass i retningslinjene.

Med vennlig hilsen

Kjersti Skarstad,
Seniorrådgiver,
PhD statsvitenskap

Jarle Eknes,
Daglig leder,
Spesialist i klinisk psykologi/habilitering

ⁱ NOU 2016:17 På Lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/>

ⁱⁱ Ibid.

ⁱⁱⁱ Helsetilsynet 2017, <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2017/ikke-gode-nok-tjenester-til-personer-med-utviklingshemming/>

^{iv} Halvorsen og Løkke 2018, <https://khrono.no/ytringsmot-demokrati-halvorsen/taushet-er-et-demokratisk-problem/205994>

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 18/9410-9
Saksbehandler: Cathrine Hannevig Welle-Watne
Dato: 01.08.2018

Høring - Forslag til nasjonale faglige retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger (RETHOS)

Det vises til Kunnskapsdepartementets brev av 17.04.18 der utkast til nasjonale faglige retningslinjer for 8 helse- og sosialfaglige bachelorutdanninger sendes på høring. Helsedirektoratet gir uttalelse på retningslinjene for sykepleier-, vernepleier-, fysioterapeut-, ergoterapeut-, radiograf- og sosionomutdanning. Vi har ikke foretatt den tallmessige graderingen som ligger i questback-skjemaet for høringssvar. Etter avtale sender vi derfor vårt høringssvar i brevs form. Det vises også til eget brev om utfordringer knyttet til autorisasjon av helsepersonell datert 23.07.18. Høringsinnspillene er forsøkt inndelt etter hovedspørsmålene i questback-skjemaet. Det foreligger ikke svar på alle spørsmål og tilleggsspørsmål, men flere av disse er berørt i den samlede høringsuttalelsen.

Generelle kommentarer/andre innspill

Til tross for føringene som ligger til grunn for utarbeidelse av retningslinjene er de svært ulikt utformet både i inndelingen i kunnskapsområder, ordlyd og detaljeringsgrad. Det nye styringssystemet har som formål å sikre brede grunnutdanninger med en velferdsfaglig kunnskapsplattform med mye felles innhold i utdanningene. Retningslinjene bør derfor ha en felles oppbygning og grunnprofil. Formålsbeskrivelsene kan for eksempel ha én fellesdel for alle og én profesjonsspesifikk del. Inndelingen i kunnskapsområder bør også ha større grad av likhet. Det foreslås felles læringsutbyttebeskrivelser (LUB) om kjennskap til de andre helse- og sosialfagutdanningene, kunnskap og ferdigheter i samhandling og tverrprofesjonell samarbeidslæring. Dette er bl.a. viktig med tanke på de personellutfordringer vi står overfor, der fleksibel bruk av helsepersonell og oppgavedeling mellom personellgrupper vil være nødvendig i årene fremover. Kunnskap om helse- og sosialpolitikk og kunnskap om helse- og velferdssystemet er et krav i rammeplanforskriften § 2 og burde være likt formulert i læringsutbyttebeskrivelsene for alle utdanningene.

Noen av retningslinjene har LUB på et mer overordnet nivå enn andre. Dette gir større grad av fleksibilitet og autonomi i utarbeidelsen av fagplaner og muliggjør raskere endringer i faglig innhold i tråd med endringer i helse- og velferdstjenestene. Lokale tilpasninger er bra, også når det gjelder å få etablert egnede praksisplasser som tilbyr praksis i tråd med tjenestenes og brukernes behov. Vi er likevel bekymret for at det kan bli for liten grad av nasjonal

Helsedirektoratet

Avdeling retningslinjer og fagutvikling

Cathrine Hannevig Welle-Watne, tlf.: +4724163588

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

standardisering. Helse- og sosialfagutdanningene må ha en sluttkompetanse som sikrer lik kompetanse uavhengig av utdanningssted, som ivaretar pasientsikkerhet og som sikrer likt grunnlag for autorisasjon av helsepersonell. For liten grad av nasjonal standardisering kan også få konsekvenser for ønsket mobilitet av studenter mellom utdanningsstedene både i grunn- og videreutdanningsløpene. Det kan også gi utfordringer med tanke på internasjonalisering og mobilitet av arbeidskraft.

Helsedirektoratet vil særlig påpeke konsekvensene av de nye retningslinjene for autorisasjon av helsepersonell i Norge. De tidligere rammeplanene hadde inndeling i hoved- og delemner med studiepoeng for hvert emne. Praksisstudiene var også angitt i studiepoeng. Det gjorde det mulig for helsemyndighetene å foreta jevn godhetsvurdering av norsk og utenlandsk utdanning ved å sammenholde antall studiepoeng i rammeplaner og fagplaner. Det vises til egen uttalelse om dette i brev til Kunnskapsdepartementet.

Rammeplanforskriften § 2 punkt 5 stiller bl.a. krav om at kandidaten kan anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere i sin tjenesteutøvelse. Retningslinjene ivaretar i stor grad dette, men vi savner LUB som sikrer kunnskap om nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og anbefalinger som gis av sektormyndighetene.

Alle utdanningene bør ha noen felles LUB innen helsefremmende og forbyggende arbeid. Kunnskap og ferdigheter om effektive metoder for endring og mestring mangler for flere av utdanningene. Praksisstudiene bør også inkludere erfaring med helsefremmende og forebyggende arbeid for alle aldersgrupper for de utdanningene der dette er særlig relevant, som sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og vernepleier. Det vises her til føringene gitt i samhandlingsreformen og til Meld. St. 26 (2014-2025) *Fremtidens primærhelsetjeneste – helhet og nærhet*.

Det er viktig at utdanningene er tilpasset dagens og fremtidens helsetjeneste. Pasienter skrives raskere ut fra sykehus og behandling av pasienter skjer i større grad i kommunene. De må også tilpasses utviklingen bruk av medisinsk teknologi og IKT, samt arenafleksible helsetjenester. Utdanningene må også ta opp i seg den styrkede pasientrollen. Pasienter/brukere skal få delta mer aktivt i beslutninger om egen behandling. Det krever en annen type kompetanse hos personellet. Dette er særlig viktig for sykepleierutdanningen, men også for de andre utdanningene.

Felles for flere utdanninger er manglende eller mangelfulle LUB innen psykisk helse og rusproblematikk, velferdsteknologi, koordinatorrollen og individuell plan, kognitive lidelser/funksjonsnedsettelse, pårørendes behov, barn som pårørende, endrings- og kvalitetsforbedringsarbeid, innovasjon mv. Vi ser også at noen av utdanningene (som bioingeniør og radiograf) har LUB knyttet til spesifikke fag som anatomi, fysiologi, molekylærbiologi, genetikk, farmakologi mv. Andre utdanninger (som fysioterapeut og ergoterapeut) har betydelig mer overordnede LUB, der ingen fag/fagområder nevnes. Det bør vurderes om kunnskap i grunnleggende fag bør nevnes eksplisitt i LUB i de enkelte utdanningene.

Krav til praksisstudiene

Det stilles spørsmål om i hvilken grad praksisstudiet for hver av utdanningene er hensiktsmessig og gjennomførbart. Det er vanskelig å vurdere ut fra utkastene til retningslinjer. Det er kun ergoterapeut- og fysioterapeututdanningen som angir krav om praksis både i primær- og i spesialisthelsetjenesten. Det bør også tas inn i retningslinjene for sykepleier- og vernepleierutdanningen. De ulike retningslinjene angir et omfang av praksisperioder som varierer fra minimum 7 uker til minimum 12 uker. Rammeplanforskriften § 3 stiller ikke krav knyttet til omfang, men bl.a. at utdanningsinstitusjonene skal forsikre seg om at det tilbys relevante læresituasjoner, kunnskapsbaserte tjenester og kompetente veiledere. Dette vil kunne gi økt bredde, kvalitet og fleksibilitet i praksisundervisningen. Det vil kunne gjøre det lettere å tilpasse praksis i tråd med tjenestenes og brukernes behov for helse- og velferdstjenester, og gi brukerne, tjenestene og sektormyndighetene økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene. Samtidig ser vi behov for en større grad av nasjonal standardisering for å sikre at kandidatene får tilstrekkelig med praksis både i innhold og omfang og for å unngå for stor variasjon i kandidatenes praksiserfaring. Det er behov for å ha fastsatte krav til omfang og innhold i praksis av hensyn til autorisasjon av helsepersonell, både med norsk og utenlandsk utdanning. Vi vil også understreke behovet for at praksisundervisningen i sykehus innrettes mot dagens og fremtidens sykehus/spesialisthelsetjeneste, jf. uttalelsen ovenfor.

Svakheter i kvalitet og relevans på praksisstudiene ble fremhevet i Meld. St. 13(2011-2012) *Utdanning for velferd*. Kompetente veiledere er sentralt for kvalitet på praksisundervisning. Det er kun retningslinjene for sykepleierutdanningen som stiller krav om formalisert veilederutdanning for praksisveileder med hovedansvar for kandidaten. De bør vurderes å innføre krav om minimum veilederkompetanse for alle utdanningene. Det må vurderes i hvilken grad dette kan medføre mangel på kompetente veiledere i en overgangsfase.

Sykepleierutdanningen

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov?

Retningslinjen skiller ikke mellom sykepleierrollen i primær- og spesialisthelsetjenesten verken i formålsbeskrivelsen eller i læringsutbyttebeskrivelsene. Det anses heller ikke nødvendig så lenge det faglige innholdet i undervisning og praksis har tilstrekkelig bredde og er rettet mot sykepleierens rolle/oppgaver i dagens sykehus, andre deler av spesialisthelsetjenesten og oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjen virker noe svak på LUB knyttet til kunnskap og ferdigheter innen psykisk helse og rusrelaterte lidelser. Generelt synes den å ha en for sterk innretning mot somatikk. Deltagelse i kvalitetsforbedringsarbeid bør tydeliggjøres. Ferdigheter knyttet til individuell plan og koordinatorrollen mangler. Retningslinjen synes å være noe svak på LUB innen forebygging. Helsefremmende og forebyggende arbeid er sentralt i for å redusere behovet for helsetjenester i fremtiden. Kunnskap om effektive metoder for endring og mestring bør tydeliggjøres.

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?

Retningslinjen synes i stor grad å være i tråd med brukernes behov, men når det gjelder legemidler er retningslinjen for svak og kan utgjøre en pasientrisiko. Den må stille strengere krav til kunnskap i farmakologi og ferdigheter i legemiddelhåndtering, se nedenfor.

Det foreslås et nytt punkt under "Helse og sykdom", Generell kompetanse: kan planlegge og gjennomføre helsefremmende og forebyggende tiltak til risikogrupper. LUB for sykepleierens rolle i helhetlige pasientforløp (herunder pakkeforløpene) bør styrkes. Kommunikasjon og samhandling med pasient og pårørende er nevnt, men ikke knyttet til andre tjenesteutøvere. Fremtidens helsetjeneste krever at sykepleieren kan jobbe tverrprofesjonelt rundt den enkelte pasient/bruker.

Retningslinjens grad av detaljering med hensyn til utd.institusjonenes behov for autonomi og behovet for nasjonal standardisering

Retningslinjen synes å ha en rimelig god balanse mellom mulighet for lokal tilpasning og behovet for nasjonal standardisering, men på legemiddelområdet vurderes det å være for liten grad av nasjonal standardisering. Her kan det ses hen til retningslinjene for radiografutdanningen.

Er det noen typer kompetanse som mangler i utkast til retningslinje?

Legemiddelkunnskap er for dårlig ivaretatt i retningslinjen. "Kjennskap til farmakologi" og "har innsikt i legemiddelhåndtering" er ikke tilstrekkelig for sykepleiere som i stor grad håndterer legemidler i sitt arbeid. Dette vil kunne bidra til svært ulik kvalitet på legemiddelkunnskap hos sykepleiere. Feil knyttet til legemiddelhåndtering utgjør en betydelig risiko for pasientsikkerheten. Deltagelse i kvalitetsforbedringsarbeid bør tydeliggjøres. Ferdigheter knyttet til individuell plan og koordinatorrollen mangler. Se også generelle kommentarer.

Er beskrivelsen av praksisstudiet hensiktsmessig og gjennomførbar?

Det fremgår at læringsutbyttebeskrivelser og læringsaktiviteter vil bli utarbeidet i samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedene. Hensiktsmessighet og gjennomførbarhet er derfor vanskelig å vurdere. Direktiv 2005/36/EC setter imidlertid krav til praksis innen 6 bestemte fag-/tjenesteområder. For øvrig anses beskrivelsen av krav til praksisstudier som god. Krav om veilederutdanning på minimum 10 studiepoeng på mastergradsnivå støttes. Hdir støtter flertallsforslaget om å fastsette minimumskrav til antall uker for en praksisperiode for å sikre kvalitet og kontinuitet i praksisstudiene.

I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning?

Retningslinjen fremstår som noe for omfattende for å kunne gjennomføres innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning og bør gjennomgå med tanke på dette. Det bør vurderes om noen av LUB er på et for høyt faglig nivå (masternivå).

Vernepleierutdanningen

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov?

Retningslinjen synes å ivareta kunnskap om selvbestemmelse og brukermedvirkning. Vernepleierens rolle knyttet til styringssystemene og kvalitetsforbedringsarbeid for helse- og omsorgstjenesten bør tydeliggjøres. Vernepleiere må ha bred kunnskap om kommunene og

spesialisthelsetjenesten for å kunne gi et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Vernepleierkompetanse i forebygging av helsemessige og sosiale utfordringer bør beskrives. Det kan også vurderes om kunnskap om forebygging og reduksjon av bruk av tvang og makt bør nevnes spesifikt. Kjennskap til andre helse- og sosialfagutdanninger bør også tydeliggjøres. Det er sentralt for tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling for å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp.

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?

Retningslinjen synes å være god på å beskrive brukerens behov for kompetanse i tjenestene, men mangler omtale av sentral kompetanse innen familie- og nettverksarbeid, barn som pårørende og tjenestekoordinerings. Punkt 3 i rammeplanforskriften § 2 synes ikke å være tilstrekkelig operasjonalisert i LUB.

Retningslinjens grad av detaljering med hensyn til utd.institusjonenes behov for autonomi og behovet for nasjonal standardisering

Her vises det til generelle kommentarer.

Er det noen typer kompetanse som mangler i utkast til retningslinje?

Læringsutbyttebeskrivelsene knyttet til kunnskap om legemiddelhåndtering er for uspesifikke og bør styrkes. Forsvarlig legemiddelhåndtering bør også stå som en ferdighet under "Helse, sykdom og funksjonsnedsettelse" ikke bare som kunnskap og generell kompetanse. Kunnskap om rus og avhengighet, vold og overgrep, tvang og makt, pårørendes behov og barn som pårørende er sentrale temaer for vernepleiere og burde fremkomme i læringsutbyttebeskrivelsene. Helsefremmende og forebyggende arbeid kan komme tydeligere frem også i vernepleierutdanningen.

Er beskrivelsen av praksisstudiet hensiktsmessig og gjennomførbar?

Det er vanskelig å vurdere gjennomførbarhet av praksisstudiet på bakgrunn av beskrivelsen i retningslinjen, da denne er veldig knapp. Det bør vurderes et krav om praksis både fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Det vises til de generelle kommentarene.

I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning?

Kommenteres ikke.

Fysioterapeututdanningen

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov?

Generelt synes utkast til retningslinje å være i tråd med nivå 6.2 i NKR. Den synes likevel å være noe for overordnet. Retningslinjen vurderes i stor grad å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov, men den mangler viktige områder som velferdsteknologi og elektronisk samhandling. Det bør stå yrkesetiske retningslinjer som ikke er knyttet til en yrkesorganisasjon. Kunnskapsområdet "Folkehelsearbeid" bør utvides til å hete "Folkehelsearbeid, helsefremmende og forebyggende arbeid". Evne til tverrfaglig samarbeid bør fremgå i formålsbeskrivelsen. Se for øvrig generelle kommentarer.

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?

Læringsutbyttebeskrivelsene er utformet slik at de dekker alle aldersgrupper og omtaler både helsefremmende og forebyggende arbeid, undersøkelse og tiltak, og rehabilitering/habilitering. Fysioterapeuter har i stor grad en selvstendig rolle som behandler av sykdommer og skader og LUB knyttet til behandling av pasienter bør inngå i tillegg til instruksjon og veiledning. Kunnskap innen både fysisk og psykisk helse ser ut til å være dekket, men psykisk helse kommer ikke så tydelig frem. Livskvalitet mangler sammen med beskrivelsen av kunnskap om helse og sykdom (side 3 i retningslinjen). Under habilitering, rehabilitering og samhandling bør det inngå delta i tverrprofesjonelt og tverrfaglig arbeid i tillegg til å planlegge og lede. Begrepet helsevesenet bør endres til helse- og omsorgstjenesten. Kunnskapsområdet folkehelsearbeid: Kandidatene bør også ha ferdigheter i bruk av kunnskapsbaserte og effektive metoder for endring av levevaner og mestring av helseutfordringer.

Retningslinjens grad av detaljering med hensyn til utd.institusjonenes behov for autonomi og behovet for nasjonal standardisering

Retningslinjen vurderes å være noe for generell og kan gi rom for lokale tilpasninger som kan medføre stor variasjon mellom utdanningene. Dette vil kunne gi konsekvenser for autorisasjon av fysioterapeuter. Det vises til generelle kommentarer og til Helsedirektoratets uttalelse i eget brev datert 23.07.18 om konsekvenser for autorisasjon av helsepersonell.

Er det noen typer kompetanse som mangler i utkast til retningslinje?

Det bør vurderes om retningslinjen bør ha LUB innen sentrale fag som anatomi, fysiologi, biomekanikk og patologi. Dette er fag som er grunnleggende for yrkesutøvelsen. Samtidig ser vi at disse fagene kan inngå i LUB under "Kropp, bevegelse og funksjon". Spørsmålet er om dette innebærer at det blir stor variasjon i innholdet i disse fagene ved de ulike utdanningsinstitusjonene. LUB om kunnskap og ferdigheter i bruk av effektive metoder for endring og mestring bør tydeliggjøres. Retningslinjene for sykepleie, bioingeniør og radiograf har betydelig mer detaljerte LUB både innen kunnskap og ferdigheter enn fysioterapeututdanningen, jf. også generelle kommentarer.

Er beskrivelsen av praksisstudiet hensiktsmessig og gjennomførbart?

Praksisstudier i kommunal helse- og omsorgstjeneste bør ha med bredden i kommunal fysioterapitjeneste, dvs. at kandidatene også bør ha erfaring fra forbyggende oppgaver, som helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Frisklivssentral er også en sentral praksisarena. Minimumskrav til praksisperioder i hhv primær- og spesialisthelsetjenesten, samt krav til innhold og veilederkompetanse anses som ønskelig.

I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning?

Gjennomførbarheten er vanskelig å vurdere ut fra læringsutbyttebeskrivelsene. Det vil lettere kunne sees ut fra lokale fagplaner. Fysioterapistudiet skal kvalifisere kandidater til ett års praktisk tjeneste (turnustjeneste) i primær- og spesialisthelsetjenesten som vilkår for norsk autorisasjon. Det innebærer at mye av den praktiske erfaringen/ferdighetene erverves gjennom turnustjenesten etter endt utdanning. Det er viktig at innhold i bachelorutdanningen og i turnustjenesten samsvarer best mulig.

Ergoterapeututdanningen

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov?

Det foreslås at det i formålsbeskrivelsen gjøres følgende tilføyelse: "Utdanningen skal gi kandidaten kompetanse i å praktisere i tråd med etablert kunnskap, nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og anbefalinger i samarbeid med andre.." Formålsbeskrivelsen bør også omfatte kompetanse i kunnskapsbaserte og effektive metoder for endring og mestring.

Under kunnskapsområdet "Samspill mellom kropp.." foreslås det et nytt punkt: kunnskap om betydningen av levevaner for fysisk og psykisk helse. Tilsvarende et punkt om ferdigheter i metoder for å endre levevaner. Begrepet endring bør tas inn i tillegg til mestring.

Ergoterapeuter er en sentral yrkesgruppe i kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling. Det bør derfor fremkomme tydelig i LUB at kandidatene får kompetanse til å være oppdatert på avansert velferdsteknologi. Ergoterapeutenes rolle knyttet til kommunale styringssystemer bør også vektlegges. Se for øvrig generelle kommentarer.

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?

Se generelle kommentarer.

Retningslinjens grad av detaljering med hensyn til utd.institusjonenes behov for autonomi og behovet for nasjonal standardisering

Se generelle kommentarer.

Er det noen typer kompetanse som mangler i utkast til retningslinje?

LUB knyttet til psykisk helse mangler. Det bør være konkrete LUB knyttet til velferdsteknologi, universell utforming, og rehabilitering av personer med kognitive funksjonsnedsettelser. Koordinatorrollen bør også nevnes. Arbeidshelse er noe svakt omtalt.

Er beskrivelsen av praksisstudiet hensiktsmessig og gjennomførbar?

Krav til studiets oppbygning og praksisstudiene er godt beskrevet, men det foreslås mer spesifikke krav til ergoterapeutisk kompetanse og ferdigheter. Det kreves praksis både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten uten at omfang er beskrevet. Her vises til våre generelle kommentarer til praksisundervisningen ved bachelorutdanningene. Krav til kompetanse for praksisveiledere nevnes ikke. Her bør det vurderes å ta inn et krav om minimum veiledningskompetanse, jf. generelle kommentarer.

I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning?

Kommenteres ikke.

Radiografutdanningen

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov?

Retningslinjen synes å inneha de kunnskapsområdene som bør være med for å dekke tjenestenes behov. Radiografi utøves i hovedsak i spesialisthelsetjenesten og i private institusjoner og ikke i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?

Retningslinjen synes å ivareta brukernes behov og pasientsikkerheten ved å sikre at radiografen har grunnleggende kompetanse og ferdigheter som basisfagene i kunnskapsområde I, bildedannelse og bildebehandling, strålevern, risiko, farmakologi (eget kunnskapsområde) og pasientomsorg, observasjon og smittevern.

Retningslinjens grad av detaljering med hensyn til utd.institusjonenes behov for autonomi og behovet for nasjonal standardisering

Retningslinjen er bygget opp med kunnskapsområder knyttet til konkrete fagområder i radiografi-faget, både når det gjelder kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Det legger et godt grunnlag for nasjonal standardisering som sikrer lik kompetanse uavhengig av utdanningsinstitusjon.

Er det noen typer kompetanse som mangler i utkast til retningslinje?

Kunnskap om og ferdigheter til å kunne benytte gjeldende nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og anbefalinger i sin praksis, mangler. Det bør vurderes om molekylærbiologi bør legges til i kunnskapsområde I.

Er beskrivelsen av praksisstudiet hensiktsmessig og gjennomførbart?

Kravene til praksisstudier er utformet slik at de burde være gjennomførbare. Se for øvrig generelle kommentarer.

I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning?

Kommenteres ikke.

Sosionomutdanningen

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov?

Forebyggende arbeid for å hindre at sosiale problemer oppstår, tjenesteinnovasjon og sosionomens rolle i kommunenes styringssystem bør tydeliggjøres i læringsutbyttebeskrivelsene. Det samme gjelder kunnskap og ferdigheter i å delta i og lede kvalitets- og forbedringsarbeid.

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?

Retningslinjen synes i hovedsak å være i tråd med brukernes behov for kompetanse. Se også generelle kommentarer.

Retningslinjens grad av detaljering med hensyn til utd.institusjonenes behov for autonomi og behovet for nasjonal standardisering

Retningslinjen synes å ha en god balanse mellom mulighet for lokal tilpasning og behovet for nasjonal standardisering. Se også generelle kommentarer.

Er det noen typer kompetanse som mangler i utkast til retningslinje?

Det mangler eller er for svake LUB innen velferdsteknologi, tjenesteutvikling, betydningen av tannhelse og ernæring og oppfølging av personer med kognitive funksjonsnedsettelse.

Er beskrivelsen av praksisstudiet hensiktsmessig og gjennomførbar?

Se generelle kommentarer.

I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning?

Kommenteres ikke.

Vennlig hilsen

Torunn Janbu e.f.
fung. divisjonsdirektør

Cathrine H. Welle-Watne
fung. avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
Helse- og omsorgsdepartementet (11)

Rammeplan – forslag til endringer i fht dagens rammeplan

Fag		1. sem.	2. sem.	3. sem.	4. sem.	5. sem.	6. sem.	7. sem.	8. sem.	9. sem.	10. sem.	Sum
Rammeplanens emner												
1A	Anatomi (Makro)											21
1B	Fysiologi											15 + 5
2A	Psykologi og pedagogikk											9
2B	Kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning											6
2C	Sosiologi og sosialantropologi											6
2D	Stats- og kommunalkunnskap, helse- og sosialpolitikk											9
2E	Vitenskapsteori og forskningsmetode											6 + 9
2F	Ettikk											9
3A	Personlige, sosiale og kulturelle aspekter ved bevegelse											6
3B	Biomekaniske og nevrofysiologiske aspekter ved bevegelse											12
3C	Bevegelsesanalyse og bevegelseserfaring											6
4A	Helse- og behandlingsfilosofi og faghistorie											6
4B	Sykdomslære og funksjonshemming (Patologi)											12 + 3
4C	Behandling, rehabilitering og habilitering											42
4D	Helsefremmende og forebyggende arbeid											15
	Humanbiologi – biomedisinsk basalblokk											10
	Kjemi – biomedisinsk basalblokk											10
	Biokjemi – biomedisinsk basalblokk											10
	Mikroanatomi/histologi											10
	Medisinsk statistikk											7,5
	Farmakologi											8
	Radiologi											7,5
	Immunologi											5
	Oppgradering fra bacheloroppgave til masteroppgave (30 sp)											15
	Ex.fil.											10
	Medisinsk nomenklaturlære											5
Sum studiepoeng i emnene												300

Forklaring. Gul markering indikerer dagens Rammeplan. Turkis markering indikerer endringer. Rød markering indikerer når i studieløpet emnet skal gjennomgås.

Kommentarer til endringer i fht dagens Rammepan:

Generelt. Alle emnene i dagens rammepan beholdes. Noen emner foreslås utvides, og en del nye emner foreslås. Nedenfor begrunnes endringene.

Fysiologi: Fysiologipensum på eksisterende fysioterapistudium er i hovedsak sentrert rundt temaer som arbeidsfysiologi, smertefysiologi, nevrofysiologi og relaterte organsystemer. Fysiologipensum bør imidlertid, spesielt med direkte tilgang til fysioterapeut fra 01.01.2018, gi kandidaten en dypere kunnskap i et større antall organsystemer, – herunder energiomsetning, endokrinologi, fordøyelsessystemet og urinveiene. Uten inngående kunnskap om disse systemene vil en heller ikke få tilstrekkelig oversikt over alle faktorer som påvirker muskel-skjelettsystemene. For å få god kunnskap til hvordan alle systemer fungerer som en helhet forutsetter dette mer biomedisinsk kompetanse. Av denne grunn er det viktig å inkludere biomedisinske basalfag i utdanningen, som kommentert i punkt nedenfor. For å skape en naturlig progresjon i tilegning av kunnskap, bør fysiologi tidsmessig plasseres etter de biomedisinske basalfagene. Samtidig må de plasseres tidlig nok i studieforløpet til å gi tid til modning. Mengde laboratoriearbeid i fysiologiundervisningen bør i tillegg utvides, for å skape en dypere innsikt og for enklere å omsette teori til praktisk viten. Per dags dato har fysioterapistudenten kun laboratorieøvelser og praktisk arbeid relatert til arbeidsfysiologi. Studentene må imidlertid også få praktisk kunnskap gjennom laboratorieøvelser relatert til andre organsystemer – inkludert hjerte/karsystemet, respirasjonssystemet, det sympatiske og parasympatiske nervesystemet.

Vitenskapsteori og forskningsmetode: Mengde metodefag må økes ved overgang fra bachelor-studie til masterstudie. Mer inngående kunnskap om både spesifikk kvantitativ og kvalitativ forskning er viktig, og det må legges opp til at kandidaten får erfaring innenfor begge disipliner. Det vil gjøre kandidaten i stand til å delta mer aktivt i forskning, forstå forskningsartikler, samt forberede en masteroppgave som ligger på et høyere akademisk nivå enn en bacheloroppgave.

Sykdomslære/patologi: Omfanget av patologiundervisningen må utvides fra dagens nivå, også dette begrunnet i direkte adgang til fysioterapeut.

Fysioterapeuten må ha mer inngående kunnskap i de ulike sykdommene og sykdomsbildene, siden det nå forventes at fysioterapeuten i større grad klarer å skille mellom muskel og skjelettsykdommer og annen alvorlig patologi - også i tidlig fase av et sykdomsforløp. Patologi bør tidsmessig plasseres etter både basalfag og mikro/makroanatomi. Samtidig bør ikke faget komme for sent i et utdanningsforløp, siden kunnskap om patologiske prosesser er et sentralt for klinisk praksis.

Humanbiologi, kjemi og biokjemi: Disse fagene er basalfag som gir mer inngående kunnskap til hvordan kroppens celler fungerer. Fagene er en nødvendighet for å skape god forståelse av hvordan kroppens organsystemer og signalsystemer fungerer. 30 studiepoeng med biomedisinske basalfag er på nivå med utdanningene i medisin, odontologi og bachelor i ernæring. Uten slike basalfag er det lett å bygge «sitt hus på sandgrunn», og en vil ofte komme til kort i forståelse på mer overordnede nivåer. Uten slike basalfag er det også fare for at en foretar forenklinger av virkeligheten som blir upresise og mangelfulle. Disse basalfagene bør komme svært tidlig i utdanningsforløpet, gjerne i løpet av de første semestrene, siden fagene danner basis for forståelse av kroppens oppbygning og funksjon. Ved å inkludere fagene tidlig sikres også modning og at tilegnet kunnskap lettere integreres mot kunnskap som tilegnes i andre emner/fag.

Mikroanatomi/histologi: Disse fagene supplerer makroanatomi og fysiologi. Uten mikroanatomi blir det vanskelig å få inngående kjennskap i så vel patologi som makroanatomi, da dette er det mest basale nivået rent anatomisk og funksjonelt (=cellenivået). Mikroanatomi på mikroskopnivå er svært nyttig når en skal få forstå basale mekanismer, herunder cellyklus, celledeling, apoptose – og celleforandringer generelt. Siden mikroanatomi og histologi er basale fag, bør også disse fagene tidsmessig komme tidlig i utdanningsforløpet – gjerne i løpet av de første semestrene.

Medisinsk statistikk: Samme begrunnelse som vitenskapsteori og forskningsmetode. Viktigheten av statistikk i kunnskapsutvikling- og forståelse tilsier at dette bør inkluderes som eget emne.

Farmakologi og radiologi: Som følge av direkte adgang stilles det større krav til fysioterapeuters kjennskap til medikamentbruk, så vel som funn fra bildemodaliteter. De fleste pasienter som vil komme direkte til fysioterapeut etter ny forskrift vil bruke medisiner, og mange kommer med beskrivelser av bildediagnostiske funn. Fysioterapeuten må settes i stand til å foreta vurderinger av disse opplysningene, med henblikk på alvorlighetsgrad, implikasjoner for behandling, samt implikasjoner for behandlingsutfall – og hvorvidt pasienten bør henvises videre. Siden både farmakologi og radiologi krever omfattende innsikt, vil det være hensiktsmessig å plassere disse emnene mot slutten av utdanningsforløpet.

Immunologi: Kunnskap om immunologi er grunnleggende viktig for å forstå en rekke basale kroppsmekanismer, relatert til både normal funksjon og patologiske prosesser. Både revmatiske lidelser, autoimmune sykdommer i tillegg til generelle responser og mekanismer som kroppens overordnede signalsystemer og den generelle inflammatoriske respons, tilsier at et slikt emne er av stor betydning for fysioterapeuter. Rent tidsmessig kan det være hensiktsmessig å plassere undervisningen etter de mest strengt definert basale fagene. Siden immunologiske mekanismer er av betydning for en rekke prosesser – både adekvate og patologiske – vil det imidlertid være en fordel å legge undervisningen ikke for seint i utdanningsløpet.

Masteroppgave: Oppgradering fra 15 studiepoeng til 30 studiepoeng. Oppgraderingen følger av at det er et mastergradsstudium.

Examen filosofikum: Følger av at det er et femårig profesjonsstudium på universitetsnivå.

Medisinsk nomenklaturlære: Gir en innsikt i hvordan latin er bygget opp som språk. Nyttig for alle helsepersonell, uavhengig av profesjon, som skal samarbeide og samhandle om pasientbehandling. Vi mener det er en forutsetning for et studium på mastergradsnivå. Siden dette er et modningsfag før det kommer tidlig i et utdanningsforløp.



Oslo kommune
Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Dato: 01.08.2018

Deres ref:

Vår ref (saksnr):
201800064-51

Saksbeh:
Heidi Engelund, 23461587

Arkivkode:
343

**HØRING - FORSLAG TIL NASJONALE RETNINGLINJER FOR HELSE- OG
SOSIALFAGUTDANNINGER (RETHOS)**

Det vises til høringsbrev fra Kunnskapsdepartementet av 17.04.2018 om forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialutdanningene.

Oslo kommune ved byråd for eldre, helse og arbeid avgir følgende høringsuttalelse:

Oslo kommune viser til høringsbrev fra Kunnskapsdepartementet av 17.04.2018 om nasjonale retningslinjer for helse- og sosialutdanningene. Kommunen ønsker tett samarbeid med universitet og høyskoler for å utvikle byen til en nasjonal og internasjonal kunnskaps- og studenthovedstad. Kommunen ser det som positivt å kunne avgi høringsuttalelse.

Retningslinjene er sendt på høring til bydeler, etater og brukerråd i Oslo.

Oslo kommune vektlegger at det er en rekke forhold som anses som grunnleggende og felles for helse- og sosialfagene, og har derfor valgt å trekke dette ut i én felles innledning før de enkelte utdanningene kommenteres.

Utdanningene som omtales i høringen gjelder utdanninger hvor mange tjenester i Oslo kommune har studenter i praksis og faggruppene utgjør en vesentlig andel av kommunens medarbeidere. Primærhelsetjenesten har et økende behov for alle disse profesjonene i tida som kommer, særlig gjelder dette helseutdanningene. Primærhelsetjenesten vil vokse som følge av at befolkningen lever lengre, ofte med ulike og samtidige sykdommer og hjelpebehov, de bor lengre hjemme og det tas i bruk nye behandlingsmetoder og ny teknologi. Det er i disse tjenestene det store omfanget av spennende jobber vil komme og som studentene må skoles til å kunne arbeide i. Sykehjem og helsehus får i stadig større grad oppgaver som tidligere ble ivaretatt i spesialisthelsetjenesten, og som krever høyt kvalifisert personell. Primærhelsetjenesten er en svært godt egnet praksisarena ikke bare for å styrke basale, grunnleggende sykepleieferdigheter, men også for å gi studentene kompetanse i komplekse,

Byrådsavdeling for eldre, helse
og arbeid

Postadresse:

Rådhuset, 0037 Oslo

E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no
Org.nr.: 876819872

sammensatte diagnoser og sykdomsbilder. Kunnskap og innsikt i samhandling og sammenheng i helsetjenesten opparbeides også i stor grad gjennom praksis i primærhelsetjenesten.

Oslo kommune vil påpeke at retningslinjene for de ulike utdanningene er forskjellig hva gjelder kvalitet og detaljeringsnivå. Det kan synes som om dokumentene ikke er sammenlignet og sikret likeverdig begrepsbruk og besvarelse. Beskrivelsene varierer for eksempel hvorvidt en utdanning skal gi «kvalifiserte profesjonsutøvere», «kvalifiserte, praksisorienterte og reflekterte profesjonsutøvere» eller om utdanningen skal være «kunnskapsbasert og praksisrettet». Mens noen retningslinjer trekker fram behovet for digital kompetanse, nytenkning og innovasjonsprosesser, gjør andre ikke det. Det er derfor uklart hvorvidt departementet anser at praksisorientering, refleksjon, digital kompetanse og nytenkning kun er avgjørende i noen utdanninger eller om dette er glemt. Oslo kommune vurderer at dette er egenskaper som forventes av samtlige utdanninger og vil påpeke at det i tillegg til digital kompetanse generelt kreves god evne til skriftlig dokumentasjon.

Det er viktig for Oslo kommune at de ulike helse- og sosialfagutdanningene tilfører studentene kunnskap og ferdigheter slik at de kvalifiseres til å møte brukere gjennom hele livsløpet. Innbyggere som kommer i kontakt med tjenesteapparatet har ulike ressurser og behov. De er ofte i en sårbar livssituasjon. Samtidig møter tjenestene stadig flere brukere som er godt opplyst om sine muligheter og rettigheter.

Flere skal kunne bo trygt hjemme og leve selvstendige liv. Alle skal ha tilgang til likeverdige tjenester av høy kvalitet. Innbyggerne skal møtes av sammenhengende og tilgjengelige tjenester der medarbeiderne har riktig kompetanse og evner å anvende denne i møte med mangfoldet av brukergrupper. Studenter med bachelorutdanning forventes å kunne identifisere den enkelte brukers særskilte behov, ha fokus på ressurser og mestringssevne. De tiltakene som iverksettes skal meisles ut i dialog med bruker, i enkelte tilfeller også med pårørende/foresatte. God informasjon, åpenhet og forutsigbarhet er grunnleggende for at innbyggerne skal ha tillit til tjenestene.

Oslo kommune støtter departementets mål om at retningslinjene må være på et overordnet nivå slik at institusjonene kan konkretisere nasjonale retningslinjer i lokale planer for derigjennom å møte ulikheter og sikre lokale tilpasninger. Imidlertid må retningslinjene være tydelige på grunnleggende kunnskaper og ferdigheter slik at utdanningsinstitusjonene ikke gis frislipp i hva som skal vektlegges og være satsningsområder.

Det støttes også at det må sikres en helhet og sammenheng mellom fag, emner, teori og praksis. Dette vil kreve at tjenestene det utdannes til får større innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene, og at det blir nødvendig med et tydeligere og mer strukturert samspill mellom tjenestene og utdanningene. Det settes i tillegg store krav til samarbeid mellom ulike lokale tjenester. Utdanningene må kvalifisere studentene til tverrfaglig samarbeid og til å prioritere ulike oppgaver. Tilsvarende bør de ulike fakultetene og instituttene ved utdanningsinstitusjonen samarbeide ved utvikling av studiene og gjennomføring av praksis. Tverrfaglig samarbeid og samhandling må være gjennomgående både i studier og tjenester.

Samhandlingsreformen med nye forventningene til kommunene stiller krav til samarbeid. I pasientforløp mellom og innad i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er det sårbare overganger. Oslo kommune anbefaler at samarbeid om fellesemner på tvers av helse- og sosialfagene tas inn i læringsutbytte for alle utdanningene, for derigjennom at kunnskap om samhandling og informasjonsutveksling ved overgangene tillegges større vekt. Det bør

vurderes om deler av studiene kan gjennomføres gjennom felles temaforelesninger og praksis sammen med andre utdanninger. Studenter som får teoretisk og praktisk trening i å se og løse problemer sammen, har et bedre grunnlag for konstruktivt samarbeid når de kommer ut i arbeid.

Oslo kommune vurderer at det er en rekke ulike kompetanseemner som samtlige studenter innen helse- og sosialfag bør inneha. Det er viktig å avdekke omsorgssvikt, vold, overgrep, rus, og sosioøkonomiske problemer så tidlig som mulig og følge opp med nødvendige tiltak. Det er avgjørende at alle yrkesgrupper utdanningsinstitusjonene her representerer innehar dette. Vold og overgrep skjer inn mot ulike sårbare grupper både i private hjem og på institusjoner og er utfordrende å avdekke. Traumekompetanse er viktig for økt bevisstgjøring i roller og ansvar i møte med traumatiserte brukere. Kunnskap om vold, traumer og psykisk helse er viktig for alle aldersgrupper.

Kunnskap om arbeidsinkludering er trukket fram under barnevern. Oslo kommune vil påpeke at dette også er et tema som samtlige helse- og sosialfagutdanninger bør ha. Mange mennesker med helsebelastninger, funksjonsnedsettelser, sosiale utfordringer o.l. kan med bistand delta i det ordinære arbeidslivet. Selv om ikke alle har full arbeidskapasitet skal disse menneskene få utnyttet sine evner og interesser, samtidig som samfunnet får arbeidskraft. Deltakelse i arbeidslivet kan i seg selv være helsebringende.

Retningslinjene hensyntar samene i det de har status som urfolk. Oslo kommune vil påpeke at den norske befolkningen er blitt betydelig mer heterogen enn tidligere og forutsetter at utdanningene gir kulturkompetanse slik at det sikres likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet, uavhengig av sosiokulturell bakgrunn, religion, kjønn, etnisitet, funksjonsevne, seksuell orientering o.l. Videre er for eksempel relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse avgjørende slik at medarbeiderne forstår og kan håndtere ulike situasjoner med innbyggerne.

Det finnes en rekke velferdstjenester som kan ytes på forskjellige måter innenfor juridisk ramme. Tjenesteutøverne må kjenne handlingsrommet og kunne bruke dette i tråd med innbyggernes behov, ønsker og rettigheter og takle dilemmaer som måtte oppstå i denne sammenheng. Universitet og høyskoler må på sin side være oppdatert på nye retningslinjer knyttet til nytt lovverk og ihensynta innspill som er kommet gjennom høringer o.l. Et eksempel er konsekvenser av de nye personvernreglene i EUs forordning om personvern (GDPR).

Samtlige utdanninger forutsetter at praksis gjennomføres i nært samarbeid med lokale tjenester. Tidligere ble tjenestene økonomisk kompensert, mens ressursene i dag er samlet og lagt til utdanningsinstitusjonene hvor midlene for eksempel brukes til samarbeidsprosjekter, stipendiatstillinger og lignende. Oslo kommune vil påpeke viktigheten av at innretning og bruk av disse midlene skjer i tett samarbeid med praksisfeltet.

Læringsutbyttebeskrivelsene er omfattende og det er ikke gitt at alle kompetansebehov i praksisfeltet kan dekkes innen en bachelor. Oslo kommune stiller spørsmål ved om det er realistisk å kreve at en bachelorstudent skal kunne planlegge og gjennomføre systematiske kunnskaps- og utviklingsprosjekter, og foreslår at studentene heller skal bidra inn i slike prosesser. Oslo kommune anbefaler at utdanningsinstitusjonene legger til rette for livslang læring i videre- og masterutdanninger.

Kommentarer til de enkelte utdanningene:

Barnevernspedagog

Oslo kommune vil i fremtiden ha behov for barnevernspedagoger som arbeider kunnskapsbasert og reflektert med evne til å se både enkeltbarn og familier i utsatte livssituasjoner. Arbeidet skal skje i nært samarbeid med de involverte som ofte befinner seg i komplekse situasjoner. Dette stiller store krav til relasjons- og kommunikasjonskompetanse. Å snakke med barn krever egne ferdigheter og en særskilt bevissthet om tid, sted og rom for samtalen.

Kunnskapsbeskrivelsen for barnevernspedagog vurderes generelt som godt. Oslo kommune vektlegger at kunnskapen må inkludere prosesser på ulike nivåer som individ og familie, gruppe og samfunn. Grunnleggende kompetanse om barne- og ungdomspsykologi er en selvfølge. Det er positivt at kunnskap om sosioøkonomiske ulikheter og sammenhenger trekkes fram, hvilket inkluderer levekårutsatte barnefamilier og generasjonsperspektivet.

Oslo kommune savner fokuset på samarbeid om fellesemne med andre helse- og sosialfag og da særlig sosionomstudiet. Oslo kommune støtter kravene som er satt til praksisstudiene, men går i tillegg inn for at det settes profesjonskrav til veileder. Veileder skal være barnevernspedagog, alternativt sosionom.

De felles læringsutbyttene bør først og fremst ivareta det mer varige kunnskapsgrunnlaget i barnevern og må formuleres slik at utdanningsinstitusjonene kan forholde seg fleksibelt og kritiskanalytisk til både kompetansebehovet og metodene som anvendes i praksisfeltet. Utdanningsinstitusjonene må også kunne velge ut noen spesialiseringsområder som kan utvikles med forskning og satsing på en utdanningsprofil. For Oslo kommune er det viktig at læringsutbyttet i de profesjonsspesifikke nasjonale retningslinjene gjenspeiler den kompetansen som tjenestene og brukerne har behov for og at utdanningene gir et likeverdig tilbud til studentene på landsbasis.

Ergoterapeut

Som ergoterapeut i Oslo kommune trenger man bred kunnskap om hvordan samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser påvirker mennesker gjennom hele livsløpet. Det er behov for ergoterapeuter som arbeider kunnskapsbasert, som kan anvende ergoterapeutiske redskaper og skreddersy tiltak sammen med brukeren slik at tiltakene får best mulig effekt for den enkelte. Ergoterapeut skal kunne veilede brukere, pårørende og kjenne til og mestre samarbeidet med andre faggrupper. For å sikre gode pasientforløp må studenten ha kunnskap og ferdigheter i anvendelse av verktøy som beskriver og kommuniserer helserelaterte forhold i tverrprofesjonell behandling. Som følge av dette vurderer Oslo kommune at retningslinjene i stor grad er i tråd med tjenestenes kompetansebehov og at brukerne vil bli godt ivaretatt når ergoterapeut mestrer de foreslåtte læringsutbyttebeskrivelsene.

Oslo kommune støtter at områdene teknologi og hjelpemidler er gitt tydelige krav både når det gjelder kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Anvendelse av disse må ha som mål å øke grad av selvstendighet, aktivitet og deltakelse i eget liv, ved å kompensere for tapt eller redusert funksjon, sykdom eller skade.

Oslo kommune ser det som en fordel at det er foreslått fellesemne i tredje studieår. I retningslinjen er fellesemne og innretningen for dette svakt beskrevet og bør utdypes ytterligere. Fellesemner kan inkluderes både i den teoretiske og praktiske delen av utdanningen

og man kan løse og øve på oppgaver på tvers av helse- og sosialfag. Nettbasert undervisning vil være godt egnet til formålet.

Retningslinjen foreslår minimum åtte uker sammenhengende praksis hvert studieår. Oslo kommune anbefaler at praksisperioden i første studieår nedjusteres til 3-4 uker og at resterende uker flyttes til andre og tredje år. En lang praksisperiode første studieår får negative konsekvenser for det teoretiske fundamentet som er viktig å ha for å utføre ergoterapeutiske tiltak. Det kan også by på utfordringer å rekruttere gode praksisveiledere til å lære opp studenter i både grunnleggende teori og praksis. Ved økt omfang av praksis i andre og tredje studieår kan studentene i større grad fokusere på å mestre oppgaver, kunnskaper og ferdigheter som de skal opparbeide seg innen de er ferdigutdannet. Oslo kommune støtter at praksisveileder skal være utdannet ergoterapeut.

Fysioterapeut

Oslo kommune har behov for fysioterapeuter som arbeider kunnskapsbasert med god kompetanse i å undersøke, vurdere og diagnostisere forhold knyttet til kropp, bevegelse og funksjon. Fysioterapeuten skal behandle, habilitere og rehabilitere. Ergonomi og ny teknologi er virkemidler som medarbeidere skal kunne benytte. Det skal fokuseres på brukermedvirkning, mestring og hva som er viktig for den enkelte. Fysioterapeuten er også en viktig medspiller i tverrprofesjonell/-sektoriell samhandling. Oslo kommune savner fokuset på samarbeid om fellesemne med andre helse- og sosialfag.

Det foreslås obligatoriske praksisstudier som dekker minst 1 200 timer (30 uker fulltid) og at det i løpet av de 2 siste årene skal gjennomføres minst to praksisperioder av 7 ukers varighet. En av disse skal gjennomføres i primærhelsetjenesten. Oslo kommune støtter at bred og variert praksis er viktig for at studentene skal utvikle et tilfredsstillende kompetansenivå, samtidig er kommunen opptatt av at innhold og kvalitet i praksisstudiene er vel så viktig som lengden på praksisperioden. Når praksis utgjør en så omfattende del av studiet, fordrer det at utdanningsinstitusjon og praksissted samarbeider tett om planlegging og gjennomføring. Innhold i læringsutbyttebeskrivelser og vurderingsformer må tilpasses praksisperiodenes varighet og egenart og må være kjent for og gjennomarbeidet av partene. Dette anbefales ytterligere tydeliggjort i retningslinjen. Oslo kommune støtter at praksisveileder som hovedregel skal være fysioterapeut med norsk autorisasjon og ha formell veilederkompetanse. Hvis krav om veilederkompetanse innføres vil dette ha en økonomisk konsekvens for kommunene, og det forventes at staten kompenserer kommunene for dette.

Oslo kommune vurderer at retningslinjen er gjennomførbar innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning og at innholdet i stor grad er i tråd med tjenestens og brukernes behov.

Sosionom

Oslo kommune vil i fremtiden ha behov for sosionomer som arbeider kunnskapsbasert og reflektert med prosesser på ulike nivåer som individ, gruppe og samfunn. Hovedvekten av sosionomers arbeid er individuelt sosialt arbeid. I tråd med formålsparagrafen skal sosialtjenesteloven også bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Dette forutsetter større tyngde av kunnskap og ferdigheter innen gruppe- og samfunnsarbeid enn hva som har vært vektlagt i senere tid. Oslo kommune støtter at samfunnsaspektet ved sosialt arbeid påpekes. Et eksempel er at studiet vektlegger ferdigheter knyttet til likeverd og mangfold, deltakelse og representasjon, både gjennom individuelt arbeid og samfunnsarbeid.

Studiets oppbygging forutsetter praksis. Oslo kommune støtter at de lokale utdanningene har mulighet til lokal organisering av praksis, og at det bør tilstrebes at studenten får erfaring fra to ulike praksisfelt. Oslo kommune støtter videre at veileder som hovedregel skal være sosionom. Det bør legges én felles brutto tidsramme for praksis som en del av den teoretiske utdanningen.

Beskrivelsen av sosionomutdanningens læringsutbytte og studiets oppbygging vurderes generelt som godt.

Sykepleier

Oslo kommune har behov for sykepleiere med bred kunnskap om pleie, omsorg og behandling av ulike helsetilstander og komplekse sykdomsbilder. Sykepleier har ansvar for å gjøre selvstendige kliniske vurderinger, prioriteringer og beslutninger og møter sårbare pasienter gjennom hele livsløpet. Brukerkunnskap og tillit er sentralt da tiltak som iverksettes skal være tilpasset den enkelte. Oslo kommune trenger sykepleiere som har grunnleggende kunnskap om digitalisering. Sykepleier har et viktig ansvar i å veilede pasienter, pårørende og kollegaer og er dermed en viktig ressurs i samhandlingen mellom ulike tjenester.

For at retningslinjen skal være i tråd med tjenestens og brukernes behov foreslår Oslo kommune flere presiseringer.

Sykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert. Erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og funn ved forskning er viktig for god yrkesutøvelse. For å mestre dette bør det framkomme i læringsutbyttet at studentene skal ha kunnskap og ferdigheter relatert til kunnskapsbasert praksis som metode.

Oslo kommune mener også at sykepleiere må ha *bred* kunnskap om aldringsprosessen og eldres særlige behov. Likeledes at det er for lavt kunnskapsnivå at studenten skal *kjenne til* farmakologi. For å sikre forsvarlig kunnskapsnivå må det kreves at studentene *skal ha innsikt i forsvarlig legemiddelbehandling og ha kunnskap om legemidler og hvordan disse virker på barn, voksne og eldre*. Kompetanse i brukermedvirkning og fokus på mestring bør fremheves tydeligere som del av ferdigheter og generell kompetanse. Oslo kommune finner det heller ikke tilfredsstillende at kompetanse om kulturelt mangfold er utelatt, og mener dette må med som egen del av læringsutbyttet.

Helsevesenet i Norge er i rask utvikling, det foregår mye endringsarbeid og ny teknologi tas i bruk. På bakgrunn av dette foreslås at det tas inn i retningslinjen at sykepleiere skal ha implementeringskompetanse. Oslo kommune mener også at sykepleiere må ha ferdigheter i å anvende relevante velferdsteknologiske løsninger. Det er ikke tilstrekkelig at sykepleiere kan anvende relevant medisinsk-teknisk utstyr.

Etter Oslo kommunes oppfatning skal praksis være heldøgns og over flere uker. Antall uker og timer er ikke det viktigste, men kvalitativt gode praksisplasser og kompetente veiledere har betydning. Mer systematisk bruk av simulering kan bidra til å effektivisere praksisstudiene.

Primærhelsetjenesten tilbyr både allsidige og utfordrende problemstillinger, og behovet for sykepleiere vil i fremtiden være størst i denne delen av helsetjenesten. Herav foreslår Oslo kommune at studentene tilbys praksis i kommunen ikke bare i første studieår men også det tredje året. Dette vil være et viktig tiltak også for rekruttering av sykepleiere til tjenesten.

00001.08.L

1#9:0b8511e3-5cae-4870-929d-7e18d7971f60:8

Det foreslås å legge til rette for studentmobilitet og at det skal være mulig med valgbart fordypningsevne. Oslo kommune stiller seg positiv til dette.

Beskrivelsen av vernepleierutdanningens læringsutbytte og studiets oppbygging vurderes generelt som godt, og som gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning.

Med hilsen

Svein Lyngroth
konst. kommunaldirektør

Kari Elisabeth Sletnes
konst. seksjonssjef

Godkjent elektronisk

Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)

Fagforbundet har mottatt høring om Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Retningslinjene har vært behandlet av Fagforbundets faggruppe for barnevern, faggruppe for sykepleiere, Sektorpolitisk enhet, Yrkesseksjon Helse og Sosial og er politisk godkjent av styret i Yrkesseksjon Helse og Sosial. Her følger våre merknader.

Bakgrunn

Høsten 2017 startet utviklingen av de nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene. Forslag til nasjonale retningslinjer for utdanningene i fase 1 er sendt på høring. Prosjektets mål er å utarbeide nasjonale retningslinjer for hver enkelt av grunnutdanningene i helse- og sosialfag. Retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene.

Prosjektet for utvikling av retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene er inndelt i to faser.

Fase 1 består av de åtte rammeplanstyrte utdanningene: barnevernspedagog-, bioingeniør-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, radiograf-, sosionom-, sykepleier-, og vernepleierutdanningen.

Fase 2 omfatter de resterende helse- og sosialfagutdanningene: audiograf-, farmasi-, medisin-, tannlege-, optiker-, ortopediingeniør-, psykolog-, tannpleier- og tannteknikkutdanningen, samt klinisk ernæringsfysiologutdanningen.

Retningslinjene er en del av et nytt styringssystem. Det nye styringssystemet har som mål at utdanningene selv, tjenestene og brukerne får økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene. Retningslinjene skal også utformes i tråd med tjenestenes og brukernes kompetansebehov.

Generelle merknader

Fagforbundet mener helse, miljø og sikkerhet er et helt sentralt tema i yrkesutøvelsen i alle yrker, og dette må gjenspeiles i de nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene. Yrkesutøvere med helse- og sosialfaglige utdanning møter helse-, miljø- og sikkerhetsutfordringer fra dag én i arbeidslivet. Derfor er det viktig at dette er tema i alle utdanningene, ikke bare tilfeldig i praksisperioder, men det må konkretiseres i retningslinjene og framgå av studieplaner.

Et læringsutbytte fra de helse- og sosialfaglige utdanningene må være at studentene har fått kompetanse i samhandling og samarbeid. Dette er med i de foreslåtte retningslinjene og framgår av forskrift om felles rammeplan. Fagforbundet benytter likevel muligheten til å understreke viktigheten av dette, fordi det er svært viktig at de ulike yrkesgruppenes faglige potensial kommer til sin rett i arbeidet med å levere kvalitativt gode tjenester. Samhandling og samarbeid tverrfaglig og tverrprofesjonelt omfatter alle ansatte uavhengig av utdanningsbakgrunn.

Fagforbundet mener også at kunnskap om arbeidslivet i vid forstand – om arbeidslivslovgiving, partenes rolle i arbeidslivet, den norske modellen og dens historie, må få en plass i utdanningene og dermed i retningslinjene. Ikke bare fordi studentene skal ha kjennskap til egne rettigheter, men også ha forståelse for arbeidslivets spilleregler i alminnelighet, og omkring endring, omstilling og medvirkning i særdeleshet. Omstillingstempoet er høyt i helse- og sosialtjenestene, og vil over all sannsynlighet fortsette å være det lenge. Mange av dem som tar disse utdanningene kommer til å få lederfunksjoner og skal være med å forme tjenestene. Kunnskap om samspillet mellom arbeidslivets ulike aktører, slik som fagorganisasjonene og vernetjenesten, er derfor å regne som kjernekompetanse i helse – og sosialfaga.

Om retningslinjene for barnevernspedagogutdanninga

Fagforbundet mener at det her pekes på de sentrale målene som må oppnås for at utdanningen skal sikre god hjelp til barn. Fagforbundet er opptatt av det pågående kompetansearbeidet som BUFdir utfører. Dette kompetansearbeidet har gjort en kartlegging av behovet for kompetanse som bør tas med i det videre arbeidet med retningslinjene.

Fagforbundet anser læringsutbyttebeskrivelsene for utdanninga for å være god og har ingen tillegg til hva barnevernsarbeideren skal kunne noe om etter endt utdanning.

Kunnskapsbeskrivelsene er gode. Når det gjelder ferdigheter ønsker vi et nytt punkt 18:

- Kan anvende arbeidsmiljøloven for å vurdere om forutsetningene for å utøve god faglighet er tilstede.

Fagforbundet mener at innsikt i arbeidsmiljølovens bestemmelser bør gjenspeiles under dette punktet, ikke minst for å kunne vurdere foreldres arbeidsforhold. Denne kunnskapen kan være sentral for å kunne gi riktig hjelp til rett tid. Kunnskap til arbeidsmiljølovens bestemmelser kan også svare opp minste inngreps prinsipp i barnevernsloven.

Fagforbundet er godt fornøyd med at det legges vekt på at utdanningen skal organiseres slik at den fremmer integrering av teori og praksis. En praksisnær utdanning er helt nødvendig for å sikre den nødvendige kompetansen. Fagforbundet mener også at utdanningen bør være obligatorisk for å sikre at studentene får den trening som er nødvendig for yrkesutøvelsen av barnevern.

Fagforbundet mener at det burde være mer praksis enn 20 uker. Vi ser at dette er en utfordring i forhold til innlæring av kunnskapen så lenge bachelorutdanningen er 3 årig. Vi mener dette reiser spørsmålet om førpraksis skal være et krav for opptak til studiet.

Om retningslinjene for vernepleierutdanningen

Disse retningslinjene er gode og dekkende slik de foreligger. Fagforbundet ser imidlertid at noen av punktene i retningslinjene for vernepleierutdanningen er overlappende. Det er muligens noe av en skjønnhetsfeil, men vi vil forslå at punkt 4 under ferdigheter i kapittel 2 blir med i kapittel 1. (Punktet handler konkret om etikk, som er overskrift til kapittel 1) Det samme gjelder punkt 1 i kapittel 2 under «generell kompetanse» - hører det også hjemme i kap. 1?

Om retningslinjene for sykepleierutdanninga

Under «Formål» sies det at *«Retningslinjen skal sammen med forskriften sikre at utdanningsinstitusjonene i et forpliktende samspill med praksisfeltet, tilbyr en praksisnær, profesjonsrettet og forskningsbasert sykepleierutdanning med høy faglig kvalitet.»* Dette er selvfølgelig målsettinger Fagforbundet støtter, men vi vil likevel utfordre departementet til å definere tydeligere hva som ligger i et begrep som «forskningsbasert».

Sykepleierutdanningene har de siste åra blitt kritisert for en uheldig form teoriutvikling og for å ikke ha nok fokus på praktiske ferdigheter. Derfor bør det være tydelig i retningslinjene hva en legger i «forskningsbasert». Slik Fagforbundet ser det betyr «forskningsbasert» først og fremst at undervisning skal bygge på oppdatert kunnskap, som bygger på anerkjente vitenskapelige metoder. Det betyr for eksempel ikke nødvendigvis at undervisere må presentere eller drive utstrakt egen forskning.

Fagforbundet mener intensjonen om at praksisveiledere skal ha veiledningsutdanning tilsvarende minimum 10 studiepoeng på mastergradsnivå er god, med fremstår i dag lite realistisk. Krav om veiledningsutdanning er viktig og nødvendig, men Fagforbundet mener at det må vurderes på hvilket nivå og på hvilken måte veiledningsutdanninga skal gjennomføres. Kvalifiserte praksisveiledere må være målsettinga, og det er ikke gitt at utdanning på masternivå er den beste løsninga for å nå den.

Fagforbundet mener intensjonen om å bygge ned skillet mellom praksis i kommune- og spesialisthelsetjeneste i seg selv positivt. Likevel er det vanskelig å påstå at det ikke er forskjell. Spesialisert behandling, særlig med mange avanserte sykepleieprosedyrer skjer fortsatt primært i spesialisthelsetjenesten. Derfor er det viktig at studentene får erfaring fra begge steder, både for å få denne mer spesialiserte behandlingsa, men og for å styrke samhandlingskompetansen. Fagforbundet mener at samhandling mellom tjenestenivåer, yrkesgrupper og tjenestegrener blir viktigere og viktigere, særlig for denne yrkesgruppa.

Fagforbundet mener retningslinjene slik de foreligger mangler et punkt om kunnskap om den eksistensielle sida ved mennesket. En sykepleier kommer svært ofte i kontakt med mennesker i krise, og gjerne òg mennesker som nærmer seg slutten av livet. Kunnskap om eksistensielle spørsmål og eksistensielle/åndelig omsorg er viktig. Særlig blir det viktig nå som Norge blir mer mangfoldig, både ved at andelen kristne synker og delen som identifiserer seg som ikke-religiøse øker, men òg fordi det er mange innvandrere med forskjellige tros- og livssyn.

Fagforbundet vil støtter flertallet i dissensen nederst på side 10. Fagforbundet mener flertallets formulering er tydeligere og bedre. Det er viktig at alle sykepleierstudenter har minst to praksisperioder på 7 uker eller mer som inkluderer døgntinuerlig oppfølging av pasienter. Særlig for sykepleiere i kommunehelsetjenesten er det viktig å utvikle sitt kliniske blikk og sin kliniske selvstendighet, før man kommer ut i arbeidslivet. Svært mange av de sykepleierstudentene vi organiserer rapporterer om et «praksissjokk», en opplevelse av utilstrekkelighet når de kommer ut

Samling av svarskjema, fra questback, med høringssvar til fysioterapeututdanningen

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Nannestad kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 42. Begrunn svaret
 - Viser de store og viktige linjene
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 7
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - I forbindelse med ergonomi, savnes det noe om forflytning. Mer om statistikk/metode.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 4
- 51. Begrunn svaret
 - Studeit bør utvides til 4-5 år, på linje med lærerutdanning, inkl. mer praksis/klinikk.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 53. Begrunn svaret
 - Det er bra med mer klinikk, men viktig med ressurser til studentveiledere for å gi god kvalitet.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Helse Møre og Romsdal HF
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Nei
- 49. Begrunn svaret
 - 1. Svar fra klinikk: Når det gjelder praksis er det viktig at det er presisert at alle skal ha praksis innen kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Det er ikke konkretisert hva formell veilederkompetanse skal være. Det tror vi er bra fordi det ellers

kan være vanskelig å få godkjente veiledere.

2. Svar fra administrasjon: Alle profesjonsutdanninger bør ha samme krav til veilederkompetanse.

- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Kompetanse om sarkoponi og musketap i relasjon til sykdomsrelatert underernæring. Ref til tiltaksområdet «Forebygging av underernæring» i Pasientsikkerhetsprogrammet.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Folkehelseinstituttet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sykepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Har grunnleggende kunnskap om organisering, funksjon og arbeidsdeling i norsk helsetjeneste
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Brukerorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Norsk Revmatikerforbund
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 42. Begrunn svaret
 - Utkastet er generelt og tar for seg det meste på et abstrahert nivå. Det meste kan tolkes inn forslag til retningslinjer og dekke tjenestenes fremtidige kompetansebehov.

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 44. Begrunn svaret
 - o Utkastet er generelt og tar for seg det meste på et abstrahert nivå. Det meste kan tolkes inn forslag til retningslinjer og dekke brukernes fremtidige kompetansebehov i tjenestene.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 10
- 46. Begrunn svaret
 - o Utkastet er generelt og tar for seg det meste på et abstrahert nivå. Det meste kan tolkes inn forslag til retningslinjer. Noe mer detaljering innenfor områder som primærhelsetjeneste/spesialisthelsetjeneste og arbeidsliv kan være ønskelig.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Kapittel 3 kan styrkes ved å inkludere arbeidsliv og arbeidsgivers ansvar og mulighet til å være en del av rehabiliteringen til den enkelte.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
 - o Mangler kompetanse for å svare.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
 - o Mangler kompetanse for å svare.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 53. Begrunn svaret
 - o Mangler kompetanse for å svare.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
 - o Mangler kompetanse for å svare.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Oslo universitetssykehus HF.
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 42. Begrunn svaret
 - o Oslo universitetssykehus stiller seg bak høringssvaret fra Helse Sør-Øst, men velger i tillegg å besvare selv.

Hovedmålet må være å sikre grunnkompetanse i fysioterapifaget som kan utvikles videre gjennom arbeid i spesialisthelsetjenesten.

Da læringsutbyttebeskrivelsene ikke er operasjonalisert/konkretisert er det utfordrende å besvare spørsmålet, men helt

overordnet vurderes de til å være i tråd med tjenestens fremtidige kompetansebehov i stor grad. Vi savner tydeligere kunnskap om samhandling/pasientløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
 - Fysioterapifaget innenfor spesialisthelsetjenesten vil være sammensatt av nåværende kompetanse, i tillegg til nye kompetansekrav. Det vil bli større krav til å kunne prioritere og å utføre vurderinger, fremfor behandling, på grunn av kortere liggetid og økt kompleksitet i pasientgrunnet. Det vil også bli økt behov for tidlig og spesialisert rehabilitering.

Utvikling av pasientforløp/pakkeforløp og økt poliklinisk aktivitet er sentralt innenfor spesialisthelsetjenesten, og således også for brukerens fremtidige behov innenfor tjenesten. Det hadde derfor vært hensiktsmessig om et tydeligere, og mer dynamisk, endringsperspektiv hadde kommet frem i retningslinjen.

Siden pasienter ligger kortere i sykehus og i større grad behandles hjemme, er det nødvendig å styrke fokuset på fysioterapeutens kompetanse innen helsepedagogikk og helseveiledning, som grunnlag for pasienters/brukeres læring, mestring og medvirkning. Det er positivt at samvalg er nevnt i retningslinjen. Samvalg er en metode for at pasienter/brukere kan ta informerte valg. Kunnskap som må ligge til grunn hos fysioterapeutene er at de har nødvendige ferdigheter innen kommunikasjon, formidling og veiledning, slik at de kan kvalitetssikre at informasjon og opplæring er mottatt og forstått. Mange pasientklager i sykehuset er knyttet til nettopp dette. Områdene er inkludert i retningslinjen, men kan bli tydeligere formulert og spisset mot det som beskrives i dette avsnittet. Dette bør også være et fokusområde i studentenes praksisperioder.

Vi savner også en tydeliggjøring av behovet for IKT-kompetanse i et fremtidig perspektiv, da det kommer til å skje svært mye innen helse og IKT fremover.

Se også kommentarer på spørsmålet om retningslinjen er i tråd med fremtidig kompetansebehov.

- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 7
- 46. Begrunn svaret
 - Det er uklart hvor standardiserte utdanningene kommer til å bli på grunnlag av denne retningslinjen. Det ligger en vektning i begrepsbruken (taksonomien), men så lenge det ikke er knyttet studiepoeng til emner er det vanskelig å vite hvordan dette slår ut. Vi er klar over at dette lå utenfor mandatet til arbeidsgruppen, men velger likevel å kommentere det.

For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH-sektoren er likeverdig representert også på fag-/programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Pr. i dag er ikke dette tilfelle. Et forslag er at tjenestene blir representert i «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen fysioterapi»; tidligere omtalt som profesjonsrettet fagråd i fysioterapi.

Økende grad av nasjonal standardisering vil også i større grad gi mulighet for studentmobilitet, lette transparens og gi bedre felles grunnlag for kvalitetsforbedring av utdanningen.

- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Ordlyden i retningslinjen er fornorsket på bekostning av tradisjonelle begreper innen fysioterapifaget. Dette gir muligens en bredere forståelse av dokumentet for mange lesere, men det gjør også at vår fagprofesjon opplever språket som «utvasket» og har vanskeligheter med å kjenne igjen presise fysioterapibegreper og –fag. Vi opplever at input i form av de mer konkrete fagene (anatomi, fysiologi, patologi etc.) ikke fremkommer så tydelig som vi hadde ønsket.

Det er ønskelig med en presisering av begrepet «digital kompetanse», kunnskapsområde VI.

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
 - Praksisstudiet som det er beskrevet, fremstår hensiktsmessig og gjennomførbart. Vi ser det også som fordelaktig at det presiseres i retningslinjen at praksisperioden innenfor spesialisthelsetjenesten gjennomføres i 3. studieår. Da har studentene gjennomgått undervisning i rehabilitering og patologi, og får dermed høyst sannsynlig økt læringsutbytte i praksis. I praksis ser vi ofte at studenten strever med å kombinere behandling og undersøkelse samtidig, og dermed kunne justere sin behandling underveis.

Læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudiene bør tydeliggjøres.

- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 3
- 51. Begrunn svaret
 - o Da fag-/programplanen per i dag utarbeides lokalt på utdanningsinstitusjonene oppleves spørsmålet som vanskelig å besvare. Stor grad av innfrielse av læringsutbyttebeskrivelsene er krevende i et 3-årig løp.

Hva gjelder delen av studiet som er praksisrelatert, er det gjennomførbart. Videre må også turnustjenesten regnes med, for at nødvendig sluttkompetanse kan oppnås. Per i dag oppfatter vi at turnuskandidatene ikke har god nok grunnkompetanse for å utføre fysioterapifaget. Vi mener at basis- og ferdighetsfagene i fysioterapiutdanningen trenger mer plass.

Samfunnsperspektivet vektlegges sterkt i utkastet, og vi er usikre på om det er mulig å oppnå bred kunnskap på alle ulike arenaer.

- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 53. Begrunn svaret
 - o Vi støtter tydeliggjøring av praksisstudier, og opplever at 7 ukers varighet er et minimum. Bør helst være 8-9 uker for tilstrekkelig læring og opplevelse av mestring.

Angående punktene som omhandler tverrprofesjonell samarbeidslæring har vi erfaring med at dette kan gi redusert utbytte dersom studentene er på ulikt «sted» i sitt utdanningsløp.

- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 55. Begrunn svaret
 - o I forskriften står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse». OUS har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Veiledning er en kontinuerlig oppgave for fysioterapeuter, og kompetansen som ligger til grunn kan benyttes både til pasienter, pårørende, kollegaer og studenter. De læringsutbyttebeskrivelsene som omhandler dette i retningslinjen, må kvalifisere for denne oppgaven.

Krav om kompetanse på de sykehusansatte veilederne, må sees i sammenheng med hva som skal være universitets- og høyskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine studier i praksis. OUS støtter formuleringen i forskriften om at lærer skal være oppdatert i praksisstedets problemstillinger og sikre kontinuitet, sammenheng og progresjon i studiet. Lærers rolle og krav til oppfølging fra utdanningsinstitusjonens side er for lite tydelig definert i retningslinjen for fysioterapeuter. OUS opplever i dag et svært godt samarbeid med kontaktlærerne på OsloMet, men det kan ikke være opp til det enkelte helseforetak og den enkelte utdanningsinstitusjon å fremforhandle løsninger på dette. OUS ønsker derfor at det utarbeides

nasjonale maler for samarbeidsavtaler, hvor blant annet utdanningsinstitusjonenes ansvar for oppfølgingen av studenter i praksis operasjonaliseres, basert på beskrivelsen i forskriften og retningslinjen.

- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Retningslinjen bør inneholde krav om avsluttende klinisk eksamen.
 Kompetansemål 2 (systematisk kunnskapsutviklingsprosjekt) i retningslinjens kunnskapsområde VI kan med fordel tydeliggjøres i form av bacheloroppgave.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - TPS-nettet. nettverk mellom universitet og høyskoler om tverrprofesjonell samarbeidslæring i helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger.
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 42. Begrunn svaret
 - Tverrprofesjonell samarbeidslæring TPS er en felles kompetanse som alle helse- og sosialfaglige profesjonsutøvere skal ha; en kompetanse som skal utøves i samarbeid med andre involverte profesjoner og derfor bør være lik i alle retningslinjene. I det perspektivet er det overraskende hvor forskjellig TPS-kompetansen beskrives i retningslinjene for de ulike utdanningene. TPS beskrives med ulik taksonomi, på ulike måter og innen ulike deler av profesjonsutøvelsen for eksempel ledelse versus rehabilitering etc.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 44. Begrunn svaret
 - Paradoksalt nok ser det ut til å ha vært lite samarbeid eller felles diskusjoner mellom arbeidsgruppene for de ulike utdanningene – om hvordan TPS skal forstås og omhandles i retningslinjene. Den tverrprofesjonelle samhandlingskompetansen bør være mer sammenlignbar og generisk for alle.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Det er utviklet en internasjonal konsensus om hvilke kjernekompetanser som ligger i tverrprofesjonell samhandlingskompetanse: rolleforståelse, tverrprofesjonell kommunikasjon, tverrprofesjonelle verdier, koordinering og samarbeid ved beslutninger, teamarbeid og refleksivitet (Roger et.al 2017). Disse bør gjenspeiles i retningslinjene.

Forslag

På dette grunnlag vil vi foreslå følgende felles LUB-er til alle retningslinjene:

Etter endt utdanning skal studentene kunne:

Kunnskap: Diskutere hvordan egen og andres kompetanse kan brukes i tverrprofesjonelt samarbeid for at pasientene kan få et optimalt helse- og velferdstjenestetilbud

Ferdighet: Anvende egen profesjonskompetanse i et likeverdig samspill med andre profesjoner, pasienter og samarbeidspartnere

Generell kompetanse: Reflektere over egen og andres rolle i tverrprofesjonelt samarbeid og begrunne sin forståelse i relevant teori.

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
 - I den grad at tverrprofesjonell samarbeidslæring er beskrevet som en del av praksisstudiene.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 53. Begrunn svaret
 - Veilederkompetanse er av stor betydning for kvalitet i praksisstudiene, herunder generell veiledningskompetanse, samt kompetanse i å veilede tverrprofesjonelle grupper.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Savnes en tydeliggjøring av TPS som en del av studiets formål

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 9
- 46. Begrunn svaret
 - Bufdir ser det som positivt at retningslinjene er inndelt i kunnskapsområder, og mener dette må til for å tydeliggjøre utdanningenes profil. Vi er allikevel bekymret for at den overordnede lyden på retningslinjene ikke vil kunne bidra til mindre uønsket variasjon mellom studiestedene. Bufdir støtter en overgang fra input- til outputstyring av utdanningene, og aksepterer at læringsutbyttebeskrivelser på programnivå vil måtte være av noe overordnet art. Dog ser vi at LUBene slik de foreslås i retningslinjene er så overordnede at de gir uhenksiktsmessig stort rom for variasjon.

Det vil bli krevende for institusjonene å utarbeide utdanninger som er like nok til at oppbygning og struktur er gjenkjennelig fra utdanningsinstitusjon til utdanningsinstitusjon. Og det vil fortsatt kunne være vanskelig for avtakertjenestene å ha et godt bilde av hva som særpreger den enkelte profesjon.

- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Bufdir savner et fokus på psykisk helse, og mener at dette begrepet bør nevnes eksplisitt i retningslinjene, ikke bare inngå under det overordnede begrepet helse.

Det mangler også en læringsutbyttebeskrivelse som reflekterer at en nyutdannet fysioterapeut har forståelse for sin rolle i et forløp for de med sammensatte behov.

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
 - Formålet med praksis er at studentene integrer kunnskap i sine profesjonelle handlinger, og jobber aktivt med å utvikle sin handlingskompetanse, sin analytiske refleksjon og evne til samhandling med barn, unge og foreldre og samarbeidspartnere. Arbeid med rolleforståelse i praksiskontekst er viktig.

Buadir mener det ikke bør være valgfritt å beskrive praksisdelen i retningslinjene, og anbefaler at det etableres en standard for beskrivelse av praksisdelen i grunnutdanningene. Det er i dag alt for store variasjoner mellom utdanningsinstitusjonene hva gjelder praksisstudier. Gitt praksisstudienes sentrale rolle i profesjonsstudier som er så sterkt knyttet til tjenesteutøvelse, er dette et område der man bør tilstrebe en nasjonal standard og kvalitetsnivå. Formuleringene i forskrift om felles innhold ivaretar ikke dette behovet i tilstrekkelig grad.

Praksisdelen i retningslinjene bør si noe om minimum omfang og type praksis. Det bør også være en minstestandard for omfang av veiledning under praksisstudiene, veileders kompetanse og praksisstudienes relevans for utdanningen. Derne st bør praksisdelen være tilknyttet noen spesifikke læringsutbyttebeskrivelser.

- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Begrepsbruk:
I læringsutbyttebeskrivelsene brukes ulike begreper for å skille mellom omfanget som det forventes kunnskap, ferdigheter eller generell kompetanse i. Eksempelvis skilles det mellom «bred kunnskap om», «kunnskap om», «kjennskap til» og «tilegne

seg kunnskap om». Når du har innsikt i for eksempel etiske problemstillinger – er det «mer» enn bred kunnskap? Bufdir stiller spørsmålsteget ved hvorvidt operasjonaliseringen av disse nyansene er lik ved de ulike utdanningsstedene?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Klinisk utdanningsavdeling@unn.no
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 42. Begrunn svaret
 - Vurderes til å være i tråd med tjenestens fremtidige kompetansebehov.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 44. Begrunn svaret
 - Vurderes til å være i tråd med brukernes behov for kompetanse i tjenestene.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 5
- 46. Begrunn svaret
 - Graden vurderes til å balansere godt mellom behovet for nasjonal standard og lokal tilpassing.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Bør kunnskapskravet innenfor IV punkt 5. høynes?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 5
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 53. Begrunn svaret
 - NB. Det er særdeles viktig at studentene også har praksis i spesialisthelsetjenesten (7 uker eller mer). Viktig at fleksibilitet og kvalitet i praksisstudiene opprettholdes, og kan tilpasses gjennomførte og kommende endringer i tjenestene.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 55. Begrunn svaret
 - For å kunne gjennomføre dette må nye praksismodeller og praksisarenaer utvikles.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Det anbefales at formell veilederutdanning på 10 studiepoeng ikke må være obligatorisk for alle praksisveiledere, men anbefalt at praksisenheter har tilgang til kompetansen.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - NFSS (nettverk funksjonshemmede seksualitet og samliv), Habilteringen i Norge, spesialisthelsetjenesten
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Kliniske utfordringer som ulike helsearbeidere møter i forhold til seksuell helse står ikke i forhold til relevant kompetanse de får i sine utdanninger. «Seksuell helse» har minimal plass i fagplaner, og i noen utdanninger nærmest fraværende. Pasienter av i dag har gjerne forventninger om å ta opp slike problemstillinger, samt få råd og hjelp. Utdanningsinstitusjonene må sørge for at uteksaminerte kandidater er kledt på for oppgaven(e), noe som bl.a. betyr at seksualfaget må få en seriøs plass i fagplanene. Mange ganger er det komplekse og vanskelige tema de ønsker drøftet. NFSS (nettverk funksjonshemmede

seksualitet og samliv) favner både rehabilitering og habiliteringsfeltet. Vi har 20 års erfaring. Ønsker og bidra til at nye generasjoner helsearbeidere blir kompetente fagfolk.

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
 - fullt mulig
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 1
- 51. Begrunn svaret
 - fullt realiserbart
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 53. Begrunn svaret
 - gjennom praksisfeltet vil en komme borti sexologfaglige utfordringer
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 55. Begrunn svaret
 - fullt mulig å realisere
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Helse-Bergen HF
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 42. Begrunn svaret
 - Spesialisthelsetjenesten skal ivareta de sykeste pasientene uansett alder. Alle prognoser viser at vi snart står overfor en populasjon som stadig blir eldre, samtidig som at flere reddes ved tidlig fødsel og etter alvorlig sykdom og traumer. Det må komme bedre frem at fysioterapeuter skal jobbe med å behandle syke mennesker på tvers av alle aldre og mennesker med sammensatte og komplekse helseplager. Vektleggingen i retningslinjen synes å være på utdanning av fysioterapeuter som primært skal jobbe forebyggende og helsefremmende.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 44. Begrunn svaret
 - Brukerperspektivet er ikke eksplisitt nevnt, heller ikke ivaretagelse og behandling av det syke mennesket. Pasientens handlingskompetanse øker, ikke minst på grunn av teknologi, hvilket medfører at de pasientene som har mulighet til det, får/tar stadig mer ansvar. Dette vil sette andre krav til fysioterapeutens kompetanse og dialog i møtet med pasienten.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivare tatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 7
- 46. Begrunn svaret
 - Det er ulike retningslinjer for ulike bachelorutdanninger. Vi mener at 4 av de 7 kunnskapsområdene (IV, V, VI og VII) ikke er direkte fagspesifikke. Disse vil være relevante for flere helsefagutdanninger. Det er et spenningsfelt mellom generell samfunnskunnskap og spesifikk fysioterapikunnskap der vektleggingen av generell kunnskap ser ut til å gå på bekostning av det fagspesifikke. Overordnet mener vi at det er viktig at de ulike fysioterapiutdanningerne gir så lik kompetanse som mulig. I

de foreslåtte retningslinjene for fysioterapiutdanningen er det noen muligheter for autonomi bl.a. med et minimumskrav for praksis. Vi mener imidlertid at minimumskravet til praksis i spesialisthelsetjenesten kan økes (se pkt. 53).

- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - • Fysioterapifaget vektlegges for lite: kjernen i fysioterapi: kunnskap om det syke (og friske) mennesket, bevegelsesanalyse, klinisk resonnement.
 - Fysioterapeuter er selvstendige yrkesutøvere, og det settes ikke lenger krav til henvisning fra lege. Fysioterapeuter undersøker og diagnostiserer funksjonsproblemer, velger tiltak, evaluerer og progredierer behandling. Kompetanse på differensialdiagnostikk er derfor også viktig.
 - Patologi som påvirker menneskets bevegelse, funksjon og interaksjon med andre mennesker, omgivelsene og samfunnet
 - Behandling må fremheves
 - Palpasjon og håndteringskompetanse («hands-on»)
 - Psykosomatikk; sykkelig overvekt; teknologi: velferds-, omsorgs-, rehabiliteringsteknologi bør studentene ha noe kunnskap om
 - Bacheloroppgaven bør løftes frem
 - Journalføring og dokumentasjon
 - Internasjonalisering
 - 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Nei
 - 49. Begrunn svaret
 - • Ikke beskrevet godt nok når hensikten med retningslinjen tas i betraktning: i retningslinjene er det rettet oppmerksomhet mot hva studentene skal lære og ikke på hva de får av undervisning, mens når det kommer til praksis, er fokuset i stor grad rettet til «input» når man legger føringer på antall uker. Samtidig er det bra at det er satt et minimumskrav til antall uker. Mengde praksis bør i prinsippet komme som et resultat av hva studentene skal lære i praksis.
 - Fra forslaget: «Veileder for fysioterapistudenter skal som hovedregel være fysioterapeut med norsk autorisasjon og ha formell veilederkompetanse». Dette er for svakt. Veileder skal være fysioterapeut, kun unntaksvis ved f.eks. hospitering i barnehage, kan dette prinsippet fravikes.
 - Vi synes at kunnskapsområdene I, II og III (Kropp, undersøkelse, behandling) drukner i forslaget, og at det i forslaget vektlegges overordnede føringer i stor grad: folkehelsearbeid, samhandling, samfunn. Hvor blir det av Fysioterapeutens kjernekompetanse og Behandling?
 - Vi mener at det ikke er realistisk at studentene skal delta i tverrprofesjonell samarbeid med andre studentgrupper ilt praksisstudiene, da ulike utdanninger har forskjellige krav til (og tidsperioder for) praksis. Imidlertid er det i spesialisthelsetjenesten en unik mulighet for å erfare tverrprofesjonelt samarbeid.
 - Samarbeidslæring der flere studenter fra samme utdanning samarbeider, er ikke nevnt, og er funnet nyttig som læringsform spesielt da det i spesialisthelsetjenesten er generelt svært syke pasienter som ikke alltid er tilgjengelig for studenter. Samarbeidslæring medfører at de kan lære av hverandre samt se flere ulike problemstillinger i praksis.
 - 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - Vet ikke
 - 51. Begrunn svaret
 - Vi ser at det allerede i dag er press på utdanningen, hvilket tilsier behov for utredning av en 5-årig grunnutdanning, der 1 år tilsvarende turnustjenesten, er inkludert. Slik det er i dag, får ikke fysioterapeuter autorisasjon før etter 1 år turnustjeneste. Dette turnusåret er viktig for å dyktiggjøre fysioterapeuter til egen yrkesutøvelse der de får trene mer på undersøkelse, diagnostisering, utøve klinisk resonnement og evaluere behandling – der de jobber selvstendig men samtidig under veiledning. Etter dette er de mer skikket til å utøve fysioterapifaget på en selvstendig og god måte.
- Fysioterapeututdanningen er foreslått med 30 ukers praksis, hvorav minst 7 uker gjennomføres i hhv den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det stilles krav til innhold og til veilederkompetanse.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
 - 53. Begrunn svaret
 - Antall uker i spesialisthelsetjenesten er et minimumskrav. Vi ser det som ønskelig at dette settes til 10 uker for å gi kontinuitet, godt læringsutbytte i praksis og tilstrekkelig tid til å utvikle relasjonen mellom student og veileder, samt gi veileder nok tid til å gi tilbakemelding til studentene og vurdere dem. Dette gir studentene større mulighet til å bli tryggere i

rollen som fysioterapeut. Det er på sykehus studentene møter og behandler den syke og komplekse pasienten, og det er her tverrprofesjonelt samarbeid foregår i større grad enn mange andre steder.

- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 55. Begrunn svaret
 - o Det er ikke gjennomførbart at alle veiledere skal ha formell veilederkompetanse. Dette kan kvalitetssikres på andre måter gjennom f.eks. e-læringskurs, kortere veiledningskurs og veiledning på veiledning fra veileder med formell kompetanse.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Vi er usikre på om tverrprofesjonell samarbeidslæring er gjennomførbart og om det er hensiktsmessig når det gjelder læringsutbytte i spesialisthelsetjenesten. Dette ut fra at studentene får delta i tverrprofesjonelt samarbeid i praksisperioden, og at det kan være både tidkrevende og vanskelig gjennomførbart med tverrprofesjonell samarbeidslæring. Under kompetanseområdene IV-VII bør det diskuteres hvordan disse kan undervises i fellesskap med studenter fra andre profesjonsutdanninger (ressursbesparende og nettverksbyggende). I denne sammenheng bør også et tema være tverrfaglig samarbeid og økt kjennskap til hverandres profesjonskompetanse.

Innspill ut over høringsspørsmålene

Vi mener at utkastet til retningslinjer for fysioterapiutdanningene er et godt utgangspunkt for videre arbeid. I tillegg til svar på høringsspørsmålene har Fysioterapiavdelingen noen tilleggskommentarer.

Overordnet

Kjernekompetansen til fysioterapeuter må utdypes. Fysioterapeuter har selvstendig behandleransvar, der mange også er egne arbeidsgivere og behandler uten henvisning fra andre, hvilket bør fremheves i større grad. Fysioterapeuter må ha kunnskap om egen kompetanse og når de skal/bør henvise til andre.

Formål

«Formålet med fysioterapistudiet er å utdanne kandidater som kan bidra til å skape bedre forutsetninger for helse, livskvalitet og utfoldelse for personer i alle aldre og livsfaser.» Her mener vi at ordet mestring er bedre enn utfoldelse.

«Fysioterapistudiet skal være praksisnært, kunnskapsbasert og samfunnsrelevant, og vektlegge evne til samhandling, kritisk refleksjon og livslang læring.» Begrepet samhandling er uklart i denne sammenheng og bør utdypes noe. Samhandling kan være interaksjon mellom mennesker og/eller samhandling mellom institusjoner eller på tvers av og mellom ulike helsenivåer: struktur- og personnivå.

Kunnskapsområder

Under Formål i utkast til retningslinje har KD bl. a. fremhevet Undersøkelse, vurdering og diagnostisering knyttet til kropp, bevegelse og funksjon; Behandlende, habiliterende og rehabiliterende virksomhet

Under Kunnskapsområder savnes flere av disse stikkordene, bl. a. II. mangler Diagnostisering knyttet til kropp, bevegelse og funksjon og III. mangler Behandlende virksomhet.

Kunnskapsområde I Kropp, bevegelse og funksjon

Kunnskap:

Her bør det føyes til 5. Har kunnskap om patologi som påvirker bevegelse og funksjon.

Ferdigheter:

Føye til bevegelsesanalyse under pkt 2 da dette er en forutsetning for å kunne stille en funksjonsdiagnose.

Kunnskapsområde II Undersøkelse, vurdering, diagnostisering og tiltak

Diagnostisering må tas med i tittel.

Kunnskap

Her mangler pkt. 1

Pkt. 4. «Har kunnskap om framgangsmåter for klinisk resonnering». Dette er for teoretisk. Studenten trenger å ha kunnskap til å reflektere og gjøre klinisk resonnering, ikke framgangsmåter for...

Ferdigheter

Her bør det føyes til et pkt 8: Kan vurdere funksjon, resonnerer klinisk, stille funksjonsdiagnose og tilpasse tiltak og endre/progredierte disse til individet: personsentrert behandling

Ferdigheter innen palpasjon og håndtering («hands-on») for både undersøkelse, diagnostisering og behandling er sentralt i fysioterapeutens yrkesutøvelse og må føyes til.

Kunnskapsområde III Behandling, habilitering, rehabilitering og samhandling

Behandling må tas med i tittel.

Vi er usikre på om Samhandling bør stå her. Det bør sees på både fra et person- og strukturnivå og kan passe bedre under et annet kunnskapsområde.

Kunnskap

Vi savner noe om teknologi i dette avsnittet, men uten at det skal ta for stor plass.

Ferdigheter

Pkt. 3. Dette gjelder vel alle uansett alder? Vi undrer oss over at kun barn, unge og eldre er tatt med. I spesialisthelsetjenesten og de fleste andre steder i samfunnet møter fysioterapeuter personer og pasienter i alle aldre.

Se kommentar om palpasjon og håndtering under Kunnskapsområde II.

Kunnskapsområde KUNNSKAP, KVALITETSSIKRING OG INN

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Fakultet for helsevitenskap, OsloMet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o HØRING - TVERRGÅENDE KOMMENTARER FRA LEDERGRUPPEN VED FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP, OSLOMET

Synergier og generisk kompetanse: OsloMet har 10 BA-programmer som dekkes av RETHOS. Da ny forskrift kom med 12 felles læringsutbytter (§2) så vi dette som en mulighet og et incitament til å skape mer samarbeid på tvers av utdanningene om generiske læringsutbytter, undervisningsopplegg (eks e-læring) og evt evalueringer for disse emnene. I dag er programmene svært profesjonsspesifikke og det er vanskelig å oppnå synergier. Slik RETHOS har utviklet seg bidrar dessverre ikke prosjektet til en forbedring. Fakultetet forsøker likevel å få dette til for de 12 LUBene i en prosess på tvers av universitetet, med mål å enes om generiske læringsutbytter. Deretter kan det enkelte program legge på flere LUBer ved behov. Fra vårt synspunkt kunne KD ha spart utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet for mye arbeid, bidratt til synergier, og ikke minst effektivisert dette ved å fasilitere en slik prosess nasjonalt, evt oppmuntret til dette på institusjonene og i prosjektgruppene.

Retningslinjenes oppbygging: Retningslinjene fremstår som ulike, og bør bygges opp på en måte som gjør de gjenkjennelige på tvers. De bør ha felles layout, organisering og tematikk. Forskjellen må ligge på de faglige momentene for hver utdanning.

Retningslinjene skal ifølge KD være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene. Det skal være handlingsrom

innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell tilpasning ved den enkelte institusjon. Totalt sett fremstår utkastene til retningslinjer som for detaljert, og vil redusere handlingsrommet for den enkelte institusjon. For å sike likest mulig forståelse og implementering av retningslinjene er det avgjørende at departementet avklarer betydningen av at retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene.

Antall kunnskapsområder og LUBer og nivå på LUBer:

- Retningslinjeforslagene viser en sammenheng mellom høyt antall LUBer og høyt antall kompetanseområder. I forslagene er gjennomsnittet antall LUBer 63 med et spenn fra 38 – 88. De med flest LUBer beveger seg på et høyt detaljeringsnivå, og likner LUBer på emnenivå, og ikke på programnivå og bør endres. Et høyt detaljeringsnivå kan utfordre institusjonenes faglige frihet og ansvar.
- I sektoren har det vært en forståelse av at retningslinjene skulle utforme sluttkompetanse på programnivå, og unngå for sterk detaljeringsnivå på LUBene. Slik mange av retningslinjene fremstår har man ikke lyktes med dette. Fakultetet anbefaler at KD og programgruppene jobber sammen for å utjevne forskjellene på nivå, antall kunnskapsområder og LUBer. LUBene bør ligge på programnivå, for å sikre lik sluttkompetanse på tvers av utdanningene innen samme fagområde/profesjon. Vi viser for øvrig til UHRs høringsuttalelse på dette punktet og gir vår tilslutning.
- BA-utdanninger er normert til 3 års studietid i Norge. Med det høye antallet LUBer i enkelte av retningslinjene stiller vi spørsmål om det er mulig å oppnå disse innenfor normert tid for studentene.
- Tema som savnes i noen utkast til retningslinjer/LUBer: helse-og velferdsteknologi, digital kompetanse, TPS, kunnskapsbasert praksis, endringskompetanse, terminologi rettet mot fremtiden, internasjonalisering.

Krav til studiet oppbygging: Retningslinjene må ikke utformes på et detaljeringsnivå som vanskeliggjør internasjonalisering (inn- og utveksling).

Bacheloroppgave er i retningslinjene behandlet forskjellig. Ved OsloMet har vi forskriftsfestet krav om et «selvstendig arbeid av minimum 15 studiepoengs omfang» i bachelorgraden. Det bør vurderes å ha en felles bestemmelse om dette på tvers av retningslinjene.

Praksis: Praksisstudiene er svært forskjellig beskrevet i forslagene, og kan bære preg av mer input enn output.

Finansiering: Det stilles spørsmål om det er mulig å

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Helse Nord-Trøndelag
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 42. Begrunn svaret
 - Det blir opp til utdanningene å sørge for at det fagspesifikke og kjernekompetansen i fysioterapifaget ivaretas med så brede og omfattende læringsutbyttebeskrivelser. Læringsutbyttebeskrivelsene dekker store felt og det kan bli en utfordring å sikre tilstrekkelig dybde i fagkompetansen som er nødvendig for å yte fysioterapitjenestene
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 44. Begrunn svaret
 - Økende antall eldre, flere multisyke, flere som overlever etter større traumer og flere som må leve med kroniske sykdommer krever en fysioterapikompetanse som gir ferdigheter gjennom hele sykdomsforløpet, eks. fra akutt sykdom oppstår, ved

kronisk sykdom og i palliativ fase. Fysioterapeuter må ha dybdekunnskap og ferdigheter for å yte fysioterapitjenester til pasienter/brukere med svært redusert funksjonsnivå og komplekst sykdomsbilde.

- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 5
- 46. Begrunn svaret
 - o De fleste læringsutbyttebeskrivelsene er åpent formulert slik at utdanningene kan ha stor påvirkning på hvilket innhold de vil legge inn for å oppnå læringsutbyttene. Noen av læringsutbyttebeskrivelsene er svært detaljerte med høye krav til dybdekompetanse, mens andre har lavere krav til dybdekompetanse. Det kan bli en utfordring for utdanningene å dekke det som er nødvendig og hensiktsmessig for å sikre tilstrekkelig dybde i fagkompetansen som er nødvendig for å yte fysioterapitjenestene.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Bred kunnskap innen sykdomslære savnes, vurderes som sentralt i grunnutdanningen. Blant annet så er Norges NCD-strategi med satsing på forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av 4 ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft sentral både for forebyggende arbeid og folkehelse i tillegg til Undersøkelse, vurdering og tiltak.

ICF ligger til grunn innen rehabilitering og for fysioterapifaget og bør gjenspeiles tydeligere i retningslinjen.

Deltakelsesperspektivet savnes, eks. under Formål, første kulepunkt: Undersøkelse, vurdering og diagnostisering knyttet til kropp, bevegelse, funksjon og deltakelse.

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar?
 - o Nei
- 49. Begrunn svaret
 - o Vi mener at veileder for fysioterapistudenter skal være fysioterapeut, ikke bare som hovedregel. Studentene må få møte ulike praksissituasjoner og erfare tverrfaglig samarbeid med ulike faggrupper, men veiledningen bør gis av fysioterapeut for å underbygge faglig identitet og gi relevant og fysioterapifaglig veiledning.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 5
- 51. Begrunn svaret
 - o Læringsutbyttebeskrivelsene er omfattende og det vil være krevende å gi nok dybdekompetanse som er nødvendig for fysioterapitjenestene innenfor en 3-årig utdanningsløp.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 53. Begrunn svaret
 - o Det er positivt at det stilles krav til praksis både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette alene vil ikke ivareta at man sikrer ferdigheter og fysioterapikompetanse i akutt fase, noe vi mener er viktig erfaring å få med seg fra spesialisthelsetjenesten. Private rehabiliteringsinstitusjoner regnes også som del av spesialisthelsetjeneste. Vi foreslår at det legges til som eget, eller sammen med siste kulepunkt at studentene skal møte pasienter/brukere i alle deler av et sykdomsforløp, dvs. både i akutt, stabil og palliativ fase.

Når det gjelder krav til formell veilederkompetanse, så støtter vi at det er ønskelig (som hovedregel), men stiller spørsmål ved hva som ligger i formell; er det tilstrekkelig å ha gjennomført et e-læringsprogram, å ha deltatt på praksisseminar, eller kreves studiepoeng som veileder? Hvem skal vurdere formalkompetansen innen veiledning, ønskes det en godkjenningsordning? Dette er uklart for oss. Selv om formell veilederkompetanse er ønskelig, så bør det ikke legges opp til at erfarne studentveiledere ikke lengre kan ta imot studenter på grunn av manglende formalkompetanse i veiledning. Vi mener formell veilederkompetanse ikke må bli et krav.

Vi stiller også spørsmål ved kravet om norsk autorisasjon som fysioterapeut – er det for å understreke at praksis bør gjennomføres i Norge? Vil det gjøre det vanskelig å gjennomføre praksis i andre land i Europa? Er det ønskelig?

- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 55. Begrunn svaret
 - o Omfanget av praksisstudiene er lite endret fra dagens situasjon, og bør være gjennomførbart. Positivt at omfanget på praksis opprettholdes.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Vi er usikre på hvordan det vil slå ut at utdanningsstedene vil ha eget handlingsrom og påvirkning av oppbyggingen av studiet. Det vil være viktig at vi er kjent med utdanningens profil, da vi i fremtiden forhåpentligvis vil ha søkere fra ulike utdanninger til stillinger hos oss.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o fag
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o SOHEMI - Helsedirektoratets fagråd for likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
 - o SOHEMI har lagt inn generell høringsuttalelse i spørsmålet "andre høringsinnspill"
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Dette innspillet kommer fra SOHEMI, Helsedirektoratets fagråd for likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen. Rådets mandat er å bistå Helsedirektoratet i arbeidet med likeverdige helse- og omsorgstjenester for innvandrerbefolkningen.
På generelt grunnlag er SOHEMI opptatt av at kompetanse i likeverdige helsetjenester, migrasjonshelse og flerkulturell kommunikasjon integreres i alle profesjonsutdanninger. Dette for å sikre at fremtidens helse- og omsorgsarbeidere ivaretar enkeltindivers behov og tilpasser tjenestene etter individuelle forutsetninger.
Et overordnet mål for den norske helse- og omsorgstjenesten må være å tilby gode, tilpassede og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av etnisitet, språk, alder, kjønn, kjønnsuttrykk, seksuell orientering, bosted, sosio-økonomiske forutsetninger, tro- og livssyn, helseinformasjonsforståelse og funksjonsevne. Likeverdige helsetjenester innebærer at alle pasienter og brukere skal motta helsetjenester av god kvalitet, tilpasset den enkelte med mål om resultatlikhet for de med samme sykdomsbilde.
Noen innvandrergupper har spesielle helseutfordringer. Helseforståelsen i Norge og andre land kan være ulik, og det kan være vanskelig for noen grupper å nyttiggjøre seg av ulike helsetilbud. Noen grupper innvandrere kommer senere til

behandling og oppfølging hos helsetjenesten eller blir misforstått og nedprioritert av helsevesenet og får derfor dårligere prognoser. Migrasjonshelse er derfor et viktig faglig fokusområde i profesjonsutdanninger.

Vi merker oss at i de fleste retningslinjene i høringen, er temaer knyttet til migrasjonshelse, likeverdige helsetjenester og flerkulturell kommunikasjon vektlagt i liten grad. Mht landets befolkningssammensetning, mener vi at det er et svært viktig punkt. (17,3 % av befolkningen er innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre. Kilde SSB.no). Vi ønsker særlig å trekke frem behov for bruk av kvalifisert tolk, og at kommunikasjon via tolk integreres som en del av klinisk opplæring. Vi støtter videre NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse) sine anbefalinger (jmf eget høringsinnspill):

- Grunnleggende kunnskaper om språkbarrierer mellom behandler og pasient, og hvordan helsepersonell kan forsikre seg om at informasjon blir forstått, slik at dette kan bedre pasientsikkerheten. Dette inkl. bruk av tolk. I 'kunnskapsområde 2 i Sykepleieutdanningen – 'Etikk, kommunikasjon og samhandling', at dette temaet ikke er nevnt.

- Kunnskap om sykdomspanorama hos ulike grupper der dette avviker fra majoritetsbefolkningen

- Kunnskap om utfordringer knyttet til sårbare innvandrergrupper, med tanke på juridisk status, helserettigheter for personer uten lovlig opphold, turister m.m., inkludert registrering, journalføring etc.

Alle fagområder må ses i sammenheng og hver for seg. Tematikk knyttet til likeverdige helsetjenester bør gå som en rød tråd gjennom all helsefaglig utdanning, da det gjenspeiler/henviser til helsepersonells holdninger, kunnskaper og kompetanse i møte med mennesker med ulike forutsetninger. Det finnes relevant litteratur, og det er utviklet skriftlig veiledning og forelesninger om temaet likeverdige helse- og omsorgstjenester av blant andre Oslo universitetssykehus, Likestillings- og diskrimineringsombudet og NAKMI som fagutdanningene kan nyttiggjøre seg.

Mangelfull kunnskap om temaer knyttet til likeverdig helsetjeneste og migrasjonshelse kan være en utfordring for pasientsikkerheten. Mangel på likeverdige helse- og omsorgstjenester kan innebære diskriminering og at tjenestene ikke bare strider mot pasient- og brukerrettighetsloven, men heller ikke er i samsvar med nasjonal diskrimineringslovgivning og internasjonale menneskerettskonvensjoner. Undervisning om disse temaene er i svært liten grad inkludert i 'Retningslinjer i et nytt system for styring av læringsutbytte i helse- og sosialfagutdanning'.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Helse Sør-Øst RHF
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 42. Begrunn svaret
 - Hovedmålet må være å sikre grunnkompetanse i fysioterapifaget som kan utvikles videre gjennom arbeid i spesialisthelsetjenesten.
Da læringsutbyttebeskrivelsene ikke er operasjonalisert/konkretisert er det utfordrende å besvare spørsmålet, men helt overordnet vurderes de til å være i tråd med tjenestens fremtidige kompetansebehov i stor grad. Vi savner tydeligere kunnskap om samhandling/pasientløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 44. Begrunn svaret
 - Fysioterapifaget innenfor spesialisthelsetjenesten vil være sammensatt av nåværende kompetanse, i tillegg til nye kompetansekrav. Det vil bli større krav til å kunne prioritere og å utføre vurderinger, fremfor behandling, på grunn av kortere liggetid og økt kompleksitet i pasientgrunnlaget. Det vil også bli økt behov for tidlig og spesialisert rehabilitering. Utvikling av pasientforløp/pakkeforløp og økt poliklinisk aktivitet er sentralt innenfor spesialisthelsetjenesten, og således også for brukerens fremtidige behov innenfor tjenesten. Det hadde derfor vært hensiktsmessig om et tydeligere, og mer dynamisk, endringsperspektiv hadde kommet frem i retningslinjen. Siden pasienter ligger kortere i sykehus og i større grad behandles hjemme, er det nødvendig å styrke fokuset på fysioterapeutens kompetanse innen helsepedagogikk og helseveiledning, som grunnlag for pasienters/brukeres læring, mestring og medvirkning. Det er positivt at samvalg er nevnt i retningslinjen. Samvalg er en metode for at pasienter/brukere kan ta informerte valg. Kunnskap som må ligge til grunn hos fysioterapeutene er at de har nødvendige ferdigheter innen kommunikasjon, formidling og veiledning, slik at de kan kvalitetssikre at informasjon og opplæring er mottatt og forstått. Mange pasientklager i sykehuset er knyttet til nettopp dette. Områdene er inkludert i retningslinjen, men kan bli tydeligere formulert og spisset mot det som beskrives i dette avsnittet. Dette bør også være et

fokusområde i studentenes praksisperioder.

Vi savner også en tydeliggjøring av behovet for IKT-kompetanse i et fremtidig perspektiv, da det kommer til å skje svært mye innen helse og IKT fremover.

Se også kommentarer på spørsmål 42.

- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'

o 7

- 46. Begrunn svaret

o Det er uklart hvor standardiserte utdanningene kommer til å bli på grunnlag av denne retningslinjen. Det ligger en vektning i begrepsbruken (taksonomien), men så lenge det ikke er knyttet studiepoeng til emner er det vanskelig å vite hvordan dette slår ut. Vi er klar over at dette lå utenfor mandatet til arbeidsgruppen, men velger likevel å kommentere det.

For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH-sektoren er likeverdig representert også på fag-/programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Pr. i dag er ikke dette tilfelle. Et forslag er at tjenestene blir representert i «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen fysioterapi»; tidligere omtalt som profesjonsrettet fagråd i fysioterapi.

Økende grad av nasjonal standardisering vil også i større grad gi mulighet for studentmobilitet, lette transparens og gi bedre felles grunnlag for kvalitetsforbedring av utdanningen.

- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Ordlyden i retningslinjen er fornorsket på bekostning av tradisjonelle begreper innen fysioterapifaget. Dette gir muligens en bredere forståelse av dokumentet for mange lesere, men det gjør også at fagprofesjon opplever språket som «utvasket» og har vanskeligheter med å kjenne igjen presise fysioterapibegreper og –fag. Vi opplever at input i form av de mer konkrete fagene (anatomi, fysiologi, patologi etc.) ikke fremkommer så tydelig som vi hadde ønsket.
 - o Det er ønskelig med en presisering av begrepet «digital kompetanse», kunnskapsområde VI.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Ja
- 49. Begrunn svaret
 - o Praksisstudiet som det er beskrevet, fremstår hensiktsmessig og gjennomførbart. Vi ser det også som fordelaktig at det presiseres i retningslinjen at praksisperioden innenfor spesialisthelsetjenesten gjennomføres i 3. studieår. Da har studentene gjennomgått undervisning i rehabilitering og patologi, og får dermed høyst sannsynlig økt læringsutbytte i praksis. I praksis ser vi ofte at studenten strever med å kombinere behandling og undersøkelse samtidig, og dermed kunne justere sin behandling underveis. Læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudiene bør tydeliggjøres.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 3
- 51. Begrunn svaret
 - o Da fag-/programplanen per i dag utarbeides lokalt på utdanningsinstitusjonene oppleves spørsmålet som vanskelig å besvare. Stor grad av innfrielse av læringsutbyttebeskrivelsene er krevende i et 3-årig løp.
 - o Hva gjelder delen av studiet som er praksisrelatert, er det gjennomførbart. Videre må også turnustjenesten regnes med, for at nødvendig sluttkompetanse kan oppnås. Per i dag oppfatter vi at turnuskandidatene ikke har god nok grunnkompetanse for å utføre fysioterapifaget. Vi mener at basis- og ferdighetsfagene i fysioterapiutdanningen trenger mer plass.
 - o Samfunnsperspektivet vektlegges sterkt i utkastet, og vi er usikre på om det er mulig å oppnå bred kunnskap på alle ulike arenaer.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 53. Begrunn svaret
 - o Vi støtter tydeliggjøring av praksisstudier, og opplever at 7 ukers varighet er et minimum. Bør helst være 8-9 uker for tilstrekkelig læring og opplevelse av mestring.

Angående punktene som omhandler tverrprofesjonell samarbeidslæring har vi erfaring med at dette kan gi redusert utbytte dersom studentene er på ulikt «sted» i sitt utdanningsløp.

- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 55. Begrunn svaret
 - o I forskrift står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse».

HSØ har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Veiledning er en kontinuerlig oppgave for fysioterapeuter, og kompetansen som ligger til grunn kan benyttes både til pasienter, pårørende, kollegaer og studenter. De læringsutbyttebeskrivelsene som omhandler dette i retningslinjen, må kvalifisere for denne oppgaven.

Krav om kompetanse på de sykehusansatte veilederne, må sees i sammenheng med hva som skal være universitets- og høyskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine studier i praksis. HSØ støtter formuleringen i forskrift om at lærer skal være oppdatert i praksisstedets problemstillinger og sikre kontinuitet, sammenheng og progresjon i studiet. Lærers rolle og krav til oppfølging fra utdanningsinstitusjonens side er for lite tydelig definert i retningslinjen for fysioterapeuter. HSØ ønsker at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler, hvor blant annet utdanningsinstitusjonenes ansvar for oppfølgingen av studenter i praksis operasjonaliseres, basert på beskrivelsen i forskrift og retningslinjen.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Retningslinjen bør inneholde krav om avsluttende klinisk eksamen.

Kompetansemål 2 (systematisk kunnskapsutviklingsprosjekt) i retningslinjens kunnskapsområde VI kan med fordel tydeliggjøres i form av bacheloroppgave.

Samvalg står nevnt under kunnskapsområde «habilitering, rehabilitering og samhandling» under overskriften «kunnskap». Vi

ønsker at det suppleres med: Har kunnskap om taushetsplikt, personvern og borgeres autonomi og rett til samvalg og metoder som understøtter samvalg

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Fakultetsadministrasjon/dekanat
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 42. Begrunn svaret
 - Læringsutbyttebeskrivelsene strekker seg over veldig spredt felt – bekymret for at dette resulterer i at det fagspesifikke og kjernekompetanse til fysioterapi utvannes.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 44. Begrunn svaret
 - Savner tydeliggjøring av behov for handlingskompetanse i møte med brukere/pasienter i alle sykdomsfaser og gjennom et helhetlig pasientforløp
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 5
- 46. Begrunn svaret
 - Grad av detaljeringsnivå varierer mellom åpne og svært detaljerte, og gjerne utøver hva som er oppnåelig i en 3-årig bachelorutdanning.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Noe av kjernekompetanse til fysioterapeutene fremstår som noe underkommunisert. Det er ønskelig at det fremkommer at fysioterapeuter skal jobbe med syke mennesker og med mennesker med sammensatte helseplager. I dagens forslag ser det ut som fysioterapeuter bare skal jobbe med forebygging og helsefremming.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Nei
- 49. Begrunn svaret
 - Fakultetet for medisin og helsevitenskap mener det må gis noen generelle føringer for praksisstudier. Slik forslagene fremstår i dag er dette svært ulikt løst. Praksisfeltet er utenfor UH-sektorens jurisdiksjon. Da blir det viktig å få kartlagt hvilke signaler tjenestene har behov for slik at de kan bidra med tilrettelegging på best mulig måte. Det er behov for tydelig lovfesting og bedre finansiering av helse- og velferdstjenestene ansvar og oppgaver knyttet til praksisstudier.

Det er viktig at det fremkommer i retningslinjene at studentene skal ha ekstern veiledet praksis, men fastsetting av omfang er ikke ønskelig. Praksisperiodene må ha et omfang som gjør det realistisk at studenten oppnår læringsutbytte som både krever praktiske ferdigheter og integrering av teori i praksis, og at det er mulig å foreta en forsvarlig vurdering av studenten. Læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudier foreslås utarbeidet i samarbeid med representanter fra praksisfeltet.

For å kunne gi relevant og forsvarlig veiledning er det helt avgjørende at veileder er autorisert fysioterapeut, ikke bare som hovedregel slik retningslinjene legger opp til.

- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 5
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 53. Begrunn svaret
 - o Ønskelig at læringsutbytte for praksisstudiene ble beskrevet.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 55. Begrunn svaret
 - o Vanskelig å oppnå kravet om formell veilederkompetanse.

Per i dag er det ikke krav til helseforetakene om å tilby praksisplasser (ikke oblg praksis) til fysioterapistudenter jf de årlige oppdragsdokumentene til helseforetakene. Dersom retningslinjene skal beskrive noe om praksis i spesialisthelsetjenestene må dette følges opp i oppdragsdokumentene fra HOD til helseforetakene.

- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Fakultet for medisin og helsevitenskap mener at retningslinjene bør bygges opp på en slik måte som gjør at de er gjenkjennelige på tvers, dvs at de bør ha felles layout, organisering og tematikk. Det som er forskjellig er de faglige momentene for den enkelte utdanning. Spesielt sammenhengen mellom formålsbeskrivelse og kunnskapsområdene/læringsutbyttebeskrivelsene bør vies ekstra oppmerksomhet da disse skal bygge opp fundamentet for formålet med utdanningen og kjernekompetansen som beskrives der. Beskrivelser som kan være felles, bør være felles, og dette bør reflekteres i retningslinjene. Det må være en ens praksis hvor forhold som er fastsatt i annet regelverk ikke gjentas i retningslinjene. På generelt grunnlag fremstår retningslinjene for detaljert, og vil redusere handlingsrommet for den enkelte institusjon. Det blir derfor viktig med en avklaring om at retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene. Fakultetet mener det vil være uheldig å forskriftsfeste retningslinjene før en lengre utprøving er gjennomført. Det høye detaljeringsnivået i de fleste retningslinjene kan også utfordre institusjonenes faglige frihet og ansvar slik som er beskrevet i UHL, og i tillegg vanskeliggjøre for eksempel internasjonalisering. Definisjonen av egenarten ved den enkelte utdanning varierer sterkt mellom retningslinjene – fra tydelig til veldig generell.

Annet:

Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) bør omhandles under formål for alle utdanninger, noen som ikke gjøres i dagens utkast.

Bacheloroppgave – fakultetet mener at alle studieprogram bør ha en bacheloroppgave på minst 15 stp da dette er viktig læring for studentene.

Ønskelig med krav om minimum en klinisk – praktisk eksamen i slutten av studiet. Dette er den vurderingsformen som ligger tettest opp til en autentisk arbeidshverdag og som integrerer totaliteten i studiets læringsutbyttebeskrivelser.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Høyskole Kristiania
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 42. Begrunn svaret
 - o Høyskolen Kristiania mener at forslaget til nasjonale retningslinjer for fysioterapiutdanningene gir et godt utgangspunkt for videre arbeid. Vi har derfor gitt innspill til utkastet.

Det er utfordrende å utarbeide retningslinjer som både skal ivareta tjenestenes kompetansebehov og opprettholde faglig autonomi. Læringsutbyttebeskrivelsene gir grunnlaget for valg av undervisningsmetoder, ferdighetstrening, eksterne og interne praksisstudier og vurderingsformer av studentene. Antall læringsutbyttebeskrivelser på overordnet nivå er etter vår mening for høyt. Dette resulterer i at retningslinjene blir for detaljerte, og vil redusere handlingsrommet for den enkelte institusjon. Samtidig er læringsutbyttebeskrivelsene generiske og lite fagspesifikke. Dette gir muligheten for ulik tolkning av læringsutbyttebeskrivelsene slik at sluttkompetansen kandidatene oppnår kan bli ulik fra de forskjellige utdanningsinstitusjonene.

Et eksempel på at LUB er blitt for generiske er at ordet «fysioterapi» benyttes svært sjeldent. Flere av LUB slik de står nå kan beskrive flere av utdannelsene innenfor helsefag. Dette gjelder spesielt for kunnskapsområdene I, III, IV, V og VI hvor ordet «fysioterapi» eller variasjoner av denne er helt utelatt.

Pasienter fikk fra januar 2018 fri tilgang til fysioterapeut uten krav om henvisning fra lege, manuellterapeut eller kiropraktor. Dette medfører at fysioterapeuter har et stort ansvar for pasientens helse og må vurdere om pasientens muskel- og skjelettsymptomer kan ha opphav fra andre kroppssystemer før behandling iverksettes. Denne vurderingen ble tidligere ivaretatt av helsepersonell med primærkontaktstatus (lege, manuellterapeut eller kiropraktor). Derfor stilles det høye krav til fysioterapeuters kompetanse i den diagnostiske prosess og differensialdiagnostikk for å kunne ivareta pasientens sikkerhet og avgjøre om pasientens tegn og symptomer kan ha opphav fra andre systemer enn muskel- og skjelettsystemet. I tillegg kommer det ikke tydelig nok frem i LUB at fysioterapeuter i hovedsak arbeider med syke mennesker med sammensatte helseplager.

Oppsummert må det komme bedre frem at fysioterapeuter skal jobbe med syke mennesker som også kan ha sammensatte helseplager. Slik det står nå kan det tolkes slik at formålet med utdannelsen er å utdanne fysioterapeuter som primært skal jobbe forebyggende og helsefremmende.

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 44. Begrunn svaret
 - Utkastet til retningslinjene viser ikke tydelig nok sluttkompetansen til en fysioterapeut. Det kommer ikke tydelig frem hvilken rolle fysioterapeuter skal ha i helsetjenesten eller hvilken kompetanse brukerne kan forvente at fysioterapeuter innehar. Vi mener at fysioterapeuter har et stort ansvar for pasientens helse og fysioterapeuten må kunne vurdere om pasientens muskel- og skjelettsymptomer kan ha opphav fra andre kroppssystemer før behandling iverksettes. Det stiller derfor høye krav til fysioterapeuters kompetanse i den diagnostiske prosess og differensialdiagnostikk for å kunne ivareta pasientens sikkerhet og avgjøre om pasientens tegn og symptomer kan ha opphav fra andre systemer enn muskel- og skjelettsystemet. Fysioterapeuter jobber primært med rehabiliterende arbeid og sekundærforebygging, men også med helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Men helsefremmende og forebyggende arbeid skal ikke være hovedvekten i studiet. Fysioterapeuters kjernekompetanse må komme tydeligere frem i retningslinjene.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 3
- 46. Begrunn svaret
 - Kunnskapsområdene har ikke ulik vektning i retningslinjene og kan derfor tolkes slik at de skal vektas like mye. Vi mener at kunnskapsområdene ikke kan vektas likt. Det bør være en tydelig vektning, f.eks. på studiepoeng, for å tydeliggjøre fysioterapeutens kompetanse innen de forskjellige kunnskapsområdene og fremheve fysioterapeuters kjernekompetanse. Uten en vektning av kunnskapsområdene vil ikke retningslinjene tjene det formålet det er beskrevet at de skal ha som retningslinjer som skal sikre nødvendig styring slik at utdanningene fremstår som enhetlige og gjenkjennelige uavhengig av utdanningsinstitusjon. En vektning av kunnskapsområdene vil sikre at samfunnet, helseforetakene og brukerne er sikret at fysioterapeuter har samme kompetanse uavhengig hvilken utdanningsinstitusjon de kommer fra uten å frata utdanningsinstitusjonene autonomi for gjennomføring av utdanningen. Hvis retningslinjene legger til rette til for stor grad av autonomi for utdanningsinstitusjonene vil det risikere at fysioterapeuter fra forskjellige utdanningsinstitusjoner har for ulik kompetanse og brukere av fysioterapijenester kan ikke være sikre på hvilken kompetanse fysioterapeuten innehar.

Det er 7 kunnskapsområder og 64 LUB. Vi foreslår at antall LUB reduseres og enkelte av LUB flyttes ned på emnenivå. Hvis rettigheter for den samiske befolkningen skal stå i LUB, må dette gjelde for alle retningslinjer. Det står ikke noe om bacheloroppgave i LUB for fysioterapiutdanningen, mens det er nevnt bl.a for ergoterapi. Det bør vurderes å ha felles bestemmelse om dette på tvers av retningslinjene. En fysioterapiutdannelse er en praktisk utdannelse og vi mener det også

bør stå at alle fysioterapiutdanningene skal ha en klinisk praktisk eksamen på slutten av studiet for å sikre sluttkompetansen. Det bør brukes begreper som anatomi og fysiologi i LUB for å synliggjøre vesentlige kunnskapsområder.

- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Psykologi og pedagogikk er ikke fremhevet som læringsområde. Det kan tolkes at det ligger inkludert i kunnskapsområde 3 Habilitering, rehabilitering og samhandling under læringsutbytte 1 under ferdigheter. Fysioterapeuter jobber med mennesker med varierende grad av fysisk og psykisk sykdom og funksjonsnedsettelse. Fysioterapeuter arbeider også ofte med grupper i alle aldre både som helsefremmende eller rehabiliterende med pasienter og pedagogisk kompetanse er en viktig grunnleggende kompetanse for å mestre denne typen arbeidsoppgaver. Både psykologi og pedagogikk tilpasset fysioterapeuters samfunnsansvar og arbeidsoppgaver anser vi som grunnleggende for en fysioterapeut. Retningslinjene har med kommunikasjon og veiledning i læringsutbyttene, men presiserer ikke kompetanse i psykologi, pedagogikk og kommunikasjon.

Vi har ovenfor beskrevet at retningslinjene mangler beskrivelse av kompetanse innen den diagnostiske prosess og differensialdiagnostikk.

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Nei
- 49. Begrunn svaret
 - Praksisstudiene er hensiktsmessige, men sannsynligvis ikke gjennomførbare sånn som den er beskrevet i retningslinjene. Utdypet begrunnelse kommer i punkt 55.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 4
- 51. Begrunn svaret
 - Når det ikke er en vektning av kompetanseområdene er det vanskelig å gjennomføre utdanningen som en 3-årig bachelorutdanning. Antall LUB er høyt, samtidig som de er generiske. Taksonomien som brukes er tidvis vanskelig å forstå. Begrepet «bred kunnskap» brukes i flere læringsutbyttebeskrivelser uten at det viser hva «bred» innebærer. Et eksempel på dette er kunnskapsområde IV, LUB 2. Bred kunnskap som inkluderer omsorgssvikt, vold, overgrep..... Skal dette være på samme nivå som Kunnskapsområde II LUB 3 «Har bred kunnskap om sykdom, funksjonsendringer og andre kliniske problemstillinger».
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 53. Begrunn svaret
 - Vi er positive til krav om veilederkompetanse men mener at et krav om dette er prematurt. Se begrunnelse på neste spørsmål
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 2
- 55. Begrunn svaret
 - Det nest siste kulepunktet lyder: «Studentene skal erfare tverrprofesjonell samarbeidslæring i reelle og realistiske samarbeidssituasjoner der studenter fra andre utdanninger deltar». Vi er enig i at dette er en viktig kompetanse å ha for fremtidens fysioterapeuter, men er usikre på om det lar seg gjennomføre innen dagens rammer. I retningslinjene er det lagt vekt på hva studentene skal lære og fokus på antall timer undervisning er fraværende. I beskrivelsen av praksisstudiene for fysioterapistudentene er det definert antall uker i praksis. Dette skiller seg fra alt det andre innholdet i retningslinjene. Mengde praksis bør i prinsippet komme som et resultat av hva studentene skal lære i praksis. En bedre måte å presisere det på er å definere hvor mange studiepoeng praksis skal utgjøre. Dette bør derfor synliggjøres bedre i retningslinjene. Utfordringen i dag når det gjelder praksisplasser er tilgangen på relevante og kvalitetssikrede praksisplasser. Spesialisthelsetjenestelovens § 3-5 forplikter kommunene og spesialisthelsetjenesten til å ta del i undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Helse Sør-Øst er tydelig på at det er utfordrende å skaffe praksisplasser. Det viser seg imidlertid svært vanskelig å få kommunene til å påta seg veiledningsoppgaver for studenter. Når det i tillegg stilles krav til veilederkompetanse så mener vi at dette ikke er gjennomførbart. Vi er enige om at det bør stilles krav om veilederkompetanse, men at et absolutt krav om dette er for prematurt.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Retningslinjene mangler til dels faglig terminologi. Vanlige fagbegreper som f.eks. anatomi, fysiologi, bevegelseslære, psykologi og pedagogikk brukes ikke noe sted i retningslinjene. I stedet brukes mindre presise begreper som kroppens struktur og funksjon, veiledning og kommunikasjon. Dette bidrar til å gjøre retningslinjene mindre presise. Disse begrepene kan også

brukes sammen med fagbegrepene, men det bør komme tydelig frem at fysioterapeuter har basiskompetanse i naturvitenskapelige og humanistiske emner.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Helse Stavanger HF
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 7
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 4
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 53. Begrunn svaret
 - Det er ønskelig med tydelig samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisplass om innhold. Veileder skal være fysioterapeut med norsk autorisasjon, og formell veilederkompetanse skal være hovedregel.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 55. Begrunn svaret
 - Krav om veilederkompetanse kan føre til utfordringer mht. nok praksisveildere. Utdanningsinstitusjonene må kunne tilby formell veilederutdanning (nettbasert/gruppesamlinger) til en lav kostnad som kompensasjon for å ha studenter i praksis. Det

bør bli tettere samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksistedene. Dette er spesielt viktig fordi mange praksisplasser er langt vekke fra utdanningsinstitusjonene.

- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Heidi Solvang, Nettverk funksjonshemmede seksualitet og samliv (NFSS)
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Interesseorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Norske Kveners Forbund - Ruijan Kveeniliitto
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret

- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Kompetanse om nasjonale minoriteter mangler.

I det norske samfunnet er det stor mangel på kunnskap om Norges fem nasjonale minoriteter, kvener, skogfinner, tater/romani, rom og jøder. I helse- og sosialfagene er kunnskap og forståelse for nasjonale minoriteters rettigheter, status og utfordringer særdeles viktig. I møte med folkene i det som kan være sårbare situasjoner er det avgjørende med forståelse for kulturene og bakgrunnshistorien med holdninger folkegruppene har blitt utsatt for og også møter i dagens Norge. Norske Kveners Forbund foreslår følgende endringer/tillegg:

Fysioterapeututdanningen

Under Formål

Tilføyelse/ending i 4. avsnitt:

- Nasjonale og internasjonale deklarasjoner, standarder og politiske føringer om menneskerettigheter, høyere utdanning og helsepolitikk, herunder konvensjoner som sikrer det samiske folks, det kvenske folks, norske rom og tater/romani folkets rett til helsetjenester tilrettelagt eget språk og kultur

Merk: Denne retten er i hht til Minoritetsspråkpakten og FNs konvensjon om sosiale og politiske rettigheter

Under II. SAMFUNN OG POLITIKK, Kunnskap

Nytt punkt:

Har kunnskap om og forståelse for de nasjonale minoritetenes status og rettigheter med assimileringshistoriene som bakgrunn.

Under V. ETIKK OG KULTURFORSTÅELSE, Kunnskap

Tilføyelse i punkt 3.:

3. Har kunnskap om samiske pasienters og nasjonale minoriteters språklige og kulturelle bakgrunn

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Asker kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 42. Begrunn svaret
 - o Retningslinjen oppleves som ikke konkret nok i forhold til hva/hvordan kjernekompetansen skal utformes/ivaretas fremover
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 44. Begrunn svaret
 - o Retningslinjene oppleves som litt for generelle. Gir imidlertid rom for å tilpasse undervisningen etter behov
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 7
- 46. Begrunn svaret
 - o Retningslinjen gir rom for å tilpasse undervisningen etter nåværende og fremtidig behov.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Relevante kompetanseområder, men blir for generell. Ikke konkret nok på kjernekompetanse.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Ja
- 49. Begrunn svaret
 - o Viktig at veileder er fysioterapeut (m/veilederkompetanse) gjennom alle praksisperiodene.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 4
- 51. Begrunn svaret
 - o Vurderer at det langt på vei at omfanget er gjennomførbart, så lenge det konkretiseres tilstrekkelig.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 53. Begrunn svaret
 - o Vet ikke hvor forslaget kommer fra og hvordan det er begrunnet. Besitter ikke kunnskap til å vurdere det.

- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
 - Vanskelig å vurdere da vi ikke sitter på kunnskap om hvor vanskelig det er å finne praksisplasser. Inntrykket vårt er at det er utfordringer med å finne nok turnusplasser.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Fagforening
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Urszula Jadcak, styremedlem i NSF for hygiesykepleier
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Bioingeniørutdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Forslag til kapittel om folkehelsearbeid:
 - kunnskap - Har kunnskap om basale smittevernrutiner

- ferdigheter - Kan anvende faglig kunnskap for å etterleve basale smittevernrutiner
- generell kompetanse - Kan forebygge helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI)
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Kristiansand kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 42. Begrunn svaret
 - o Generelt fremstår retningslinjen dekkende og oversiktlig.
Kunnskap om kulturelle og politiske forhold kunne med fordelt vært formulert tydeligere krav om kunnskap om (ikke bare som noe en «har ferdighet til å reflektere over» som det står i retningslinjen)
Det som fremkommer under pkt. V mener vi er for vagt formulert.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 44. Begrunn svaret
 - o Det savnes noe fokus på fysioterapeutens viktige rolle i å se sammenhengen mellom psykisk helse, kropp og fysisk helse/mestring. Burde ha et mål om mer kunnskap om dette.
Tydeligere kunnskapskrav til fysioterapi til barn og unge
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 5
- 46. Begrunn svaret
 - o Det er vanskelig å vurdere da det kan synes som motstridende målsetninger, men det synes som dette er balansert da det er lokalt tilpasningsmuligheter innenfor hvert av kunnskapsområdene.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Savner beskrivelser av hvordan utdanningen skal ha kunnskap på områder som ligger som felles læringsutbytter i forskrift § 2 – spesielt fokus på barn og unge.
Generelt er tilbakemeldingen fra nyutdannede at de har lite kunnskap om fysioterapi til barn og

unge, og om fysioterapeutens rolle inn i helsestasjon og skole. Det er mest fokus på rehabilitering og voksne. Nyutdannede opplever utrygghet når de kommer ut i jobb med barn.

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 53. Begrunn svaret
 - Praksis er sentralt i utdanningen og vi støtter at det legges opp til at antall uker mellom primærhelse- og spesialisthelsetjenesten er fordelt likt, men vil presisere at disse bør utgjøre mer enn 7 uker pr sted i praksis.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 55. Begrunn svaret
 - Det er veldig positivt at det stilles tydelig krav til erfaring i tverrprofesjonelt samarbeid og at det skal legges til rette for tverrfaglig praksis med andre fagprofesjoner. Det innebærer et stort koordineringsbehov på tvers av og mellom utdanningsinstitusjonene og praksissteder.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Se felles høringsinnspill for alle retningslinjene under innspill til retningslinje for barnevernspedagog

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Interesseorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Exercise is Medicine Norge
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 42. Begrunn svaret
 - Vi får en stadig eldre befolkning, og med dette er det behov for å forebygge og behandle flere med livsstilssykdommer. Utkastet tar for seg behovet for fokus på aktivitet i læreplanen, det er meget bra.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 44. Begrunn svaret
 - Brukerne har behov for økt kompetanse innen aktivitet/fysisk aktivitet, slik at de får en best mulig innsikt i de positive effektene som fysisk aktivitet har innen forebygging og behandling av en rekke sykdommer og lidelser.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 5
- 46. Begrunn svaret
 - Med bakgrunn i samfunnsutviklingen med stadig flere med livsstilsrelaterte sykdommer, med tilhørende kostnader, så bør den nasjonale styringen være sterk.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Høringen er et overordnet dokument, og vi vet ikke hva som vil gjøres i praksis, ikke minst innen temaet fysisk aktivitet og helse. Fokuset på fysisk aktivitet som forebygging og intervensjon må være sterkt.

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
 - Planlagt gjennomføring ser adekvat ut.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 3
- 51. Begrunn svaret
 - Gjennomføring av teoretisk og praktisk opplæring ser ut til å være mulig innen tidsrammen.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 53. Begrunn svaret
 - Pasientpopulasjonen i kommune og spesialisthelsetjeneste kan være meget forskjellig. I kommunal praksis er det ofte mange pasienter med kroniske lidelser som må behandles over tid (flere år), mens i spesialisthelsetjenesten er det oftere pasienter med noe enklere problemstillinger og kortere behandlingsforløp. Således er det nødvendig med erfaring fra begge type tjenester.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 55. Begrunn svaret
 - Dette bør være gjennomførbart, men det må da legges opp til praksis innen begge disse områdene. Utdanningsansvarlig/lærested må etablere gode relasjoner til praksissteder som holder en høy standard med vektlegging på forskningsbaserte behandlingsalgoritmer.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Verdens Helseorganisasjon (WHO) estimerer at i 2020 vil 70 % av all sykdom ha sin bakgrunn i livsstilssykdommer (ref.). Det er estimert at fysisk inaktivitet årlig forårsaker 5.3 millioner premature dødsfall i verden. Fysisk inaktivitet er en av de viktigste risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, metabolsk syndrom, overvekt, muskel- og skjelettsykdommer. Norge har sluttet seg til WHO sitt mål om 25 % reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) innen 2025, og Norge har utarbeidet en egen NCD strategi. Dette innebærer bl.a. at forekomsten av høyt blodtrykk skal reduseres med 25 % og andelen fysisk inaktive skal reduseres med 10 %.
Regelmessig fysisk aktivitet (FA) har en betydelig helsefremmende og sykdomsforebyggende effekt. Det er i økende grad dokumentasjon for at FA også kan benyttes som et selvstendig terapeutisk tiltak i behandling av en rekke sykdommer. I tillegg til de positive effektene som FA har på sykdomsgruppene nevnt over, reduserer regelmessig FA risikoen for å få en kreftdiagnose med 20-40 %, og best dokumentert effekt er det i forhold til tykktarmskreft, brystkreft, prostata-, eggstokk- og livmorhalskreft. FA øker dessuten sjansen for overlevelse med 50-60 % etter at man har fått brystkreft eller tykktarmskreft. FA har også store positive effekter på psykiske lidelser.
I 2015 publiserte Helsedirektoratet en rapport som viser at kun 32% av Norges voksne befolkning innfrir helsemyndighetenes anbefalinger om 150 minutter fysisk aktivitet i uken, og at vi er stillesittende 9,1 timer i den våkne delen av døgnet. Det har dessverre vist seg at det er en lang vei å gå fra vitenskapelig dokumentasjon til aktivt bruk av FA som behandlingsform i helsevesenet. Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 har medført bl.a. at flere pasienter skal behandles i primærhelsetjenesten, dvs en overføring av store deler av behandlingsansvaret formelt og i praksis fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Noen av målene med reformen har vært å øke forebyggingen fremfor å «reparere», tidlig innsats fremfor sen innsats, og å få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen. Samtidig skulle det også utvikles flere tilbud til dem som ønsker hjelp for å legge om til sunnere levevaner (økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og røykeslutt) for å

redusere risiko for sykdom og død. 82 % av Norges befolkning er innom fastlegen i løpet av ett år. Helsetjenesten må således anses som en viktig arena for å nå og gi råd til befolkningen om de helsefremmende effektene av fysisk aktivitet.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - St. Olavs hospital
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 42. Begrunn svaret
 - Akuttkompetansen er fraværende.
Fysioterapeuter både i 1. og 2. linjetjenesten utreder, undersøker og behandler pasienter med komplekse og sammensatte problemstillinger etter skade, operasjon eller akutt sykdom i akutt/tidlig fase.
Alle aspekter ved fysioterapifaglig basiskompetanse må derfor vektes enda sterkere, bl. a. anatomi, biomekanikk, fysiologi, patologi.
Problemstillingene som fysioterapeuter på begge nivå møter er sammenfallende fordi pasienter skrives ut tidlig og har samme utfordringer på dag 3 i spesialisthelsetjenesten som på dag 5 etter utskrivelse til kommunehelsetjenesten. Dette forutsetter gode overføringer og samhandlingskompetanse.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 44. Begrunn svaret
 - Brukerne forventer å møte en yrkesutøver med bred faglig basiskompetanse, inklusive akuttfasen, og annen oppdatert kunnskap, som er trygg og selvstendig nok i sin fagutøvelse til å utfordre og ivareta brukeren slik at behandlingsutbyttet får høy kvalitet.
I tillegg forventes at yrkesutøver viser empati, situasjonsforståelse, gir samvalgsmuligheter og har gode kommunikasjonsferdigheter.
Det er ønskelig med større vektlegging av metoder for å styrke brukerne (empowerment), samt fokus på et likeverdig samarbeidsforhold mellom brukere og fysioterapeuter.
 - Øvelse på mestringsorienterte samtaler og løsningsorientert coaching for å styrke bruker og pårørende
 - Økt fokus på brukerstyrte målsettinger og samvalg (« shared decision making»)
 - Økt kunnskap om pasient- og pårørendeopplæring (Lærings- og mestringskurs).
 - Det er ønskelig med økt fokus på trening i å anvende evidensbasert kunnskap i praksis.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivare tatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 3
- 46. Begrunn svaret
 - Spørsmålet er todelt og vanskelig å besvare på en skala.
Utdanningenes behov for autonomi er i meget stor grad ivare tatt (score 8), i mindre grad nasjonal standardisering (score 3).
Det savnes større nasjonal standardisering – ettersom den store frihetsgraden med utforming av studiet lokalt kan skape store forskjeller på hva som vektlegges. Det kan medføre at tjenestenes framtidige valg av jobbsøkere vil påvirkes av hvilken utdanningsinstitusjon kandidaten kommer fra.
Beskrivelsen av studiet bør være presis. Vi mener at det bør være lik vektning av fagene på nasjonalt nivå når det gjelder studiepoeng og timetall. Det bør være mer av basisfagene som anatomi, fysiologi, biomekanikk, undersøkelse og behandling. Fysioterapifagene «drukner» i «må og bør» -fagene. Vi synes også det slår feil ut, altså virker stigmatiserende, at kun deler av en befolkning (samer) vektlegges spesielt i læreplan uten å inkludere alle minoriteter.
Det må være en enhetlig retningslinje for vurdering av skikkethet for alle utdanningene. Det må også være retningslinjer for formidling av nødvendig informasjon mellom utdanningene og praksissted for å kunne ivareta studentens behov for tilrettelegging i praksis.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - - Beslutningskompetanse
 - Mestringskompetanse (Læring og mestring, inkl. helsepedagogikk)

- Akutt behandling
- Intensivavdelinger

Det må være større fokus på behandling av akutt syke pasienter og ustabile pasienter. Det må gis økt kunnskap om lungefysioterapi under utdanningen. Lungefysioterapi er mer enn «aktiv sykdom». Alle faglige aspekter ved behandling av intensivpasienter må ivaretas.

Studenten må få tilegne seg bred kunnskap om «verktøykasser» innenfor alle fagområder og ha evne til å vurdere, velge og anvende denne for å gi relevant behandling (beslutningskompetanse).

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Ja
- 49. Begrunn svaret
 - o Ja, men se også svaret pkt)53

Praksis er en viktig del av studiet og praksisnær undervisning må startes tidlig. Observasjonspraksis, punktpraksis, simulering og ferdighetstrening (hands-on) i reelle situasjoner på pasienter vil være viktig som praksisforberedende tiltak og gir mer fullverdig utbytte av praksis i spesialisthelsetjenesten.

Det er nødvendig å sikre at studentene får tidlig pasientkontakt og kjennskap til behandlingsforløp med ulik alvorlighetsgrad. Studentene må forstå at fysioterapi er noe mer og annet enn frisktrening.

Det støttes at praksisperioden i spesialisthelsetjenesten blir obligatorisk og legges til siste del av studiet.

Det er viktig at fysioterapistudentene settes i stand til å se helheter, vurdere i hvilken kontekst pasienten skal fungere i og velge behandling/tiltak basert på dette.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 3
- 51. Begrunn svaret
 - o Omfanget av retningslinjen er for omfattende til et 3-årig studium på bachelornivå. Det blir viktig at det blir felles vekting og nok omfang av fysioterapiens kjerneområder som er å undersøke, vurdere, behandle og habilite/rehabilite pasienter. Støttefag er viktige, men må tilpasses og evt. reduseres hvis omfanget er for stort.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 53. Begrunn svaret
 - o I henhold til foreslått retningslinje er det foreslått 7 uker praksis, mens vi anbefaler utvidelse til 9 uker for å sikre nødvendig opplæring og kvalitet i praksis. Veileder må være fysioterapeut i alle praksisbolker.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 55. Begrunn svaret
 - o Det kan være ønskelig med formell veilederkompetanse, men det er urealistisk på kort sikt. Det tar tid å bygge opp formell veilederkompetanse og det vil alltid være turnover i arbeidsstokken. Derimot vil det tilstrebes at erfarne klinikere får veiledningskompetanse.

Det er ønskelig at studenten stiller forberedt til aktuell praksisperiode når det gjelder sykdomslære og relevant fysioterapifaglig verktøy.

- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Det må stilles overordnet krav til utdanningsinstitusjoner at undervisningspersonell har kunnskap om og oppdatert erfaring fra praksisfeltene. I spesialisthelsetjenesten kan dette sikres gjennom f. eks. kombinerte stillinger.

Kunnskap om smittevern og håndhygiene er basiskunnskap for fysioterapeuter og må inngå i teoretisk og praktisk undervisning. I tillegg må man kunne vite hvor man kan oppsøke kompetanse ved smittefare. Forskning viser at fysioterapeuter og andre helsearbeidere som har tjeneste på flere steder er potensielle smittebærere.

Om kunnskapsområdene:

Kunnskapsområde I endres til Kropp(soma, psyke og kognitiv funksjon), bevegelse, funksjon og mestring

Kunnskap:

Pkt.1.: føy til: har bred kunnskap om kroppens struktur (anatomi, fysiologi, biomekanikk, patologi), funksjon, og utvikling som forutsetning for helse, aktivitet, deltakelse og mestring

nytt pkt.5: har kunnskap om kognitive prosesser som forutsetning for helse, aktivitet, deltakelse og mestring

Kunnskapsområde II

Endre tittel til undersøkelse, vurdering, tiltak og mestring

Ferdigheter:

Pkt. 1: kan anvende, tilpasse og velge relevante undersøkelser

Nytt pkt. 2: Kan anvende og tilpasse relevante metoder i behandling og trening som medisin

Pkt. 7: kan beherske instruksjon, veiledning i undersøkelse og behandling og legge til rette for aktiv medvirkning fra pasienten der det er mulig

Kunnskapsområde III må ha en annen ordlyd:

Akutt behandling, habilitering, rehabilitering og samhandling

Ferdigheter:

Pkt. 3 flyttes til pkt.1

Generell kompetanse:

Pkt.1:Kan planlegge og gjennomføre akutt behandling, habiliterings-/rehabiliteringsprosesser i samarbeid med.....

Kunnskapsområde IV. Folkehelsearbeid:

Pkt. 5: må deles i 2 punkter: «kjenner til betydningen av kosthold og ernæring i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid «og et nytt punkt «ha kunnskap om smittevern og hygiene i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid».

Kunnskapsområde V: Etikk og kulturforståelse:

Kunnskap:

Pkt. 3: har kunnskap om minoriteters inkludert samiske pasienters.....

Kunnskap, kvalitetssikring og innovasjon

Generell kompetanse:

Pkt.3: kan planlegge, gjennomføre, evaluere og lede kvalitetsforbedrende arbeidsprosesser

Studentmobilitet versus lokal styring: Hvordan vil forskjellige lokale forhold få konsekvens når student skal bytte utdanningssted? Hva med lokal vurdering av sluttkompetansen?

Evaluering ligger til institusjoner – det må presiseres hvordan det skal sikres likt nivå i evaluering

Enhetlig vektning av LUBør nasjonalt for å unngå at det kan bli for stor differanse mellom utdanningssteder. Retningslinjene bør beskrive vurderingsform, for eksempel for å sikre en avsluttende klinisk eksamen ved alle utdanningene, samt å ha bacheloroppgave

Rammeplan må synliggjøre avgrensning mot andre yrkesgrupper som jobber innen samme fagfelt (tydelig rollebeskrivelse).

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Arbeids- og velferdsdirektoratet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 42. Begrunn svaret
 - o Kandidatene skal ha kunnskap om helse- og sosialpolitiske prioriteringer mv., og kunne anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, veiledere mv., samt kjenne utviklingstrekk i samfunnet med betydning for organisering av helsevesenet og utøvelse av fysioterapi. De skal også kunne bidra til god folkehelse, sosial inkludering og arbeidsinkludering i møte med enkeltpersoner og grupper i samfunnet.

Vi foreslår for det første at sammenhenger mellom arbeid og helse og hvordan helse kan styrkes gjennom arbeid blir mer

eksplisitt fremfor en generell formulering på området Folkehelsearbeid (IV).

For det andre bør man ha en LUB under ferdigheter på Folkehelseområdet om å anvende ulike kartleggings- og intervensjonsmetoder for tilrettelegging og inkludering i arbeidslivet.

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 44. Begrunn svaret
 - o Deltakelse i arbeidslivet er et viktig behov for mange brukere, og burde vært mer tydelig utformet i LUBene, særlig på ferdigheter.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o Vet ikke
- 46. Begrunn svaret
 - o Ingen forutsetninger for å vurdere dette.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Se over.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
 - o Ingen forutsetninger for å vurdere dette.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
 - o Ingen forutsetninger for å vurdere dette.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 53. Begrunn svaret
 - o Det er svært viktig at alle utdannede fysioterapeuter i Norge har kunnskap om og erfaring fra praksis i offentlige helsetjenester. I utgangspunktet er 7 av 30 uker et beskjedent krav og vi anbefaler at man vurderer å øke denne andelen. Vi er helt enig i at det er ønskelig at det stilles krav til innhold og veilederkompetanse under praksisstudier.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
 - o Det er vanskelig for oss å vurdere dette.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Nei.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Private sykehus
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Lovisenberg Diakonale Sykehus
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 44. Begrunn svaret

- Det er satt av for mye tid til folkehelseperspektivet. Det er viktig men i en profesjonsutdanning bør det være mest fokus på grunnleggende fysioterapi, patologi og funksjon. Svaner mer psykososialt fokus og palliasjon.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Savner mer psykiatri. Fokus på at vi er helsepersonell som arbeider med patologiske tilstander. Undrer oss over hvorfor "livreddende førstehjelp" er tatt med så eksplisitt. Det skal med men trenger ikke stå her.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
 - Folkehelseperspektivet er omfattende i forhold til grunnutdanning.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 53. Begrunn svaret
 - I praksisperiodene av lengre varighet på noen uker, må veileder være fysioterapeut. Overordnet krav! Veiledningskompetanse er viktig, men må kunne fravikes eller blir det problemer med praksisplasser.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 55. Begrunn svaret
 - Er det realistisk at alle studenter skal møte brukere i alle aldersgrupper gjennom studiet?
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Det er ønskelig at turnus blir inkludert i utdanningen, men da må utdanningen forlenges. Ad. Etikk og forståelse; viktig at studentene i tillegg til samiske pasienter har kunnskap om hva det betyr generelt å ha en annen språklig og kulturell bakgrunn enn majoriteten. Viktig at klinikkexamen opprettholdes.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Annet
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp - Selvhjelp Norge
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'

- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Fagforening
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 42. Begrunn svaret
 - o Gjennom de siste årene har fysioterapeuter gradvis blitt pålagt et stadig stigende ansvar for at den tjenesten som leveres er nødvendig, faglig forsvarlig og effektiv. Arbeidspresset på helsepersonell, som tradisjonelt har henvist til fysioterapi, er i dag så stort at det er mest hensiktsmessig at innbyggerne kan henvende seg direkte til fysioterapeut for å få helsehjelp som delvis finansieres av stat og kommune. Derfor har fysioterapitjenesten i dag behov for utøvere som i mange henseender jobber selvstendig gjennom hele behandlingsforløpet.

Grunnutdanningen som fysioterapeut har i utgangspunktet vært basert på at pasienter som mottas er henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut. Fysioterapeuten har dermed ikke hatt ansvar for å stille diagnose, herunder å vurdere differensialdiagnostiske muligheter. Fra 01.01.2018 falt kravet om henvisning bort dersom behandlingen skulle utløse refusjon fra HELFO.

Fysioterapeutens rolle som helsepersonell har således i de siste årene utviklet seg fra være en tjeneste som det henvises til etter at sykdom eller skade har oppstått og er utredet, til å være en tjeneste som har ansvar for hele behandlingsforløpet inkludert å avdekke årsak og følger av sykdom og skade, vurdere kontraindikasjoner og iverksette relevante tiltak.

Det er således nødvendig at nyutdannede fysioterapeuter i dag og i fremtiden har nødvendig kompetanse for å møte det ansvaret som tjenesten i dag medfører. Utdanningen til fysioterapeut bør gjenspeile denne situasjonen.

PFF mener at retningslinjen på en bedre måte bør avspeile de nevnte forholdene og ta nødvendige grep i forhold til utdanningens innhold, spesielt når det gjelder diagnostisering.

PFF viser til II. UNDERSØKELSE, VURDERING OG TILTAK. Under ferdigheter punkt 6. er det satt opp et krav om å kunne beherske livreddende førstehjelp. Dette er en svært konkret ferdighet i motsetning til øvrige punkter under denne delen som mer er av sosial / mental karakter. PFF savner her mer konkrete krav til ferdigheter og tiltak når det gjelder undersøkelse, diagnostisering og behandling av mennesker med funksjonsproblemer, plager og sykdommer, herunder å identifisere årsakene til disse og iverksetting av relevante tiltak. PFF mener dette kunne vært bedre presisert i retningslinjen.

Det er også et faktum at et stigende antall nyutdannede fysioterapeuter etablerer seg som næringsdrivende uten driftsavtale pga. mangel på ledige stillinger/hjemler. Dette krever at en nyutdannet fysioterapeut på egen hånd innehar nødvendig kompetanse til å håndtere den næringsdriften som er en nødvendig basis for en god faglig tjeneste. PFF anser det derfor som formålstjenlig at retningslinjene i tillegg under VI. KUNNSKAP, KVALITETSSIKRING OG INNOVASJON suppleres med kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse om etablering og drift av selvstendig næringsvirksomhet som fysioterapeut.

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 2
- 44. Begrunn svaret
 - o Mange brukere av fysioterapitjenester har skader/plager som ikke er av en slik alvorlighetsgrad at de er direkte livstruende eller har potensiale til å føre til varige mén. Det er likevel plager som i stor grad påvirker livskvaliteten og funksjonsevnen, og som ubehandlet over tid kan medføre nedsatt funksjonsevne. Fysioterapi er den helsetjenesten som på et primært nivå best håndterer disse problemstillingene på en kostnadseffektiv måte. Det er derfor nødvendig for brukerne at fysioterapitjeneste

er tilgjengelig og har en god faglig basis.

Med dagens organisering av fysioterapitjenesten der befolkningen kan oppsøke fysioterapeut direkte, antar PFF at pasienten har en forventning om at fysioterapeuten kan foreta en selvstendig faglig tilfredsstillende undersøkelse og diagnostisering som skal danne grunnlag for utarbeidelse og gjennomføring av et relevant behandlingsopplegg evt. at pasienten henvises til annet helsepersonell / samarbeidspartner.

Under henvisning til besvarelsen av 41) mener PFF at retningslinjen er for lite konkret til å sikre oppfyllelsen av dette formålet, og at utdanningen bør være av lenger varighet og på et høyere nivå.

- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 8
- 46. Begrunn svaret
 - o PFF har konstatert at det er stor variasjon i ferdighetsnivået hos nyutdannede fysioterapeuter fra forskjellige utdanningsinstitusjoner enten disse finnes i Norge eller andre land. Dette har naturligvis sammenheng med hva den enkelte utdanningsinstitusjon har prioritert av læringsmål i undervisningen/utdannelsen.

Med nok så generelle retningslinjer legges det opp til at kompetansen til nyutdannede fysioterapeuter kan bli svært forskjellig ettersom på hvilket utdanningssted vedkommende har ervervet den.

PFF mener det er hensiktsmessig med en mer spesifikk nasjonal standardisering for å oppnå et «jevnere» kompetansenivå på nyutdannede fysioterapeuter.

- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Det vises til begrunnelsen under punkt 41) , 43) og 46) der PFF påpeker behov for en mer konkret beskrivelse av kompetansen når det gjelder næringsdrift, diagnostisering og behandlingsferdigheter.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
 - o PFF mener at beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksisfeltet er hensiktsmessig, men at den kunne inneholdt en mer konkret angivelse av innholdet i praksisperiodene i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Spesielt savnes en angivelse av omfanget av praksis som næringsdrivende fysioterapeut i kommunehelsetjenesten. Om praksis innen dette og andre felt er gjennomførbart avhenger av at det etableres tilfredsstillende rammebetingelser for praksisstedene. Spesielt har dette vært lite tilfredsstillende hittil når det gjelder praksis som næringsdrivende fysioterapeut. Videre vil det være viktig med et tett samarbeid med undervisningsstedet og praksisstedet om det faglige innholdet av praksisen. Denne bør inneholde elementer både av fysioterapifaglig og administrativ karakter. Det bør også legges vekt på at det klientellet kandidaten presenteres for er utvalgt slik at det er typisk for de problemstillingene som forekommer hos en privatpraktiserende fysioterapeut. Det er nødvendig med et tett samarbeid mellom utdanningsstedet og praksisveilederen slik at det etableres en gjensidig forståelse av hvilke problemstillinger som bør vektlegges i praksisperiodene(e).

Gjennomførbarheten vil naturligvis avhenge at det utdannes et tilstrekkelig antall veiledere og at det stilles tilstrekkelige ressurser til disposisjon slik at det ikke, som i dag, er en økonomisk belastning å være veileder i privat praksis.

- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 5
- 51. Begrunn svaret
 - o PFF mener at den foreslåtte retningslinjen ikke er gjennomførbart innen en tidsramme på 3 år (6 semestre). Spesielt med henblikk på at retningslinjen skal gjelde mange år fremover, og først får full virkning i praksis i 2023 når studenter som startet ved retningslinjens ikrafttreden er ferdigutdannet. Allerede i dagens situasjon synes en tidsramme på 3 år å være for kort til å imøtekomme de økte og økende kravene til kompetanse som over tid har utviklet seg gjennom endringer i lover, forskrifter, regelverk og i praksisfeltet. PFF mener at retningslinjens omfang skal beholdes og presiseres på en bedre måte, mens tidsrammen og utdanningsnivået skal økes.

PFF mener således det er nødvendig med en 5-årig utdanning på masternivå for å imøtekomme dagens og fremtidens kompetansekrav som tjenesten har behov for.

Å implementere økte krav til kunnskap, ferdigheter og kompetanse innen samme tidsramme som i dagens situasjon fremstår som lite fremtidsrettet.

- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 53. Begrunn svaret
 - PFF anser det som både ønskelig og nødvendig med praktisk tjeneste innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og at det er krav til innholdet i denne tjenesten.
Når det gjelder praksisperioden innen kommunehelsetjenesten er det nødvendig at denne koordineres mellom de forskjellige arenaene den foregår på, slik at det sikres at kandidaten når de læringsmålene som er relevante i denne sammenheng.
Spesielt at kandidaten erverver tilstrekkelig erfaring med drift av privat praksis som næringsdrivende.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 55. Begrunn svaret
 - PFF anser dette som gjennomførbart under forutsetning av at det igangsettes tiltak i forhold til å utdanne veiledere som kan være klare når behovet melder seg. Det vil spesielt være nødvendig med ordninger for veiledere i privat praksis som gir dem en økonomisk tilfredsstillende kompensasjon for nødvendig tidsbruk i forbindelse med denne oppgaven. Næringsdrivende fysioterapeuter har stor motivasjon til å medvirke som veiledere og tilby praksisplasser. Videre er det naturligvis en forutsetning at også utdanningsstedene tildeles nødvendige ressurser til å planlegge og gjennomføre tiltaket.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Under formålet med fysioterapistudiet fremkommer det at dette skal være i samsvar med Norsk Fysioterapiforbunds yrkesetiske retningslinjer.

Norsk Fysioterapiforbunds yrkesetiske retningslinjer omhandler forhold til pasienter, kolleger og samarbeidspartnere i tillegg til markedsføring, fagutvikling, faglig forsvarlighet, forskning og informasjon.

Det er bare en beskjeden del av det som fremkommer i disse retningslinjene som ikke er fastsatt i lover, forskrifter og gjeldende regelverk for øvrig, og som har relevans i en utdanningssituasjon. Retningslinjen inneholder allerede et kunnskapsområde (V. Etikk og kulturforståelse) som bør omfatte blant annet de momentene av relevans som fremkommer i et bestemt fagforbunds yrkesetiske retningslinjer.

Retningslinjen bør være en objektiv norm og ikke koplet opp mot bestemte yrkesorganisasjoners virksomhet.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Fagforening
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Norsk Resuscitasjonsråd (NRR), - Den Norske Legeforening
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - For fysioterapistudiet er det spesifisert under Ferdigheter punkt 6 at studenten "Kan beherske livreddende førstehjelp". Vi mener dette punktet bør utdypes for å sikre enhetlig forståelse av hva dette er og hvordan opplæringen bør fokuseres /

struktureres.

Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) mener at alt helsepersonell som omgås pasienter må ha fått opplæring i HLR med bruk av hjertestarter, f.eks via NRR sitt HHLR-kurs eller Norsk Grunnkurs i Førstehjelp fra Norsk Førstehjelpsråd. NRR er et fagråd under Den Norske Legeforening i medisinskfaglige spørsmål relatert til gjenoppliving av nyfødte, barn og voksne. Utover tilknytningen til Legeforeningen er NRR en non-profit organisasjon som aktivt jobber med implementering av kunnskap og ferdigheter innen hjerte-lungeredning med bruk av hjertestarter til både legfolk og helsepersonell. NRR driver et utstrakt sertifiseringsarbeid via våre kurskonsept HHLR, DHLR og AHLR både i og utenfor helsetjenesten. NRR er representert i Norsk Førstehjelpsråd sitt styre.

En del helsefagsutdanninger har så langt kun fokusert på basal HLR, dvs. brystkompresjoner og innblåsninger/ventilasjoner. Det er et uttalt mål i den nasjonale dugnaden «Sammen redder vi liv» at flere starter HLR ved tvil om hjertestans samt at bruk av tilgjengelig hjertestarter økes. Tall fra Norsk Hjertestansregister for 2017 viser at hjertestarter i gjennomsnitt var tilkoblet hos 13% av de med hjertestans utenfor sykehus før ambulanse kom frem. En enkel måte å øke denne bruken på vil være å innføre opplæring i alle helsefagsutdanninger. For å senke terskelen for å utføre HLR og bruke en hjertestarter er det viktig at helsepersonell har trent på dette på forhånd gjennom kurs med fokus på praktiske ferdigheter (f.eks NRR sitt HLR for Helsepersonell (HHLR) kurs eller DHLR kurs).

I faktagrunnlaget for «Sammen redder vi liv» dugnaden er følgende vedtatte læringsmål for befolkning og akutthjelpere spesielt viktige for helsepersonell, som bør hensyntas i grunnopplæringen:

- Førstehjelperen skal kunne gi fri luftvei med hakeløft
- Førstehjelperen skal kunne legge en person i stabilt sideleie
- Førstehjelperen skal kunne forsøke å fjerne fremmedlegeme i luftveiene hos våkne barn eller voksen som ikke klarer dette selv, med bruk av slag mellom skulderbladene og Heimlich manøver.
- Førstehjelperen skal ved undersøkelse av bevisstløs pasient kunne gjenkjenne unormalt pustemønster etter luftvei er åpnet.
- Førstehjelperen skal kunne gi basal hjerte-lungeredning 30:2 av god kvalitet under veiledning fra 113 i minst 10 minutter.
- Førstehjelperen skal kunne bruke en hjertestarter (AED) uten bistand fra 113.

Disse læringsmålene er godt oppfylt i NRR sine HHLR kurs og DHLR kurs (begge 3-4 timers kurs) eller Norsk Grunnkurs i Førstehjelp fra Norsk Førstehjelpsråd. Det er også et bredt nettverk av NRR godkjente instruktører i helseforetakene og i grunnutdanningene som kan gjennomføre opplæring, og en del helsefagsutdanninger bruker allerede kurskonseptene aktivt.

For læringmålene under «Ferdigheter» foreslår vi at gjeldende tekst kan erstattes med:

«Kan utøve livreddende førstehjelp herunder kunne gi fri luftvei, utføre Heimlich manøver ved fremmedlegeme i luftveiene, legge i sideleie, gjenkjenne hjertestans, utøve basal hjerte-lungeredning og kunne bruke en hjertestarter (HHLR). Kan stanse

store blødninger. Kan gjennomføre en strukturert ABCDE undersøkelse. Opplæringen bør gjennomføres på nivå med de kravene som er satt i HHLR kurset til Norsk Resuscitasjonsråd eller Norsk Grunnkurs i Førstehjelp fra Norsk Førstehjelpråd»

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 53. Begrunn svaret
 - o Det vil for pasienter alltid være bra at ferdigutdannet helsepersonell har gjennomført en praksisperiode som i størst mulig grad har forberedt de på virkeligheten de vil møte og at dette er gjort under strukturert veiledning.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o NRR har ikke kompetanse til å uttale seg om andre aspekter av utdanningen til fysioterapeut og har i vårt høringssvar i hovedsak fokusert på det vi mener er viktig for at fremtidige fysioterapeuter skal kunne gi god førstehjelp i en akuttmedisinsk situasjon om denne oppstår på jobb eller i privatlivet.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Brukerorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Unge funksjonshemmede
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 44. Begrunn svaret
 - o Unge funksjonshemmede er svært positive til utkast til retningslinjer for fysioterapiutdanningen. Allikevel savner vi omtale av ungdomshelse og ungdom som særskilt gruppe i helsevesenet.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o Vet ikke
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Helsevesenet er byråkratisk innordnet i barne- og voksenavdelinger, og den alderen på den fysiske kroppen er det som bestemmer hvilken avdeling en tilhører. På samme måte som andre aldersgrupper opplever også ungdom kronisk sykdom, funksjonsnedsettelse og psykiske helseplager. Det er derfor viktig at man ser det generelle sykdomsbildet i et ungdomshelseperspektiv. Ungdomsmedisin er ikke et etablert fagfelt i Norge, og det er et begrenset fokus på fagområdet ungdomshelse. Det finnes per i dag ingen offentlig institusjon, enhet eller tjeneste som har til formål å samle kompetansen på ungdomsmedisin og helsetjenester for ungdom. Dette mener vi er svært uheldig, og bidrar til at unge mennesker ikke mottar et helsetilbud som svarer på deres behov.

Når Unge funksjonshemmede snakker om at ungdomshelse er viktig, så er det fordi ungdom befinner seg i en unik livssituasjon som gjør at de har behov som skiller seg fra behovene til barn og voksne. Ungdomstiden kjennetegnes av overganger og brytninger på veien til å bli voksen. Man befinner seg i en spesiell livsfase hvor det er forventet at man skal klare mye selv, samtidig mangler man livserfaringen og systemkompetansen mange voksne pasienter har. I overgangen fra barn til voksen må ungdom med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom lære å ta ansvar for egen helse. I denne fasen er det avgjørende at man møter et helsevesen som forstår en og evner å tilrettelegge for ens unike behov.

Erfaringene man gjør seg som ung farger hvordan man tilnærmer seg verden i voksen alder. Det er derfor viktig at ungdom får et godt inntrykk av helsevesenet fra første stund. Helsepersonell som skal jobbe med ungdom må kunne se hele mennesket, og alle de komplekse tanker og behov ungdom har. De må kunne prate med ungdom om fremtiden, seksualitet, og psykisk- og somatisk helse, og vite at alt dette henger sammen.

Vi savner også omtale av seksuell helse som en del av utdanningen. Seksuell helse handler om grensesetting, identitet og seksualitet. Det utgjør en naturlig del av menneskers liv, og ungdom befinner seg i en livsfase hvor deres forhold til egen kropp og seksualitet er under utvikling. Helsepersonell som jobber med ungdom må kunne snakke åpent med ungdom om dette, og besvare deres spørsmål. Unge funksjonshemmede mener derfor dette må inn i utdanningen.

Unge funksjonshemmede vet at det er helsepersonell der ute som brenner for å gi ungdom et bedre tilpasset tilbud. Vi vet også at dette er et pågående arbeid ved flere helseforetak. Allikevel er det en bekymring at ungdom fortsatt opplever å møte et helsevesen som ikke anerkjenner ungdomshelse som et selvstendig fagfelt. Vi mener at for å sikre ungdomsvennlige helsetjenester i fremtiden, vil det være avgjørende at ungdomshelse omtales særskilt i retningslinjene. For helsepersonell vil

dette også bidra til å forberede dem bedre på den arbeidshverdagen som venter dem. Ungdom utgjør en betydelig del av pasient- og brukergruppen av helsevesenet. Derfor er det viktig å inkludere deres perspektiv og behov i utdanningen.

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Interesseorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Norsk Førstehjelpsråd
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 44. Begrunn svaret
 - Kan beherske livreddende førstehjelp mener vi er for åpent for tolkning. Førstehjelpsrådet mener det er viktig at alle helse- og sosialutdanninger har minimumsferdigheter innen førstehjelp og hjerte-lungeredning, da alle yrkesgrupper møter mennesker som er i ytterst vanskelige situasjoner. Noen av yrkesgruppene er også selv risikoutsatte. Førstehjelpskompetansekrav er også i henhold til NOU Først og fremst og den Helsedirektorat ledede førstehjelpsdugnaden Sammen redder vi liv. Med bakgrunn i dette mener vi at yrkesgruppene må ha førstehjelpskompetansenivå tilsvarende Norsk Grunnkurs Førstehjelp (NGF) eller høyere nivå, samt hjerte-lungeredning med hjertestarter . Yrkesgrupper med et spesielt ansvar for barn bør også ha som minimum tilsvarende Norsk Grunnkurs Førstehjelp for deg som har omsorg for barn (NGFB). Vi mener også at kompetansemålene om denne tematikken bør tilstrebes å ha lik ordlyd på tvers av retningslinjene.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Storulykker og krise- og katastrofesituasjoner
Førstehjelpsrådet mener at alle helseutdanninger bør ha denne kompetansen, som beskrevet under utkastet til

sykepleierutdanning. Norsk Førstehjelpsråd mener dette med bakgrunn i at slike hendelser er mere og mere aktuelle, og at alt helsepersonell må påregne å støtte ved slike hendelser.

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar?
 - Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Fredrikstad kommune, Seksjon Helse og velferd
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 6
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Kunnskap om etniske minoriteters helseutfordringer i Norge og om kulturelle utfordringer knyttet til etnisk minoritetsbruk av helsetjenester.
Pårørendekunnskap
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 4
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 53. Begrunn svaret

- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Skedsmo kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 42. Begrunn svaret
 - o Skedsmo støtter fokus på tverrfaglig arbeid og samhandling på tvers av utdanning og tjenester.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 44. Begrunn svaret
 - o Vi savner et sterkere fokus på brukerinvolvering i utøvelse og utarbeidelse av behandlingsplaner som støtter opp om brukers motivasjon og mestring i hverdagen. Det savnes også et større fokus på anvendelse av (velferds-) teknologi som en del av tjenestetilbudet.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
 - o Skedsmo vurderer at det er behov for en noe større grad av standardisering som sikrer lik kvalitet på ferdig utdannet personell.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Vi savner et sterkere fokus på forebygging, kompetanse på brukergruppen barn og unge, samt det psykologiske perspektivet som påvirker kropp og helse. Mer vekt på sammenhengen mellom kropp og bevegelse og psyke, følelser og læring. Det savnes også et større kompetansefokus på krav til dokumentasjonspraksis, lovgiving, utarbeidelse og bruk av tiltaksplaner.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 55. Begrunn svaret
 - o Krav om veilederutdanning er lite gjennomførbart i kommunehelsetjenesten i dag.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Skedsmo foreslår at kommunene inkluderes i utdanningsinstitusjonenes planlegging og gjennomføring av profesjonsstudier, f.eks ved undervisning for å sikre relevans og mer forankring til kommunal praksis og tjenesteyting.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - LØKTA, interkommunal kvalitetsutviklingsenhet for kommunene i Midt-Troms
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Bioingeniørutdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 42. Begrunn svaret
 - Fysioterapitjenesten trenger i fremtiden folk med allsidig kompetanse. Viktig å kunne "litt om alt" i begynnelse og heller ta spesialisering etter hvert.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 8
- 46. Begrunn svaret
 - Lokal tilpasning (eller personlige innstillinger/forutsetninger for å kunne tilpasse seg) er grunnleggende for å få en god fysioterapitjeneste etterpå. Det er for eksempel helt andre behov i samiske områder kontra i en storby.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Nei
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
 - Ja til hensiktsmessig. Derimot vanskelig å gjennomføre i små kommuner med bare en fysioterapeut i deltid.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
 - Fagfeltet er stort, og når det nå er direkte tilgang, så skal en fysioterapeut være gode på differensialdiagnostikk. Det er mye som skal læres på tre år.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 1
- 55. Begrunn svaret
 - I små kommuner kan det være vanskelig å ta i mot studenter. Det kan være vanskelig å gi en praksis som er nok variert for kandidaten.
Pr i dag får praksisveileder ingen økonomisk kompensasjon. Det stilles også krav til veilederkompetanse. Det stilles spørsmål med hvordan det praktisk skal tilrettelegges for utdanning av veiledere? Både praktisk med hensyn til organisering og

økonomisk. Det er generelt mange praktiske spørsmål rundt det med praksis. Det kan nevnes journalføring, det koster å ha flere lisenser på et dataprogram.

- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Det brukes ulike begreper: har kunnskap, har bred kunnskap - hvordan skal en praktisk skille mellom dette?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Sandnes kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 42. Begrunn svaret
 - o Fremtidens kompetansebehov kommer tydelig fram.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 44. Begrunn svaret
 - o Retningslinjene vurderes å ivareta fremtidens kompetansebehov.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivare tatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 7
- 46. Begrunn svaret
 - o Nødvendig med tydelige nasjonale føringer, slik at det blir mest mulig lik praksis for bl.a. praksisstudiene. For stor autonomi vil kunne bidra til ulikheter noe som kan slå ulikt ut.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Ja
- 49. Begrunn svaret
 - o Praksisstudiet fungerer slik det er beskrevet i retningslinjen. Kommunen har god erfaring med studenter. For enkelte studier kan praksisperioden oppleves lang, 8-10 uker nok.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 2
- 53. Begrunn svaret
 - o Det er ønskelig med praksis i både kommunale helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Det anses ikke som ønskelig med krav om ekstra formell veilederkompetanse for veilederne i praksis. Veiledningskompetanse

er en integrert del av grunnutdanningen. Videreutdanning i veiledning må ikke være et absolutt krav for å kunne ha student i praksis.

- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 55. Begrunn svaret
 - o Kravene til praksisstudiene er i stor grad gjennomførbare, men krav om formell veilederkompetanse kan virke begrensende på tilgang til aktuelle praksissteder. Opprettholdelse av kravet til enhver tid vil være vanskelig å etterkomme.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Høgskulen på Vestlandet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 42. Begrunn svaret
 - o Det må komme bedre frem at fysioterapeuter skal jobbe med og behandle syke mennesker på tvers av alle aldre, og mennesker med sammensatte og komplekse helseplager. Pasientbegrepet bør brukes. Vektleggingen i retningslinjen synes å være på utdanning av fysioterapeuter som primært skal jobbe forebyggende og helsefremmende.

Det må også komme bedre frem at fysioterapeuters kompetanse primært er klinisk, som innebærer at grunnleggende fagkunnskap omsettes til praktisk handling og samhandling i møte med mennesker og deres behov for hjelp med helse og funksjon.

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 44. Begrunn svaret
 - o Brukerperspektivet er ikke eksplisitt nevnt, heller ikke ivaretagelse og behandling av det syke mennesket. Pasientens handlingskompetanse øker, ikke minst på grunn av teknologi, hvilket medfører at de pasientene som har mulighet til det, får/tar stadig mer ansvar. Dette vil sette andre krav til fysioterapeutens kompetanse og dialog i møtet med pasienten.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivare tatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 7
- 46. Begrunn svaret
 - o Det er ulike retningslinjer for ulike bachelorutdanninger, og vi ser at 4 av de 7 kunnskapsområdene (IV, V, VI og VII) ikke er direkte fagspesifikke. Disse vil være relevante for flere helsefagutdanninger. Det er et spenningsfelt mellom generell samfunnskunnskap og spesifikk fysioterapikunnskap der vektleggingen av generell kunnskap ser ut til å gå på bekostning av det fagspesifikke. Dette er uheldig.

Overordnet mener vi det er viktig at de ulike fysioterapeututdanningene gir en så lik kompetanse som mulig. Dette for å sikre en lik forståelse - og imøtekommelse av samfunnsmandatet. Som igjen gjør det mulig å være enhetlig, i møte med befolkning og oppdragsgivere, på hva fysioterapeuter kan bistå med. Det er likevel hensiktsmessig med noe autonomi i forhold til valg av delempner. Hvis disse emnene ble lagt til et fast tidspunkt i studieforløpet, kan dette fremme ønsket mobilitet mellom utdanningene.

I de foreslåtte retningslinjene for fysioterapeututdanningen er det noen muligheter for autonomi, bl.a. med et minimumskrav for praksis. Vi mener at praksisperioder på 7 uker er for korte til å gi nødvendig læring, uavhengig av tjenestenivå.

Jfr nyere politiske føringer og deres målsetting om overføring og utvikling av oppgaver til primærhelsetjenesten bør det vurderes om praksisperioden på dette tjenestenivået bør få en større plass.

- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o • Fysioterapifaget vektlegges for lite. Kjernen i fysioterapi; kunnskap om det syke (og friske) mennesket, bevegelsesanalyse, funksjonsanalyse, klinisk resonnement og handlingskompetanse.
 - o Patologi som påvirker menneskets bevegelse, funksjon og interaksjon med andre mennesker, omgivelsene og samfunnet
 - o Behandling må fremheves
 - o Palpasjon og håndteringskompetanse («hands-on»)
 - o Psykosomatikk; sykkelig overvekt;
 - o Teknologi; velferds-, omsorgs-, rehabiliteringsteknologi bør studentene ha noe kunnskap om
 - o Journalføring og dokumentasjon
- Bacheloroppgaven bør løftes frem
- Fysioterapeuter er selvstendige yrkesutøvere, og det settes ikke lenger krav til henvisning fra lege. Fysioterapeuter undersøker og diagnostiserer funksjonsproblemer, velger tiltak, evaluerer og progredierer behandling. Kompetanse på differensialdiagnostikk er derfor også viktig.
- Interkulturell kompetanse
- Global helse gjennom undervisning og internasjonalisering.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Nei
- 49. Begrunn svaret
 - o • Fra forslaget: «Veileder for fysioterapistudenter skal som hovedregel være fysioterapeut med norsk autorisasjon og ha formell veilederkompetanse». Dette er for svakt. Veileder skal være fysioterapeut, kun unntaksvis ved f.eks. hospitering i barnehage, kan dette prinsippet fravikes.
 - Vi synes at kunnskapsområdene I, II og III (Kropp, undersøkelse, behandling) drukner i forslaget, og at det i forslaget vektlegges overordnede føringer i stor grad; folkehelsearbeid, samhandling, samfunn. Fysioterapeutens kjernekompetanse må tydeligere frem i retningslinjene. Fysioterapeuter skal ha avansert kompetanse innen undersøkelse, differensialdiagnostikk og behandling innenfor kjerneområdene, spesielt innenfor muskel-/ skjelettlidelser.
 - Vi mener at tverrprofesjonell samarbeidslæring er sentralt. I tillegg til dette mener vi det bør nevnes at samarbeidslæring der flere studenter fra samme utdanning samarbeider, er nyttig som læringsform. Både fagspesifikk og tverrprofesjonell samarbeidslæring medfører at studenter kan lære av hverandre, samt se flere ulike problemstillinger i praksis.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 4
- 51. Begrunn svaret
 - o Der er allerede i dag sterkt press på utdanningen. Vi ønsker derfor en utredning av en 5-årig grunnutdanning. Nyere politiske føringer, deriblant forskrift om felles rammeplan for helse – og sosialfagutdanningene, tilsier at fysioterapeututdanningene i fremtiden må jobbe enda mer med tema som differensialdiagnose, teknologi, folkehelsearbeid, global helse, utviklingskompetanse og sammenhengen mellom fagutøvelse og nasjonal- / global kontekst.

Turnusåret bør være inkludert i en fem årig utdanning. Turnusåret er viktig for å dyktiggjøre fysioterapeuter til egen yrkesutøvelse, der de får trene mer på undersøkelse, diagnostisering, utøve klinisk resonnement og evaluere behandling, der de jobber selvstendig men samtidig under veiledning. Etter dette er de mer skikket til å utøve fysioterapifaget på en selvstendig og god måte.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 53. Begrunn svaret
 - o Antall uker er et minimumskrav. Vi ønsker at lengden på praksisperiodene, både når praksis er i primær- og i spesialisthelsetjenesten, økes. Dette for å gi kontinuitet, godt læringsutbytte i praksis og tilstrekkelig tid til å utvikle relasjonen

mellom student og veileder, samt gi veileder nok tid til å gi tilbakemelding til studentene og vurdere dem. Også det å få innsikt i tverrprofesjonelt arbeid tar tid. Til sammen gir dette studentene større mulighet til å bli tryggere i rollen som fysioterapeut.

- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 55. Begrunn svaret
 - Svaret handler om veilederkompetanse. Det bør etterstrebes at alle veiledere har formell veilederkompetanse. For å være gjennomførbart for flest mulig, bør veilederutdanning tilbys i ulikt omfang og form, for eksempel e-læringskurs, kortere veiledningskurs og veiledning på veiledning fra veileder med formell kompetanse. Og der de ulike delene bygger på hverandre. Et slikt system er ikke på plass pr i dag.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Det er ikke hensiktsmessig at form, struktur og nivå på de åtte forslagene til nasjonale retningslinjer for helse – og sosialfagutdanninger er svært ulike. Det er ønskelig at disse harmoniseres.

Vi mener at utkastet til retningslinjer for fysioterapiutdanningene er et godt utgangspunkt for videre arbeid og har følgende innspill: Kjernekompetansen til fysioterapeuter må utdypes. Det er spesielt viktig å synliggjøre at profesjonskunnskapen er klinisk, med handlingskompetanse som svært viktig del. Kunnskapen bør prøves i egnet vurderingsform, deriblant en endelig klinisk eksamen.

Det bør fremheves i større grad at fysioterapeuter har selvstendig behandleransvar, der mange også er egne arbeidsgivere og behandler uten henvisning fra andre. Fysioterapeuter må ha kunnskap om egen kompetanse, og når de skal/bør henvise til andre.

Formål

«Formålet med fysioterapistudiet er å utdanne kandidater som kan bidra til å skape bedre forutsetninger for helse, livskvalitet og utfoldelse for personer i alle aldre og livsfaser.» Her mener vi at ordet mestring er bedre enn utfoldelse.

«Fysioterapistudiet skal være praksisnært, kunnskapsbasert og samfunnsrelevant, og vektlegge evne til samhandling, kritisk refleksjon og livslang læring.» Begrepet samhandling er uklart i denne sammenheng og bør utdypes noe. Samhandling kan være interaksjon mellom mennesker, eller samhandling mellom tjenester og institusjoner, eller på tvers av og mellom ulike helsenivåer.

Kunnskapsområder

Under Formål i utkast til retningslinje har KD bl. a. fremhevet Undersøkelse, vurdering og diagnostisering knyttet til kropp, bevegelse og funksjon; Behandlende, habiliterende og rehabiliterende virksomhet. Under Kunnskapsområder savnes flere av disse stikkordene, bl. a. II. mangler Diagnostisering knyttet til kropp, bevegelse og funksjon og III. mangler Behandlende virksomhet.

Kunnskapsområde I Kropp, bevegelse og funksjon

Kunnskap:

Her bør det føyes til 5. Har kunnskap om patologi som påvirker bevegelse og funksjon.

Ferdigheter:

Føye til bevegelsesanalyse under pkt 2 da dette er en forutsetning for å kunne stille en funksjonsdiagnose.

Kunnskapsområde II Undersøkelse, vurdering, diagnostisering og tiltak

Diagnostisering må tas med i tittel.

Kunnskap

Her mangler pkt. 1

4. «Har kunnskap om framgangsmåter for klinisk resonnering». Dette er for teoretisk og mekanisk når det legges opp til framgangsmåter for klinisk resonnering. Eventuelt kan begrepet framgangsmåter erstattes med modeller. Refleksjon over egen kunnskap og klinisk resonnering må skrives som et ferdighetsmål.

Ferdigheter

Her bør det føyes til et pkt 8: Kan vurdere funksjon, resonnere klinisk, stille funksjonsdiagnose og tilpasse tiltak og endre/progredierte disse til individet: personsentrert behandling

Ferdigheter innen palpasjon og håndtering («hands-on») for både undersøkelse, diagnostisering og behandling er sentralt i fysioterapeutens yrkesutøvelse og må føyes til.

Kunnskapsområde III Behandling, habilitering, rehabilitering og folkehelsearbeid

Behandling og folkehelsearbeid må tas med i tittel.

Samhandling bør flyttest til pkt V, og stå sammen med etikk.

Kunnskap

Vi savner noe om teknologi i dette avsnittet, men uten at det skal ta for stor plass.

Ferdigheter

Pkt. 3. Dette gjelder vel alle uansett alder? Vi undrer oss over at kun barn, unge og eldre er tatt med. De fleste steder i

samfunnet møter fysioterapeuter personer og pasienter i alle aldre.
Se kommentar om palpasjon og håndtering under Kunnskapsområde II.

Kunnskapsområde IV Folkehelsearbeid er integrert i kunnskapsområde III.

Kunnskapsområde V Etikk og kulturforståelse.

Pkt utvides med samhandling, slik at området heter Etikk og samhandling. Kulturforståelse tas bort, for å integreres i pkt VII.

Kunnskapsområde VI

Feil nr

Kunnskapsområde VII

Endres til Samfunnsforståelse, et begrep som inneholder forståelse for strukturelle forhold, sosio

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Brukerorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Kreftforeningen
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 42. Begrunn svaret
 - Retningslinjene kunne med fordel ha vært mer konkrete hva angår beskrivelse av kompetansebehov for undersøkelse og behandling av ulike sykdommer, ref. kapittel II om undersøkelse, vurdering og tiltak.
Retningslinjen bør gjenspeile de utviklingstrekk helsetjenesten står ovenfor med tanke på demografi og sykdomsbilde og betydningen dette vil ha for kompetanse og innretning av tjenestene fremover.
Eksempelvis blir det flere eldre. Mange eldre lever med flere sykdommer samtidig (multimorbiditet) som krever at helsepersonell har kunnskap ikke bare om enkeltsykdommer, men også om hvordan ulike sykdommer og behandlinger virker inn på hverandre. Et annet utviklingstrekk er at flere vil leve med kroniske sykdommer og vil ha behov for tjenester i et livsløpsperspektiv. Dette gjelder f.eks. personer med kreft. Ikke bare vil flere få kreft, men flere vil leve med senskader etter kreftbehandling og stadig flere vil leve lenger med en kreftdiagnose (kronisk eller uhelbredelig kreft). I følge punkt 3 skal studentene skal bred kompetanse om sykdom. Dette er veldig generell formulering og det kunne med fordel vært spesifisert hvilke sykdommer og tilstander som det forventes at studentene skal ha tilstrekkelig kunnskap om etter endt utdanningsløp.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 44. Begrunn svaret
 - Se begrunnelse i forrige svar.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 5
- 46. Begrunn svaret
 - Retningslinjene bør ikke bli for generelle slik at det skaper rom for uhensiktsmessige forskjeller i studentenes kompetanse og praksiserfaring etter endt utdanningsløp ved de ulike institusjonene. Denne retningslinjen varierer i detaljeringsgrad under de ulike områdene fra tilfredsstillende til noe generelt.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Viser til punkt 42, og individuell plan bør også med under kapittel tre om habilitering, rehabilitering og samhandling. Under punktet om Samfunn og politikk, kan også kunnskap om metodikk for brukermedvirkning på individ og systemnivå tas med.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
 - Praksisstudiene må sikre at studentene får variert erfaring med brukere med ulike diagnose/funksjonsnedsettelser (eks innen nevrologi, geriatri, ortopedi, onkologi, pediatri, palliasjon, etc.) på ulike arenaer. Dette kunne med fordel vært ytterligere

spesifisert i krav til praksisstudier i retningslinjen, slik at studentene blir sikret praksisplasser som gir de kunnskap og erfaring innenfor en rekke sykdommer og tilstander og brukere i alle aldre.

- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
 - o Vanskelig for oss å vurdere. Vi vil tro at det er gjennomførbart, men vi har lite å bygge det synspunktet på.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 53. Begrunn svaret
 - o Gjennom sentrale føringer, har kommunene fått større ansvar for rehabilitering og mestring, i tillegg til folkehelsearbeid. Det er derfor viktig at studentene får tilstrekkelig erfaring med arbeid i kommunehelsetjenesten, med alt fra utredning og kartlegging, behandling og planarbeid.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Generelt er det for helsefaglige utdanninger svært viktig å få nødvendig kunnskap om antibiotikaresistens, ref. Regjeringens handlingsplan.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Trondheim kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 42. Begrunn svaret
 - o I formålet med fysioterapistudiet ønskes bruk av ordet mestring i stedet for utfoldelse. Kunnskapsområdene er dekkende. Gjenspeiler det fagspesifikke og i tråd med tjenestens fremtidige behov for kompetanse. Savner en bedre begrepsavklaring av folkehelse, helsefremming og forebyggende arbeid. Helsefremming og forebygging skal også ha fokus i individuell oppfølging. I forslag til retningslinjer er helsefremming og forebygging plassert under Folkehelsearbeid. Handlingskompetansen framstår

derfor svak og mindre konkret jfr Samhandlingsreform- venstreforskyvning.

Samhandlingskompetanse må ikke bare knyttes til hab/rehab, Er like sentralt på alle områder.

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 44. Begrunn svaret
 - o Brukerens fremtidige behov er godt ivaretatt i retningslinjenes kunnskaps- og ferdighetsområder. "Leve med kompetanse"; ansvarliggjøring og selvstendigjøring, spesielt for brukere i et livsløpsperspektiv savnes.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 8
- 46. Begrunn svaret
 - o Vekting av de ulike læringsutbyttene er noe det er opp til den enkelte læringsinstitusjon å bestemme. Dette kan medføre store ulikheter mtp sluttkompetansen.
 - o Det er viktig for arbeidsgiver at det er tilnærmet lik kunnskap uavhengig av utdanningssted.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Viser til punkt 44. I tillegg kommer det dårlig fram behov for kunnskap om sosiale ulikheter i helse jfr punktet Samfunn og politikk. Kunnskap om ulike samfunnsinstitusjoner bør inn. Eks: studenter/turnuskandidater er ikke kjent med at fysioterapeuter inngår som en del av grunnbemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjeneste.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
 - o Punktet er generelt dårlig beskrevet. Så lenge studentene praktiserer fysioterapi må veileder være autorisert fysioterapeut. Krav om formell veilederkompetanse utfordrer praksisfeltet, se under andre høringsinnspill. Mengde praksis og arena for praksis bør være et resultat av hva som skal være læringsutbyttet. Det er nødvendig med begrepsavklaringer. Hvordan skal vi forstå eks praksisstudier knyttet til folkehelsearbeid, alle aldersgrupper og tverrprofesjonelt samarbeid?
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 53. Begrunn svaret
 - o Umulig å svare på alle spørsmålene som er stilt med en skår. Det er viktig å ha tydelige rammer for innhold i praksis for praksisfeltet. Antallet uker må henge sammen med læringsutbyttet. 7 uker praksis innen kommunehelsetjenester er for lite ift hvor fysioterapeuter har arbeidsplassene sine. Viser ellers til punkt. 49.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 55. Begrunn svaret
 - o Det er gjennomførbart med mer enn 7 uker praksis i kommunehelsetjeneste.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o I formålet nevnes gjennomføring av turnustjeneste som grunnlag for å søke autorisasjon som fysioterapeut. Krav til innhold i turnustjenesten bør vurderes tatt inn i retningslinjene i tillegg til at det er en egen veileder på området
 - o Kunnskapsområder og læringsutbyttebeskrivelser skal være felles for alle utdanningene. Det kommer tydelig fram fra forslagene til retningslinjer at de er utarbeidet uten sammenheng. Dette fremmer ikke felles språk. Felles språk er nødvendig for tverrprofesjonelt samarbeid og røste helsetjenester til store endringer i nær fremtid.
 - o Innen retningslinjene skal det ligge et fokus på innovasjon. Alle yrkesgruppene må ha en forståelse for det for å kunne takle store endringer i helsetjenesten i nær fremtid.
 - o I retningslinjene bør det være fokus på helsepersonells rolle i et samfunn som har tilgang til (pseudo)kunnskap, hvor befolkningen skaffer seg informasjon om sine sykdommer og behandlinger før de besøker helsepersonell.
 - o Alle retningslinjene skulle ha samme krav til veiledere, det skal være en definisjon på veilederkompetanse. For eksempel kan

alle vise til Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. Universitetet og høyskole skal ha krav til å tilby veilederutdanning.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Fagforening
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Norsk Fysioterapeutforbund
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 42. Begrunn svaret
 - Norsk fysioterapeutforbund mener ikke det i retningslinjene tydelig nok fremkommer hvilket ansvar / oppgaver fysioterapeuter har i helsetjenesten, og dermed hvilken kompetanse som kreves av fysioterapeuter. Det bør komme tydeligere fram at fysioterapeuter i hovedsak arbeider med syke mennesker med sammensatte helseplager (helsefremmende og forebyggende arbeid har ikke hovedvekt i studiet), vi undersøker, diagnostiserer og har et selvstendig behandlingsansvar. Dette krever at fysioterapeuter sikres god

Det må fremkomme at fysioterapeuter setter pasienter i stand til å mestre egne liv. Fysioterapeuter har inngående forståelse for hvordan norsk helsevesenet og NAV- system fungerer og hvordan fysioterapi inngår i det totale helsearbeidet.

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 44. Begrunn svaret
 - Norsk fysioterapeutforbund mener ikke det tydelig nok fremkommer hvilket ansvar / oppgaver fysioterapeuter har i helsetjenesten og dermed hvilken kompetanse som brukernes fremtidige behov. Det bør komme tydeligere fram at fysioterapeuter i hovedsak arbeider med syke mennesker med sammensatte helseplager (helsefremmende og forebyggende arbeid har ikke hovedvekt i studiet), vi undersøker, diagnostiserer og har et selvstendig behandlingsansvar.

Fysioterapeuter skal utdannes til å jobbe med kropp og bevegelse/funksjon for å fremme god helse. En fysioterapeut skal forebygge og behandle skader og sykdommer som gir smerter og/eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystemet. Kandidatene skal utdannes til å behandle pasienter basert på undersøkelse og vurdering av pasientens problem og hva pasienten selv ønsker hjelp til. For å få til dette er det viktig at fysioterapeutene har kompetanse til å utvikle et trygt og tillitsfullt forhold med pasienten. Det ser ikke til, ut av forslag til retningslinjene, at fysioterapeutene skal ha kunnskap om psykologi som basis for å kunne jobbe med mennesker – Dette mener vi er vesentlig innhold i utdanningen. Målet er å hjelpe pasienten til å utvikle, gjenvinne eller holde ved like funksjonsevnen, utnytte egne ressurser og til å bedre egen helse gjennom hele livsløpet.

- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 5
- 46. Begrunn svaret
 - På noen områder legges det klare føringer på hva studiet skal innholdet, samtidig ser det ut til at den enkelte utdanningsinstitusjon gis frihet til å utforme innholdet. NFF mener at de nye retningslinjene må være utformet slik at studiets innhold og organisering muliggjør utveksling både internasjonalt og nasjonalt, og at sluttkompetansen blir så lik at arbeidsgiver vet hvilken kompetanse en fysioterapeut innehar. NFF har forslått en rekke endrede formuleringer til hvert punkt for å sikre større likhet. Eksempelvis bør flere fagbegreper benyttes og det bør presiseres at alle skal ha avsluttende klinisk eksamen - dette muliggjør sikring av lik sluttkompetanse. Det er et spenningsfelt mellom økt autonomi til institusjonene og at ulike arbeidsgivere skal vite at en kandidat i fysioterapi kan tilnærmet det samme uavhengig av hvor studiet er gjennomført.

Under overskriften kunnskapsområder, pkt 1 – 3 finner vi det vi mener er fysioterapiens basisfag. Slik retningslinjene er utformet sies det ikke noe om vektingen ml de ulike kunnskapsområdene. Norsk fysioterapeutforbund mener imidlertid det viktig å påpeke at basisfagene må sikres med tilstrekkelig omfang og relativt lik kompetanse på alle studiestedene

- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Retningslinjene er for generelle, det er vanskelig å se at dette er retningslinjer for fysioterapiutdanningen. Det bør brukes formuleringer fra NFFs definisjon av fysioterapi i formålsbeskrivelsen. Det må tydeliggjøres at denne retningslinjen gjelder

fysioterapi og ordet «fysioterapi» bør benyttes.

Det bør komme tydeligere fram at fysioterapeuter i hovedsak arbeider med syke mennesker med sammensatte helseplager (helsefremmende og forebyggende arbeid har ikke hovedvekt i studiet), vi undersøker, diagnostiserer og har et selvstendig behandlingsansvar. Det ser ikke til, ut av forslag til retningslinjene, at fysioterapeutene skal ha kunnskap om psykologi som basis for å kunne jobbe med mennesker.

For å tydeliggjøre formålsbeskrivelsen har Norsk fysioterapeutforbund laget forslag til ny formålsbeskrivelse:

Formålet med fysioterapistudiet er å utdanne kandidater som kan bidra til å skape bedre forutsetninger for helse, livskvalitet og utfoldelse for personer i alle aldre og livsfaser.

Kandidatene skal utdannes til å jobbe med kropp og bevegelse/funksjon for å fremme god helse. En fysioterapeut skal forebygge og behandle skader og sykdommer som gir smerter og/eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystemet. Kandidatene skal utdannes til å behandle pasienter basert på undersøkelse og vurdering av pasientens problem og hva pasienten selv ønsker hjelp til. For å få til dette er det viktig at fysioterapeutene har kompetanse til å utvikle et trygt og tillitsfullt forhold med pasienten. Målet er å hjelpe pasienten til å utvikle, gjenvinne eller holde ved like funksjonsevnen, utnytte egne ressurser og til å bedre egen helse gjennom hele livsløpet. Fysioterapeuter setter pasienter i stand til å mestre egne liv. Fysioterapeuter har inngående forståelse for hvordan norsk helsevesenet og NAV- system fungerer og hvordan fysioterapi inngår i det totale helsearbeidet.

Fysioterapeuter arbeider i den kommunale helsetjenesten, på sykehus, institusjoner og i bedriftshelsetjeneste. Mange arbeider på private klinikker. Fysioterapeuter kan også arbeide i kommunal ledelse, hos fylkeslegen, i helsetilsynet, direktorat og departement.

Studiet gir kompetanse til arbeid i helsesektoren og på andre samfunnsområder, i offentlig og privat virksomhet, og på nasjonale og internasjonale arenaer. Etter endt utdanning skal kandidatene kunne ivareta fysioterapeuters oppgaver på individ-, gruppe- og samfunnsnivå innen:

- Undersøkelse, vurdering og diagnostisering knyttet til kropp, bevegelse og funksjon
- Behandlende, habiliterende og rehabiliterende virksomhet
- Helsefremmende og forebyggende arbeid

Fysioterapistudiet skal være praksisnært, kunnskapsbasert og samfunnsrelevant, og vektlegge evne til samhandling, kritisk refleksjon og livslang læring. Studiet skal bidra til at kandidaten får et reflektert forhold til at ulike fagtradisjoner og kunnskapsformer påvirker fagutøvelse, fagutvikling, og gi kandidaten forutsetninger til å utvikle fysioterapi som kunnskapsfelt og profesjon.

Studiet skal bidra til at kandidaten utvikler kunnskap, forståelse og varhet for sammenhenger mellom kropp, erfaringer, emosjoner og kognisjon, og hvordan det kommer til syne i kroppslige reaksjoner og uttrykk.

«Fysioterapeut» er en beskyttet tittel som krever autorisasjon fra Helsedirektoratet. For å få autorisasjon må man etter endt utdanning gjennomføre ettårig, lønnet turnustjeneste.

Fysioterapistudiet skal være i samsvar med:

- Norske lover, forskrifter og retningslinjer
- Nasjonale og internasjonale deklarasjoner, standarder og politiske føringer om menneskerettigheter, høyere utdanning og helsepolitikk, herunder konvensjoner som sikrer det samiske folks rett som urfolk til helsetjenester tilrettelagt eget språk og kultur – likeverdig helsetilbud uavhengig av kulturelle bakgrunn
- Norsk fysioterapeutforbunds yrkesetiske retningslinjer

Fullført studium kvalifiserer til bachelorgrad i fysi

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?

o Ja

- 49. Begrunn svaret

o Norsk fysioterapeutforbund mener beskrivelsen av praksis studier er hensiktsmessig mht til organisering av praksis. Det er viktig det presiseres til hvilke år praksis skal gjennomføres. Dette for å muliggjøre utveksling ml utdanningsinstitusjonene. Videre er det viktig at studentene får erfare ulike tjenestenivå, innsikt i samarbeidsarenaer og erfare tverrprofesjonelt samarbeid.

Det er viktig at studenten får møte ulike aldersgrupper, like så mener Norsk fysioterapeutforbund det er viktig at studentene får møte ulike diagnosegrupper (dette presiseres ikke).

Det er viktig at omfang av praksis defineres for å sikre mest mulig lik sluttkompetanse. Det er imidlertid viktig påpeke at retningslinjene beskriver 1200 timer som 30 uker. Fysioterapeuter har imidlertid 36 timers arbeidsuke, og 1200 timer utgjør dermed mer en. 30 uker (ca 40 uker).

Mht til definisjon av praksis mener NFF det små skilles mellom praksis og observasjon. NFF mener veileder må være fysioterapeut, jmf helsepersonelloven, dersom aktiviteten skal anses som praksis.

- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 4
- 51. Begrunn svaret
 - o NFF mener at retningslinjene legger opp til at det er en grunnutdanning ved at det er mye bred kompetanse og mindre dybdekompetanse. Likevel er det tydelig at det er mye som skal inn i utdanningens tre år i en utdanning som allerede er kjent for å være tettpakket. NFF har dermed forslått noen endrede formuleringer som følge av dette, ml annet under pkt; Kunnskap, Kvalitetssikring og innovasjon - under kunnskap har NFF endret kravet til at studenten skal kjenne til vitenskapsteori og kunnskaps teori og ikke krav om at de skal kjenne til mange teorier. Øvrige begreps justeringer kan ses i hele dokumentet sendt KD.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 53. Begrunn svaret
 - o NFF mener praksisomfanget er viktig og at veileder med fordel kan ha veilederkompetanse. Krav om veilederkompetanse kan imidlertid ikke være absolutt da dette vil vanskeliggjøre arbeidet med å rekruttere egnede veiledere.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 2
- 55. Begrunn svaret
 - o Det er allerede i dag krevende å finne tilstrekkelig antall veiledere så kravene kan ikke gjøres for strenge uten at det eventuelt er en plan for rekruttering og skoling av veiledere. Dersom det skal stilles krav til veilederkompetanse må det å være praksisveileder verdsettes som del av jobben og arbeidsgiver må ta ansvar for skoling.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o • De syv kunnskapsområdene kan se ut til å være vektet som like store, noe som ikke kan være tilfelle mht til hva studiet bør inneholde. NFF mener det innledningsvis bør framkomme noe om vekting mellom kunnskapsområder, eller hva som er basiskunnskap, / fysioterapifagets kjernekompetanse.
 - Retningslinjene bør bruke begreper som anatomi og fysiologi for å synliggjøre vesentlige kunnskapsområder, dette bør ikke bakes inn i andre tema.
 - Fysioterapi bygger først og fremst på kunnskap om kroppen, det bør klart framkomme at dette er basiskunnskap.
 - Det bør framkomme at fysioterapeuter skal ha kunnskap om betydningen av at vil lever i et multikulturelt samfunn, det er ikke tilstrekkelig å inkludere samer og urfolk – disse er naturlig inkludert i begrepet multikulturell.
 - Det bør presiseres at alle skal ha avsluttende klinisk eksamen - dette muliggjør sikring av lik sluttkompetanse.
 - Retningslinjene beskriver krav til kunnskap på en passiv måte og det er uklart hva som menes med bred og dyp og kunnskap. Vi mener kunnskap også må uttrykkes på en aktiv måte. Eks på aktiv formulering er: kan beskrive, forklare, gjengi, analysere eller anvende.

Noen begreper går igjen i dokumentet flere ganger uten at det klart hva som egentlig menes, begrepene bør defineres:

- Bred kunnskap / kompetanse – hva menes med dette?
- Nivå – menes det her nivå på kunnskap eller nivå i helsetjenesten?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Private sykehus
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Diakonhjemmet sykehus AS
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
 - Vi synes retningslinjen har stort preg av et biomedisinsk fokus og savner mer synliggjøring av kompetanse på psykososiale forhold under punkt 1.
 - Vi savner også større fokus på "Aktivitet som medisin" og tydeliggjøring av fysioterapeutens kompetanse innenfor dette tema.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
 - Vi synes at det bør komme tydeligere frem under punkt 3 at pasient og pårørendes erfaringskompetanse bør likestilles med fysioterapeutens.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Se punkt over
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
 - Det er utfordrende for praksisstedene å kunne oppfylle kravene til veilederkompetanse. I tillegg ser vi det som krevende å ha studenter i en travel sykehushverdag. Fysioterapeutene på sykehus jobber mer og mer spesialisert og liggetiden går ned. Dette utfordrer blant annet tiden studenten får pr pasient og kravet om variasjon for studenten.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
 - Tidspresstet i spesialisttjenesten øker og det utfordrer kvaliteten på veiledningen og vurderingen.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'

- o 2
- 42. Begrunn svaret
 - o For at fysioterapeuter skal bli utdannet til å danne fremtidige kompetansebehov er det nødvendig at utdanningen vektlegger kunnskap om rus- og avhengighet.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 2
- 44. Begrunn svaret
 - o Bruk av rusmidler kan knyttes til en rekke skader og problemer. Verdens helseorganisasjon (WHO) uttrykker omfanget av alkohol- og narkotikaproblemer gjennom studien Global Burden of Diseases (2013). Stortinget har vedtatt en opptrappingsplan for rusfeltet (Prp15 S(2015-2016) hvor det konstanteres at det er behov for økt kompetanse om rus- og avhengighetslidelser. Læringsutbytte for fremtidens fysioterapeuter kan derfor ikke begrenses til indirekte læringsutbytte knyttet til «forhold som virker oppbyggende og nedbrytende på kroppen». Fysioterapeuter vil i sin praksis møte pasienter som har behov for fysisk behandling eller opptrening for følgetilstander av rusbruk f.eks fall, skader e.a som er påført i rustilstander eller langvarig rusavhengighet. Fysioterapeuter bør også være særlig oppmerksom på bruk av anabole androgene steroider. Læringsutbytte bør forsterkes og konkretiseres til kunnskaper, holdninger og ferdigheter om rus- og avhengighet.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o Vet ikke
- 46. Begrunn svaret
 - o NK-TSB har ikke vurdert temaet inngående, men vil påpeke at for å nå politiske målsetninger om likeverdige helse- og sosialtjenester i hele landet er det nødvendig at alle landets fremtidige fysioterapeuter får god kunnskap og ferdigheter i rus- og avhengighetsproblematikk
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Helse Midt-Norge RHF
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
 - o På bakgrunn av at Questback er valgt som system for innhenting av høringssvar, vil Helse Midt-Norge inkludere et generelt avsnitt som er tverrgående for alle programgruppene. Helse Midt-Norge RHF har underveis i denne prosessen bedt våre helseforetak om selv å sende inn høringssvar, og viser derfor i hovedsak til de innspillene som har kommet fra St. Olav

Hospital, Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag når det gjelder de rent faglige vurderingene av forslagene til retningslinjer for hver enkelt utdanning.

Helse Midt-Norge RHF vil derfor ikke gå detaljert inn i hver enkelt retningslinje, men avgrenser våre tilbakemeldinger til å fremheve de punktene som vil få betydning for hvordan det nye styringssystemet for utdanningene skal følges opp og jobbes med regionalt og lokalt. Vi støtter intensjonen med retningslinjene, og vi er positive til at det oppsettes en ny styringsmekanisme for de helse- og sosialfaglige utdanningene. Det likevel åpenbart at forslagene fremstår ulike, noe som gjenspeiler at programgruppens brede mandat.

På dette stadiet vil vi derfor fra vår side komme med overordnede betraktninger når det gjelder arbeidsgiverperspektivet og hvordan de foreliggende forslagene passer inn i et strategisk perspektiv, herunder vår mulighet til å legge til rette for godt samarbeid med UH-sektoren når det gjelder praksis. Flere av utdanningene har retningslinjer som fra vår side ikke fremstår som detaljerte og konkrete nok, mens andre har kommet betydelig lenger i å konkretisere innholdet. Når det gjelder arbeidsgiverperspektivet er det for Helse Midt-Norge særlig viktig at retningslinjene sikrer et nasjonalt likeverdig faglig nivå på nyutdannede, og at utdanningene er sammenlignbare på tvers. Det nye styringssystemet har som mål at retningslinjene utformes i tråd med tjenestenes og brukernes kompetansebehov. Det springende punktet her er hvorvidt de fanger opp og avveier tjenestenes ønske om nasjonal standardisering gjennom sammenlignbare kompetansekrav og UH-sektorens behov for autonomi i utformingen av studietilbud.

Fra et brukerperspektiv er det åpenbart en sammenheng mellom den tjenesten en pasient mottar fra helsepersonell og utdanningsinstitusjonen dersom variasjonen i utformingen av studietilbudet er for ulikt. Vår Strategi 2030 sier bl.a. at vi skal skape pasientens helsetjeneste, og at rett kompetanse skal møte pasientene i hele forløpet. Vi er derfor ikke tjent med retningslinjer som ikke sikrer en felles sammenlignbar kompetanse på tvers av utdanningsinstitusjonene.

Vårt overordnede inntrykk er at forslagene til retningslinjer samlet sett ikke er optimale for begge parter på dette punktet, på grunn av til dels stor variasjon. Helse Midt-Norge gjentar derfor vårt synspunkt fra høringen til forslaget til den felles forskriften om at også rammeverket bør revideres i forhold til en overordnet syklus, hvor også de etablerte strukturene mellom UH-sektoren og tjenestene kan se på dette i fellesskap. Det bør tas hensyn til dette i vurderingen av hvorvidt retningslinjene skal forskriftsfestes på nåværende tidspunkt.

Vi er enige med UHRs vurdering av at tydeligere lovfesting og bedre finansiering av helse- og velferdstjenestenes ansvar og oppgaver knyttet til praksisstudier må komme på plass. Dette er især en aktuell problemstilling når enkelte retningslinjer inkluderer henvisninger til primærhelsetjenesten under "krav til praksis". Samtidig mener vi at det er nødvendig at retningslinjene skal stille krav til praksis, herunder omfang, og at det utarbeides felles kvalitetskrav til praksissteder, ettersom dette er av stor betydning for utdanningskvaliteten.

Helse Midt-Norge har tidligere i høringssvar til forslaget om forskrift om felles rammeplan pekt på at samarbeidet mellom

utdanningsinstitusjonene og praksisstedene bør være forankret i samarbeidsavtaler etter nasjonal mal. Helse Midt-Norge støtter også det pågående arbeidet for å sikre at al

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Når det gjelder fysioterapiutdanningen er det godt å se at forslaget i hovedsak fremstår som gjennomtenkt når det gjelder praksisdelen av utdanningen. Vi peker ellers også særlig på tilbakemeldingene fra våre helseforetak om at retningslinjene med fordel kan være mer tydelige på å vektlegge kompetansekrav som ikke er definert godt nok, herunder akuttbehandling, sykdomslære og ferdigheter til å behandle pasienter med svært redusert funksjonsnivå. Forslagene til LUB-er bør være mest

mulig konkrete, og vi viser her til de konkrete innspillene helseforetakene har kommet med. Dette er forståelig nok en utfordring, men viktig med hensyn til behovet for å sikre tilstrekkelig - og sammenlignbar - profesjonsspesifikk kompetanse.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Barneombudet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Vi hos Barneombudet har ikke forutsetning eller kapasitet til å vurdere spørsmålene slik de er formulert i denne Questbackundersøkelsen. Vi har imidlertid innspill av mer overordnet karakter, og har sendt vårt høringssvar på e-post til Kunnskaps- og integreringsdepartementet. Innspillet gjelder retningslinjene til alle utdanningene.

Oppsummert ønsker Barneombudet at retningslinjene anerkjenner barns særskilte rettigheter slik de er fastsatt i FNs barnekonvensjon (heretter kalt barnekonvensjonen). Barnekonvensjonen er en del av menneskerettighetene og gir barn og unge et særlig vern. Konvensjonen har dermed stor betydning for alle som gjennom sitt arbeid kommer i kontakt med barn og unge. Konvensjonen gjelder som norsk lov, jf. menneskerettsloven § 2. En av forpliktelsens som følger av dette er at Norge skal sette inn alle egnede tiltak for å sikre gjennomføringen av de rettighetene og pliktene som følger av konvensjonen, jf. art.

4. En fylligere begrunnelse med konkrete forslag til endringer i retningslinjene finnes i vårt høringssvar som er sendt på e-post.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Brukerorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Landsforeningen for Kvinner med Bekkenleddsmerter (LKB)
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 8
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Landsforeningen for Kvinner med Bekkenleddsmerter (LKB) er en interesseorganisasjon som arbeider med å ivareta interessene til kvinner med Bekkenleddsmerter ved å formidle informasjon og kunnskap. Vi arbeider for å skape en helhetlig forståelse for gunstig kombinasjon av behandling, avlastning i dagliglivet, hjelpemidler og trygderettigheter. LKB fokuserer på forebygging og ønsker å fremme mestring og livsglede! Les mer om LKB og vårt arbeid www.lkb.no

LKB er positive til departementets forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger.

Vi opplever at den er bygget opp på en måte som ivaretar fagpersonens krav til helsefaglig kompetanse, fokus på samhandling og brukermedvirkning i et samfunnsperspektiv på individnivå. Og at det legges til rette for tverrprofesjonelt samarbeid.

LKB mener dette er viktig for å sikre at norsk helsevesen skaper en helhetlig forståelse for optimal kombinasjon av behandling, avlastning, tilrettelegging og hjelpemidler i dagliglivet for at omfanget av plager skal bli mindre for de som rammes av bekkenleddsmerter.

Det vil være viktig for hver enkelt av de som rammes og av samfunnsøkonomisk stor verdi. Internasjonal forskning viser at mer enn halvparten av alle som blir gravide får smerter i enten rygg, bekkenledd eller begge deler. Rundt 20 prosent har bekkenleddsmerter. Studier har vist at bekkenleddsmerter kan forårsake større problemer i hverdagen enn ryggmerter. Hvert år blir cirka seksti tusen gravide i Norge. Av disse får rundt tolv tusen bekkenleddsmerter. Noen av disse får så store plager at

de trenger hjelpemidler for å komme seg rundt. Mellom to og fire tusen fortsetter å ha betydelige plager også etter fødselen. Forskning har vist at individuell veiledning og behandling kan hjelpe kvinnene til å bli bra raskere. LKB håper at de nye nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger legger til rette for gode studieplaner som gjør at pasienter med bekkenleddsmerter i fremtiden møter kompetente fagfolk som gir individuelt tilpasset behandling, oppfølging og tilrettelegging slik at de oppnår høyere livskvalitet og full deltakelse i samfunnet.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Sykehuset Østfold
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 42. Begrunn svaret
 - SØ savner tydeligere kunnskap om samhandling/pasientløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Savner opplæring i verktøy for målrettet kommunikasjon mellom pasienter og andre behandlere. Målet er å få pasienter til å gjennomføre endring. Motivere for dette er krevende når pasientkontakten er begrenset i tid.

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 44. Begrunn svaret
 - Fysioterapifaget innenfor spesialisthelsetjenesten vil være sammensatt av nåværende kompetanse, i tillegg til nye kompetansekrav. Det vil bli større krav til å kunne prioritere og å utføre vurderinger, fremfor behandling, på grunn av kortere liggetid og økt kompleksitet i pasientgrunnlaget. Det vil også bli økt behov for tidlig og spesialisert rehabilitering. Utvikling av pasientforløp/pakkeforløp og økt poliklinisk aktivitet er sentralt innenfor spesialisthelsetjenesten, og således også for brukerens fremtidige behov innenfor tjenesten. Det hadde derfor vært hensiktsmessig om et tydeligere, og mer dynamisk, endringsperspektiv hadde kommet frem i retningslinjen. Siden pasienter ligger kortere i sykehus og i større grad behandles hjemme, er det nødvendig å styrke fokuset på fysioterapeutens kompetanse innen helsepedagogikk og helseveiledning, som grunnlag for pasienters/brukeres læring, mestring og medvirkning. Det er positivt at samvalg er nevnt i retningslinjen. Samvalg er en metode for at pasienter/brukere kan ta informerte valg. Kunnskap som må ligge til grunn hos fysioterapeutene er at de har nødvendige ferdigheter innen kommunikasjon, formidling og veiledning, slik at de kan kvalitetssikre at informasjon og opplæring er mottatt og forstått. Mange pasientklager i sykehuset er knyttet til nettopp dette. Områdene er inkludert i retningslinjen, men kan bli tydeligere formulert og spisset mot det som beskrives i dette avsnittet. Dette bør også være et fokusområde i studentenes praksisperioder.

Vi savner også en tydeliggjøring av behovet for IKT-kompetanse i et fremtidig perspektiv, da det kommer til å skje svært mye innen helse og IKT fremover.

- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 7
- 46. Begrunn svaret
 - Det er uklart hvor standardiserte utdanningene kommer til å bli på grunnlag av denne retningslinjen. Det ligger en vektning i begrepsbruken (taksonomien), men så lenge det ikke er knyttet studiepoeng til emner er det vanskelig å vite hvordan dette slår ut. For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH-sektoren er likeverdig representert også på fag-/programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Pr. i dag er ikke dette tilfelle. Et forslag er at tjenestene blir representert i «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen fysioterapi»; tidligere omtalt som profesjonsrettet fagråd i fysioterapi.

Økende grad av nasjonal standardisering vil også i større grad gi mulighet for studentmobilitet, lette transparens og gi bedre felles grunnlag for kvalitetsforbedring av utdanningen.

- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Mer vekt på kommunikasjon
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
 - Praksisstudiet som det er beskrevet, fremstår hensiktsmessig og gjennomførbart. Vi ser det også som fordelaktig at det presiseres i retningslinjen at praksisperioden innenfor spesialisthelsetjenesten gjennomføres i 3. studieår. Da har studentene gjennomgått undervisning i rehabilitering og patologi, og får dermed høyst sannsynlig økt læringsutbytte i praksis. Læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudiene bør tydeliggjøres.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 3
- 51. Begrunn svaret
 - Stor grad av innfrielse av læringsutbyttebeskrivelsene er krevende i et 3-årig løp. Per i dag oppfatter vi at turnuskandidatene ikke har god nok grunnkompetanse for å utføre fysioterapifaget. Vi mener at basis- og ferdighetsfagene i fysioterapiutdanningen trenger mer plass. Samfunnsperspektivet vektlegges sterkt i utkastet, og vi er usikre på om det er mulig å oppnå bred kunnskap på alle ulike arenaer.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 53. Begrunn svaret
 - Vi støtter tydeliggjøring av praksisstudier, og opplever at 7 ukers varighet er et minimum. Det bør vurderes å øke perioden med en eller to uker.

Angående punktene som omhandler tverrprofesjonell samarbeidslæring har vi erfaring med at dette kan gi redusert utbytte dersom studentene er på ulikt «sted» i sitt utdanningsløp. Det er utfordrende å få det til i praksisperioden.

- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 55. Begrunn svaret
 - I forskriften står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse». Veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Veiledning er en kontinuerlig oppgave for fysioterapeuter, og kompetansen som ligger til grunn kan benyttes både til pasienter, pårørende, kollegaer og studenter. De læringsutbyttebeskrivelsene som omhandler dette i retningslinjen, må kvalifisere for denne oppgaven. Krav om kompetanse på de sykehusansatte veilederne, må sees i sammenheng med hva som skal være universitets- og høyskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine studier i praksis. SØ støtter formuleringen i forskriften om at lærer skal være oppdatert i praksisstedets problemstillinger og sikre kontinuitet, sammenheng og progresjon i studiet. Lærers rolle og krav til oppfølging fra utdanningsinstitusjonens side er for lite tydelig definert i retningslinjen for fysioterapeuter. SØ ønsker at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler, hvor blant annet utdanningsinstitusjonenes ansvar for oppfølgingen av studenter i praksis operasjonaliseres, basert på beskrivelsen i forskriften og retningslinjen.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Retningslinjen bør inneholde krav om avsluttende klinisk eksamen. Kompetansemål 2 (systematisk kunnskapsutviklingsprosjekt) i retningslinjens kunnskapsområde VI kan med fordel tydeliggjøres i form av bacheloroppgave. Samvalg står nevnt under kunnskapsområde «habilitering, rehabilitering og samhandling» under overskriften «kunnskap». Vi

ønsker at det suppleres med: Har kunnskap om taushetsplikt, personvern og borgeres autonomi og rett til samvalg og metoder som understøtter samvalg.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Private sykehus
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Haraldsplass Diakonale Sykehus
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 42. Begrunn svaret
 - Prognosen for demografiutviklingen sier at den eldre befolkning blir større. Spesialisthelsetjenesten skal ta seg av de sykeste multimorbide eldre. Vi synes ikke det kommer tydelig frem at fysioterapeuter skal jobbe med syke og nevnte gruppe spesielt. Spesialisthelsetjenesten har et betydelig behov for å utføre oppgaveglidning mellom profesjonsgruppene, for å utnytte ressursene best mulig. Dette kunne vært tydeligere i kompetansemålene i retningslinjen. Dette betyr for eksempel at kunnskap innen differensial diagnostikk må være høy.
Under kunnskapsområde samfunn og politikk sies det at studentene skal «kjenne til samers rettigheter.....», her bør det tas inn et aspekt som også ivaretar det multikulturelle, generelt.
Tjenesten blir mer digitalisert, det er derfor behov for at helsearbeidene selv er med på å utvikle, forstå og bruke de muligheter som ligger. Digital kompetanse bør således inn som eget fag i utdanningene.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 44. Begrunn svaret
 - Fremtidens pasient forventer å være informert og ta aktiv del i behandlingen. Retningslinjen bør fremheve bruk av teknologi som en del av behandling, samt hvordan en kan nå brukerne med informasjon ved hjelp av ny teknologi.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivare tatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 7
- 46. Begrunn svaret
 - Vi ser det som nyttig og riktig at basiskunnskapene er systematisert og beskrevet, slik at de speiler alle ferdigutdannede fysioterapeuter. Basiskunnskapene er samtidig så generelle at de ikke er fagspesifikke. Det fagspesifikke, det detaljerte, må da være spisset slik at helsefagutdanningene blir komplementære og ikke for like. Her vil det påhvile et stort ansvar på den enkelte utdanningsinstitusjon.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Vi synes generelt at det spesifikke som kjennetegner fysioterapi forsvinner noe i generell kunnskap. Basisfagene anatomi, fysiologi og biomekanikk bør fremheves og ikke ligge implisitt i andre beskrivelser..
Vi savner en fremheving av at fysioterapi er en selvstendig profesjon, uten krav til henvisning fra lege. Vi må således ha solid kompetanse i differensialdiagnostikk.
Kunnskap om journalføring og dokumentasjon savnes.
Fysioterapi som praktisk håndtering av pasienter bør fremheves mer, likeså behandling.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Nei
- 49. Begrunn svaret
 - Det fremkommer ikke av retningslinjen hvilken læringsutbytte en skal ha i praksis.
Det vil være en utfordring å få til tverrprofesjonell samarbeidslæring for alle studenter, hvis dette skal foregå utenfor utdanningsinstitusjonene. Dette fordi praksisen foregår til ulike tider, og det vil være en utfordring å ha «alle» studenter i praksis på samme tid.
Studentene skal treffe brukere i alle aldersgrupper, men like relevant vil det være at de skal treffe brukere tverrsektorielt og med ulike diagnoser-utfordringer.
Spesialisthelsetjenesten blir stadig mer spesialisert og dermed kravene til ferdighetene som kreves for å utøve en kvalitativ

god nok utøvelse. Selvstendig veiledet praksis vil sannsynligvis være vanskelig å få til på stadig flere områder. Dette på grunn av svært kort liggetid og kompleksiteten som ligger i skal behandlingen.

- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 3
- 51. Begrunn svaret
 - o Slik vi ser det er kompetansebehovet svært stort for å kunne jobbe i spesialisthelsetjenesten. Slik vi ser det, vil det på sikt være nødvendig å øke utdanningslengden for å kunne ivareta behovet for tilstrekkelig kunnskap. Det må også påpekes at turnustjenesten er en unik og viktig arena for praktisk læring.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 53. Begrunn svaret
 - o Det er svært ønskelig at veileder har formell veilederkompetanse. Vi ser det også som nødvendig at fysioterapistudenter blir veiledet av fysioterapeuter, med mindre de er i praksis på en arena/sector hvor det ikke jobber fysioterapeuter.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 2
- 55. Begrunn svaret
 - o Med den praksistygden som spesialisthelsetjenesten i dag har, vil dette kravet om veilderekompetanse være vanskelig å gjennomføre i praksis. Turnover er høy og praksistygden er tung. Det er studenter og turnuskandidater kontinuerlig i praksis, så alternative veiledermodeller må vurderes.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Haraldsplass Diakonale Sykehus mener at høringsutkastet er en god start, som et utkast for å få laget felles retningslinjer for helse og sosialfagutdanningene. Overordnet mener vi at retningslinjene blir for generelle og mangler tydeliggjøring av det spesifikke i den enkelte utdanning.
Det er vanskelig å forstå nyansene i begrepene som er brukt for å rangere kunnskapsnivå under kunnskap og ferdigheter. Dette kan skape utilsiktede/uønsket variasjon mellom utdanningsinstitusjonene.

Viktig av kunnskapsområdene burde vært gjort, da noen områder er mer grunnleggende og viktig enn andre. Det bør presiseres at studiet skal inneholde en avsluttende Klinisk eksamen.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Akershus Universitetssykehus
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
 - Det bør forutsettes at utdanningsinstitusjonene samhandler om konkretisering av de nasjonale retningslinjene i lokale planer.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Fysioterapeuters selvstendige behandleransvar, spesielt etter innføring av direkte tilgang til fysioterapi, medfører et større behov for kunnskap om å kunne diagnostisere generelt, og identifisere alvorlig sykdom spesielt. Betydningen av kunnskap om patologiske prosesser er for lite vektlagt.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
 - Behov for å tydeliggjøre læringsutbytter i praksisstudiet.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
 - Veileder i de lange praksisperiodene (7 uker eller mer) må være autorisert fysioterapeut og ha veilederkompetanse. Viktig å beholde minimum 30 uker fulltid praksis.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Begrepet "inngående kunnskap" bør kunne kreves på fysioterapeutiske kjerneområder som bevegelsesutvikling, -læring og -kontroll.

NKRs krav til begrepsbruk (taksonomi) bidrar til at innbyrdes vektning i retningslinjene er krevende å forstå, dette gjelder spesielt avsnittene om ferdigheter, f.eks kap.II, pkt 7 "Kan beherske instruksjon og veiledning i undersøkelse og behandling" i forhold til pkt 2 "Kan anvende ulike motivasjons- og mestringsteorier".

Viktig å opprettholde kravet til ett års veiledet turnustjeneste for å få autorisasjon som fysioterapeut.

For øvrig støtter Ahus innspillene fra Helse Sør Øst vedrørende fysioterapiutdanningen.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Privatperson
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Høgskulen på Vestlandet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 7
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Ja
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 4
- 51. Begrunn svaret
 - o Utdanningen kunne vært 4-årig for å kunne gå mer i dybden på fagstoffet
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 53. Begrunn svaret
 - o Læringsutbyttet i praksis er stort
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 55. Begrunn svaret
 - o Ved lengre praksis burde utdanningen også vært lengre for å få nok teoretisk kunnskap.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi)
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen

- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivare tatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) vurderer at læringsutbyttebeskrivelsen bør være mer konkret med tanke på å ivareta brukere og pårørende med minoritetsbakgrunn. Dette kan oppnås på følgende måte:

Kandidatene bør:

- få kunnskap om lovverk som kan medføre rett eller plikt til bruk av tolk.
- få kjennskap til Nasjonalt tolkeregister, samt kunnskap om bestilling og kommunikasjon via tolk.
- få kunnskap om vold og omsorgssvikt i form av negativ sosial kontroll, tvangsekteskap, å bli etterlatt i utlandet mot sin vilje og kjønnslemlestelse.
- få ferdigheter i å gjøre risikovurderinger og kjenne til metoder for å håndtere konflikter og redusere faren for uønskede hendelser i arbeid med barn og unge utsatt for negativ sosial kontroll, ved fare for tvangsekteskap, å bli etterlatt i utlandet mot sin vilje eller kjønnslemlestelse.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - BarnsBeste - nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivare tatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - BarnsBeste – nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende savner kompetanse på hvordan foreldre og søskens helseproblemer og død påvirker barn og unge i familien, og hvordan helsepersonell kan bidra til at barn som er pårørende får informasjon og nødvendig oppfølging.

Helsepersonelloven § 10a

Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken

Helsepersonelloven § 10b

Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er etterlatte etter foreldre eller søsken

Veileder IS-2587

Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten

Rapport IS-0522 Barn som pårørende – resultater fra en multisenterstudie

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20p%c3%a5r%c3%b8rende-IS-0522.pdf>

www.barnsbeste.no

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Høgskulen på Vestlandet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 5
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Ja
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 3
- 51. Begrunn svaret
 - o Burde vært en lengre utdanning. Trenger mer dybde i de ulike temaene/ pasientgruppene.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 53. Begrunn svaret
 - o Det er i praksis vi lærer best.
Burde hatt en ukes praksis etter hver temabolk (barn, nevro, geriatri)
Når praksis er på samme plass i 10 uker blir pasientvariasjonen smal.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 55. Begrunn svaret

- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Som student synes jeg retningslinjene var for generelle for å kunne forstå og argumentere for og i mot.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Stavanger kommune, helse og velferd
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 42. Begrunn svaret
 - o Det er vanskelig å se hvordan læringsutbyttene i stor nok grad vil være tilpasset framtidige behov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Flere med omfattende sammensatte behov skal få behandling og oppfølging i eget hjem. Dette vil kreve fagpersoner som bruker tilegnet kunnskap på tvers av kunnskapsområder som inndelingen i retningslinjen viser. Å få fagpersoner som er trygge på egne faglige vurderinger samtidig som de er åpne, ydmyke og kritisk reflekterende er viktig. Relasjonelle ferdigheter og teamkompetanse bør innarbeides i retningslinjene. Fysioterapeuter må evne å sette egen praksis inn i en større sammenheng; hele pasientens liv i lys av fortid, nåtid og framtid.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 44. Begrunn svaret
 - o Retningslinjene er ikke avgrenset til dagen sykdomsbilde. Men det er vanskelig å vite i hvor stor grad kunnskapen og ferdighetene vil gjenspeile nye problemstillinger som kan oppstå. Flere lever lenger med kronisk sykdom eller kade. Behovet for fysioterapikompetanse vil variere hvor i sykdomsforløpet pasienten befinner seg. Krav til å vurdere måloppnåelse, nytteverdi av behandling og prioritering vil bli en konsekvens av at enda flere enn de som antallet fysioterapeuter kan ivareta vil ha behov for behandling.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 9
- 46. Begrunn svaret
 - o Veldig mye er uspesifikt og til dels vanskelig å skjønne hva innebærer. Dette gjelder hvilke teorier, metoder og kunnskapsgrunnlag som skal benyttes. Studiets oppbygging er lite konkret og burde hatt mer felles oppbygging på tvers av studiested.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Kunnskap og kompetanse om
 - teamarbeid.
 - forbedringsmetodikk
 - tjenesteinnovasjon
 - etikk og kulturforståelse.
 - inkludering, likestilling og ikke-diskriminering.
 - kunnskap om minoritetshelse.
 - relasjonell kompetanse

Behersker kommunikative ferdigheter som er nødvendig for å tilpasse instruksjon og veiledning i undersøkelse og behandling tilpasset pasientens behov.

Kan anvende relevante kartleggingsverktøy i undersøkelse og vurdering av behov.

Kan anvende kunnskap og metoder som styrker brukermedvirkning på individ- og systemnivå (det står under habilitering og rehabilitering noe rundt om dette, men det gjelder alle brukere og pasienter).

Kunnskap og kompetanse for å vurdere behandlingsbyrde for pasienter.

Kreativ kompetanse – kan sette sammen kunnskap og ferdigheter på nye måter slik at de tilpasses pasientens behov eller bidrar til kunnskapsutvikling – ny kunnskap

Kompetanse på kritisk refleksjon (både på egen praksis og i tverrfaglige settinger)

Kunne bidra med kunnskap om funksjon, bevegelse, aktivitet og deltakelse inn i plan- og utviklingsarbeid på «ikke-helsefagspesifikke» områder som; byutvikling, bo- og nærmiljø, natur og friluftsliv.

Kunne anvende motivasjons- og mestringsteori inn i habilitering og rehabilitering.

Kunnskap og ferdigheter for å kunne kommunisere på tvers av profesjoner og med pasient og pårørende. For eksempel betyr «funksjon» noe annet når en fysioterapeut snakker om det, enn når en sykepleier eller lege gjør det.

Kunnskap om prioriteringer på individ, administrativt og politisk nivå. Kunne anvende denne kunnskapen til å vurdere kost – nytte av behandling av enkeltindivid og grupper.

Kunnskap om velferdsteknologi og ferdigheter til å ta i bruk velferdsteknologi i undersøkelse, behandling og oppfølging av pasienter med behov for fysioterapi.

Kunnskap om å innhente, lese og vurdere relevant forskning.

Kunnskap om implementering.

Kunnskap om ernæring for alle pasienter (ikke bare kjenne til under folkehelsearbeidet).

Kunnskap og kompetanse til å bidra inn i pasientsikkerhetsarbeid.

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
 - o Det er usikkert hvordan en tenker at en skal gjennomføre praksisstudier knyttet til folkehelsearbeid, og hvem som skal være ansvarlig for nok slike praksisplasser for studentene. Hvis det er kommunen som er ansvarlig vil det være vanskelig både å ha tilstrekkelig antall plasser, eller fysioterapeuter i stillinger som kan være veiledere.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
 - o Det er vanskelig å vite omfanget på tiltakene som står i retningslinjene. Derfor er det vanskelig å ta stilling til hvorvidt dette er gjennomførbart.
Fysioterapeututdanningen er foreslått med 30 ukers praksis, hvorav minst 7 uker gjennomføres i hhv den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det stilles krav til innhold og til veilederkompetanse.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 2
- 53. Begrunn svaret
 - o I utdanningen til fysioterapeuter ligger en veiledningskompetanse og evne til refleksjon knyttet til egen praksis. Dette gjør mange av fysioterapeutene godt i stand til å veilede studenter. Samtidig bør praksisplassen ha gode rutiner for hva som forventes av veiledere i egen organisasjon og intern undervisning og opplæring ved behov. Formell kompetanse vil være et pluss, men ikke nødvendig. De organisasjonene som har personer med formell kompetanse kan bruke denne internt for å styrke kollega. Men at alle som er veiledere skal ha formell kompetanse er ikke ønskelig.
Når det gjelder krav til innhold er det kun punktet som gjelder folkehelsearbeid som kan bli utfordrende. Kravene for øvrig er ok.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 2
- 55. Begrunn svaret
 - o Det vil ikke være mulig å ha veiledere med formell veiledningskompetanse til alle studentene. Dette kan ikke være et krav til praksisplassene. Innholdet med unntak av praksisstudier knyttet til folkehelsearbeid vil være gjennomførbart.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Formålet til utdanningen beskriver godt hvordan studiet skal vektlegge evnen til samhandling, kritisk refleksjon og livslang læring. Det er imidlertid vanskelig å se dette like tydelig i læringsutbyttene.
Det er uryddig at kunnskapsområder står som eget kapittel uten å nevne ordet læringsutbyttebeskrivelser. Det kunne alternativt vært Læringsutbyttebeskrivelser knyttet til kunnskapsområder, hvis det er det som er tenkt.
I innledningen til kunnskapsområder står det at det skal speile basiskunnskapene til kandidaten etter fullført bachelorutdanning. Men det bør ikke være basiskunnskap men læringsutbyttebeskrivelse inndelt i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse.
Det burde vært en logisk sammenheng mellom kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse innen de ulike kunnskapsområdene. Det kan virke som noe kunnskap er plassert på et kompetanseområde og så er ferdighetene plassert på et annet. For eksempel står det under «folkehelsearbeid» at studentene skal ha «bred kunnskap om sosiale og helsemessige problemer, inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus og sosioøkonomiske problemer». Og så er ferdigheten «Kan anvende relevant kunnskap for å identifisere og følge opp mennesker som er utsatt for omsorgssvikt, vold og overgrep, og henvise videre ved behov» plassert under kunnskapsområdet «Undersøkelse, vurdering og tiltak».

Oppbyggingen gjør det vanskelig å finne igjen alle felles læringsutbyttebeskrivelsene fra Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk på tvers av profesjonsutdanningene. Det hadde vært en fordel om oppbyggingen på tvers av utdanningene var mer lik, slik at vi lettere kunne sett likheter på tvers av utdanningene. På denne måten kunne vi hatt mer felles undervisning og koordinert tverrfaglig praksis.

- Deler av studiet bør gjennomføres felles med de andre helseutdanninger for å fremme kompetanse til samarbeid, samhandling og tilnærming til brukernes behov. Retningslinjer for ergoterapi, fysioterapi og sykepleieutdanningene må beskrive hvilke fagområder som kan gjennomføres felles.
- Deler av studiene bør gjennomføres felles for å fremme fellesfaglig kompetanse.
- Felles fagtema bør harmoniseres, dette gjelder spesielt:
 - o Menneskesyn og helseforståelse
 - o Folkehelse
 - o Tverrfaglig samarbeid
 - o Habilitering og rehabilitering
 - o Brukermedvirkning

- ☐ Forbedringsarbeid
- ☐ Innovasjon

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - ☐ Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - ☐ Oslo kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - ☐ Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - ☐ Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - ☐ Team fysioterapi, Sarpsborg kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - ☐ Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - ☐ 4
- 42. Begrunn svaret
 - ☐ Kunne vært noe mer fokus på samfunnsutvikling og tilpasning av tjenesten til utfordringene Norge vil møte de neste årene. Pasienter blir behandlet i større grad, og lever lenger med sykdom/funksjonsnedsettelse. Ser at dette gir oss store utfordringer i kommunehelsetjenesten, ved prioritering av pasienter. Stor økning av habiliteringsbarn som blir eldre, mange eldre med kronisk sykdom som stiller større krav til tjenestene (også pårørende). Hvordan skal vi dreie tjenestene våre fra

behandlende til forebyggende? Fysioterapeuter har en viktig rolle for å synliggjøre viktigheten av dette. Fysioterapeutene bør ha kompetanse om frisklivssentraler og hverdagsrehabilitering blant annet.

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 44. Begrunn svaret
 - o Se tidligere svar.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 8
- 46. Begrunn svaret
 - o Det er viktig at basiskunnskapen er lik på studiestedene. De bør kunne legge opp til noe ulike retning selv om de forholder seg til dette. Synes det fungerer godt slik det har vært til nå. Man får litt ulike "briller" på når man kommer ut i arbeid. Vi er utdannet ved 6 ulike steder i teamet vårt, og det tilfører økt faglig kunnskap og gode faglige diskusjoner på arbeidsplassen.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Frisklivssentraler, hverdagsrehabilitering som metode, motiverende Intervju. Kommer ikke tydelig fram omfanget av fokus på geriatri og pediatri). Det er viktig at studentene har god kompetanses på dette, noe vi og turnuskandidatene selv opplever som noe mangelfullt i turnusperioden.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
 - o Det høres ut som et ambisiøst krav at veileder skal ha formell veilederkompetanse. Da må det legges opp til veilederutdanning også følger med, enten i regi av skolene eller fylkesmannen. Dette gjelder også for turnusfysioterapeutene. Her i Østfold kjenner vi kun til 2 slike kurs hos fylkesmannen de siste 11 årene. Det er også ønskelig som praksissted at man for en liten godtgjørelse for jobben som veileder, i form av penger eller kurs.

Det hadde vært flott om studentene kunne ha observasjonspraksis ved frisklivssentral og i hverdagsrehabiliteringsteam.

- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 5
- 51. Begrunn svaret
 - o Det har i mange år vært snakk om 5 åring utdannelse. Støtter dette. Dagens utdanning gir litt kunnskap på mange emner og felt. Studentene som kommer ut i turnus gir alltid tilbakemelding på at de føler de har for lite kunnskap om diagnoserettede undersøkelser og behandlingstiltak. Direktetilgang til fysioterapi utfordrer oss som faggruppe ytterligere på dette område.
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 53. Begrunn svaret
 - o Det høres ideelt ut. Savner spesifisering av Friskliv, lærings - mestringssenter, hverdagsrehabiliteringsteam på listen. Det stilles også krav til at utdanning av veiledere settes i system.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 2
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Turnuskandidatene gir tilbakemelding på at de savner mer anvendelig teori. De mest nyttige forelesningene er de hvor gjesteforelesere forteller om praksis. Det blir mye teori i forhold til for eksempel etikk og kulturforståelse som er vanskelig å

knytte til praksis. Kan man ha eksempler fra kommuner/institutter som jobber mye med mennesker fra andre kulturer. Hvordan man praktisk kan jobbe som fysioterapeut med tolk osv.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - 1. Krav til veileder:

Slik retningslinjene i dag foreligger stilles det svært ulike krav til den som skal være veileder, fra ingen krav til relativt detaljerte krav uten at vi kan se at det er noen faglig grunn til ulikhet. Av hensyn til likebehandling og sammenheng i regelverket bør det derfor som et utgangspunkt stilles de samme formelle krav til den som skal være veileder i praksis i utdanningene som er regulert ved nasjonale retningslinjer. Den som skal være veileder må kunne faget godt og være trygg i sin rolle. Vedkommende skal ha ansvar for og veilede studenter med til dels lite praktisk erfaring fra faget.

Praksis er viktig i norsk helsefaglig utdanning, og det å stille krav til den som skal være veileder er en del av kvalitetssikringen av praksisen. Vi vil derfor foreslå at det i alle retningslinjene, som et utgangspunkt, stilles krav til veileder både når det gjelder profesjonskompetanse, formell veilederkompetanse og kompetanse fra å arbeide kunnskapsbasert. Det vil si at vedkommende bør ha gjennomført den aktuelle utdanningen, ha vært yrkesaktiv innen profesjonen et bestemt antall år og at vedkommende har veiledningsutdanning på minst 10 studiepoeng på masternivå. For de utdanningene som det gjelder en autorisasjonsordning for må det også stilles krav om at veileder innehar aktuell norsk autorisasjon.

2. Krav til praksisperioder:

Praksis har stor betydning i norsk utdanning, og teori og praksis går hånd i hånd. Dette skiller ofte norsk utdanning fra utenlandsk utdanning. I de ulike utdanningene er det i retningslinjene noe ulike krav til totalt omfang av praksis og om det stilles krav til den enkelte praksisperiodens lengde. Helseklage mener at det bør være minst to lengre praksisperioder, på minst sju uker, i alle de ulike utdanningene og at dette må fremgå klart av retningslinjene. Det tar tid å komme inn i faget, og

etter vårt syn vil ikke korte praksisperioder gi den samme kontinuiteten og læringseffekten som lengre praksisperioder. Ved å stille krav til praksisperiodenes lengde tydeliggjøres praksisens betydning i utdanningen.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Sunnaas sykehus HF
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 42. Begrunn svaret
 - Vi er enige med Ullevål sykehus som fremhever at det er utfordrende å vurdere dette siden læringsutbyttebeskrivelsene ikke er konkretisert/vektallsberegnet, men at retningslinjen allikevel vurderes å være i tråd med framtidig kompetansebehov.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 44. Begrunn svaret
 - Vi støtter Ullevål sykehus sitt høringssvar. Det er stort behov for å styrke fysioterapeutenes pedagogiske grunnkompetanse siden pasientmøtene i større grad enn tidligere dreier som om vurdering og veiledning for oppfølging på et lavere omsorgsnivå eller hjemme.

Det er også et behov for å styrke studentenes evne til å ta i bruk ny teknologi innen rehabilitering, f.eks. robotikk for mengdetrening.

- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 7
- 46. Begrunn svaret
 - For vår institusjon er det viktig at vi vet hva vi får når vi ansetter en fysioterapeut utdannet i Norge, med andre ord ønsker vi en forholdsvis stor grad av standardisering. Det er noe vanskelig å se ut fra læringsutbyttebeskrivelsene hvordan dette vil slå ut siden fagene ikke er vektet.

Vi støtter Ullevåls synspunkt at nasjonal standardisering gir større mulighet for studentmobilitet og bedre felles grunnlag for å forbedre utdanningene.

- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Vi er enig med Ullevål sykehus at ordlyden i retningslinjen på enkelte steder er svært generell og diffus og dermed kan gjelde en hvilket som helst helsefagutdanning, f.eks. første avsnitt under formål. Vi vil gjerne ha inn flere fysioterapispesifikke begreper.

"Kan anvende digital kompetanse og bistå i utvikling av, og bruke, egnet teknologi både på individ- og systemnivå" er plassert under kunnskapsnivå IV, og kan dermed oppfattes som relatert til forskning og innovasjon. Dette er kunnskap som er nødvendig også undersøkelse og behandling og kan dermed kanskje flyttes under til andre kunnskapsområder?

I Område III, pkt. 3 underferdigheter nevnes "barn, unge og eldres behov for behandling". Betegnelsene på aldersgruppene kan sikkert oppfattes ulikt, men for oss ser det ut som om voksne med behov for behandling er utelatt.

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
 - Vi er enige med Ullevål sykehus i ønsket om at praksisperioder i spesialisthelsetjenesten skal foregå i 3. studieår og at dette kommer fram i retningslinjen. I spesialisthelsetjenesten er det ofte komplekse problemstillinger som skal håndteres og dette

krever forkunnskaper. Vi ser i likhet med fysioterapeutene på Ullevål at studentene strever med å kombinere undersøkelse og behandling/tiltak.

- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
 - o Siden det ikke lenger er krav om rekvisisjon for å gå til fysioterapeut, er det viktig at studentene blir godt skolert. Pr i dag opplever vi at ferske turnuskandidater ikke har god nok kompetanse til å utøve fysioterapifaget. Vi er enige med Ullevål sykehus at basisferdighetene trenger mer plass. Samfunnsperspektivet er sterkt vektlagt i forslaget, men vi er usikre på om det innen for rammen av 3 år er mulig å oppnå bred kunnskap også på denne arenaen. Samisk språk, kultur og rettigheter er nevnt under 2 kunnskapsområder. Derimot er andre kulturer som i dag preger deler av helsevesenet knapt synlig. Kan dette balanseres bedre?
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 53. Begrunn svaret
 - o Studentene har stort behov for praksis. Vi får i dag av og til studenter som knapt har tatt i pasienter. 7 uker er minimum i spesialisthelsetjenesten for å oppnå tilstrekkelig læring og opplevelse av mestring.

Tverrprofesjonell læring i praksisperioden går i noen grad ut over den særfaglige læringen og bør etter vår mening derfor komme i tillegg.

- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 55. Begrunn svaret
 - o I retningslinjen står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse». I vårt sykehus er det mange fysioterapeuter som veileder studenter og det vil ikke være gjennomførbart at alle har formell veilederkompetanse.

Vi er enige med Ullevål sykehus om at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Veiledning er en kontinuerlig oppgave for fysioterapeuter, og kompetansen som ligger til grunn kan benyttes både til pasienter, pårørende, kollegaer og studenter. De læringsutbyttebeskrivelsene som omhandler dette i retningslinjen, må kvalifisere for denne oppgaven.

Krav om kompetanse på de sykehusansatte veilederne, må sees i sammenheng med hva som skal være universitets- og høyskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine studier i praksis. OUS støtter formuleringen i retningslinjen om at lærer skal være oppdatert i praksisstedets problemstillinger og sikre kontinuitet, sammenheng og progresjon i studiet. Lærers rolle og krav til oppfølging fra utdanningsinstitusjonens side er for lite tydelig definert i retningslinjen for fysioterapeuter. Sunnaas sykehus opplever i dag at samarbeidet med kontaktlærer på OsloMet er godt, men det kan ikke være opp til det enkelte helseforetak og den enkelte utdanningsinstitusjon å fremforhandle løsninger på dette. Vi støtter Ullevål sykehus ønske

om at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler, hvor blant annet utdanningsinstitusjonenes ansvar for oppfølgingen av studenter i praksis operasjonaliseres, basert på beskrivelsen i forskriften og retningslinjen.

- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Støtter Ullevål sykehus i at retningslinjen bør innehold krav om avsluttende klinisk eksamen og bachelor oppgave. Dette vil sikre standardisering nasjonalt.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Interesseorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Pårørendealliansen
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Kunnskap om pårørende bør inn i utdannelsens fagplaner

Dette studiet krever kontakt med pasienter/brukere og i mange tilfeller også deres pårørende.

Mange kan være i en pårørendesituasjon når de møtes av studentene i og etter endt utdanning.

Å få inn kunnskap om pårørende tidlig i utdannelsen er med på å forberede studentene til bedre å samarbeide med og vurdere behovene til pårørende etterpå.

Pårørendealliansen mener at det derfor må inn en basiskunnskap om pårørende som gir kunnskap om hvem de kan være, hvilke utfordringer de har og hvordan man kan samarbeide og involvere dem.

Det bør også være rom for øvelser og refleksjoner på situasjoner og utfordringer som angår pårørende, som studentene kan møte etter endt utdanning og i praksis.

Mengden undervisning som trengs må være tilpasset studiet men studentene bør minimum kjenne til og ha gått gjennom:

- Veilederen for pårørende i helse og omsorgstjenesten 2017
- Fagbok så som : <https://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Sykepleie/Samfunnsvit.-emner/Paarørende-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>
- Ulike artikler og innlegg vedrørende pårørende fra egne fagmiljøer og andre fagblader
- Kunnskap om Lærings og mestringssentre sykehus, Kompetansesenter etc
- Kunnskap om Pårørendeundersøkelser/brukerundersøkelser der hvor de finnes
- Nyttige nettsteder så som Barns Beste (barn som pårørende), napha.no, erfaringskompetanse.no og så videre

Videre bør det være relevant at man trekker inn pårørende som erfaringskonsulenter fra ulike organisasjoner inn i undervisningen og lar dem selv fortelle om utfordringer de står i. Ulike Pårørendesenter besitter også god kunnskap. En økt forståelse for og kunnskap om pårørende vil gi alle studenter og nyutdannede bedre forutsetninger for å møte dem og ha bedre samarbeid. Dette er relasjoner de vil ha og møte under hele sin karriere og derfor viktig å få inn tidligst mulig. Vi står til tjeneste dersom det ønskes mer innspill.

Med vennlig hilsen
Pårørendealliansen

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - OsloMet - storbyuniversitetet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 42. Begrunn svaret
 - Flere mener at det er uklart hva som legges i «fremtidig kompetansebehov». Hvordan er det definert og av hvem? Svaret på det får betydning for i hvilken grad retningslinjen er i tråd med tjenestens fremtidige behov. Fagmiljøet er delt i synet på hva som kan/bør være fysioterapeuters bidrag til å dekke tjenestens behov. Dersom man tenker at tjenesten har behov for et mer helsefremmende og forebyggende perspektiv og tverrsektoriell kompetanse, synes retningslinjen å dekke disse ganske godt. Dersom man derimot mener at tjenesten fortsatt har stort behov for fysioterapeuters kompetanse innen undersøkelse, vurdering, behandling og habilitering/rehabilitering, er retningslinjen for generell og upresis. Det synes å være bred enighet om at generiske læringsutbytter har fått vesentlig større plass enn de profesjonsspesifikke, og at fysioterapi og fysioterapeuters særlige kompetanse er for utydelig.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 44. Begrunn svaret
 - Det er vanskelig å vurdere om retningslinjene er i tråd med den kompetanse fysioterapeuter bør ha for å kunne imøtekomme brukernes behov for fysioterapitjenester, slik de er bygget opp. I beskrivelsen av kunnskapsområdene er «brukeren» (eller «personen») lite tydelig, utover at de er i ulike aldersgrupper. Det henvises ikke til ulike patologiske tilstander, ulike behov i akutt – kronisk fase, ulike behov v/ulik grad av ervervede/medfødte funksjonshemminger osv. Nå som fysioterapeuter er omfattet av «direkte tilgang», er ikke det ekstra ansvaret dette medfører adressert. Viktig at fysioterapeuter kan gjøre grundige funksjonsvurderinger og henvise videre dersom de har mistanke om «røde flagg». Brukerne vil være tjent med at fysioterapeuters handlingskompetanse innen undersøkelse, vurdering og behandling/valg av tiltak er tydeliggjort. Hva vil en fysioterapeut kunne bidra med overfor brukeren som ikke andre yrkesgrupper kan? Dette er for utydelig. Når det gjelder hvordan brukeren er inkludert i retningslinjene, savnes tydeliggjøring av betydning av det kulturelle mangfoldet, oppvekstforhold og livsløpsperspektivet. Det er også mangelfullt beskrevet hvordan brukeren inkluderes i alle beslutningsprosesser mht fysioterapeutiske tiltak. Samfunnet endrer seg raskt, og dagens unge vil oppleve andre helseutfordringer enn vi har hatt. Samtidig vil store pasientgrupper innen NCD's og muskel/skjelett bestå. For disse store gruppene beskriver antakelig retningslinjen mye av deres behov - som vi kjenner, mens de unges behov er vanskelig å vite så mye om. Retningslinjene er mindre tydelig på det vi i dag ser av helseutfordringer og – behov hos de unge; de som faller ut av arbeidslivet, ikke klarer å fullføre skolegang osv – av mange og ulike grunner.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 5
- 46. Begrunn svaret
 - Det er ulike meninger om hvor autonome utdanningene bør være. De fleste høringsinnspillene mener det er viktig med autonomi, og at retningslinjene gir åpning for det. Mange av kommentarene påpeker at dette er veldig vanskelig spørsmål å svare på da begrepsbruken er uklar, læringsutbyttebeskrivelsene er ufullstendige, og det er mangel på definisjoner og avklaringer. En sier: «Kan ikke ta stilling til dette spørsmålet før beskrivelse av kunnskap, ferdighet og generell kompetanse blir mer spesifikk for fysioterapifaglig kompetanse og så lenge beskrivelsene er på så ulike språklige nivå. Noen av LUB'ene er runde og generelle mens andre er detaljerte. Det er ikke helt klart hva som tilsier høy detaljeringsgrad på noen LUB'er og

mindre på andre. På det fysioterapispesifikke synes detaljeringsgraden å være minst. Når man bruke begreper som «bred kunnskap» forplikter det i liten grad, og inviterer til stor mulighet for lokal tilpasning i forhold til institusjonens ressurser. Er det bevisst at det fysioterapifaglige er mindre tydelig for å åpne for høy grad av autonomi? Er det f.eks ulik vektlegging mht frisktrening, forebygging og gruppeaktiviteter på den ene siden og individuell behandling og habilitering/rehabilitering på den andre siden – mellom utdanningsinstitusjonene? Lærer man ulike tiltak på de ulike utdanningene? Vi tror det er forskjeller mellom utdanningene, og mener at retningslinjene åpner for en videreføring av disse. Men det er selvsagt en viktig diskusjon i hvilken grad det skal/bør være slike forskjeller.

- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Flere mener at inndelingen i kunnskapsområder ikke er hensiktsmessige for å få frem fysioterapeuters særlige kompetanse. Begrepsbruken for beskrivelse av læringsutbyttene er åpen for mange tolkninger og er ofte for utydelige. Særlig fysioterapeuters handlingskompetanse og fysioterapi som fagutøvelse er til dels fraværende. Mange av LUB'ene kunne vært skrevet om mange andre profesjoner – det profesjonsspesifikke blir usynlig. Det er mye på relasjonell kompetanse og generiske LUB'er. Men det savnes sterkt at vi får mer på «ferdigheter» og «generell kompetanse» som synliggjør fysioterapiutøvelse. Dette gjelder særlig kunnskapsområde II og III, slik det står nå. Under ferdigheter i kompetanseområdene, mangler ofte en hensikt, særlig i II og III; Hva skal oppnås? Det kommer heller ikke godt nok frem at den fysioterapeutiske utøvelsen (veldig ofte) skal skje/skjer i en tverrfaglig kontekst. Det savnes et overordnet kunnskapsområde, evt. formuleringer i «formål» som sier noe om at fagutøvelsen skal skje med respekt og åpenhet, i tråd med yrkesetiske retningslinjer, i et samspill preget av anerkjennende kommunikasjon, være kunnskapsbasert osv. Nå er det litt tilfeldig hvor noen/flere av disse elementene tas med. En kommenterer at fysioterapeuter i fremtiden trenger med veiledningskompetanse, enn «behandler»-kompetanse. Brukere må kanskje i større grad selv ta ansvar for «vedlikeholdstrening», både pga ressursmangel/helsepolitiske prioriteringer og endret rolleforståelse og ny kunnskap om hva som er av betydning for funksjonsbedring.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 49. Begrunn svaret
 - Om det er hensiktsmessig/gjennomførbart, avhenger av praksisfeltet og hva som legges i «praksisfeltet». Det kan være vanskelig å få (forpliktende) avtaler med KHT, SPHT, private institusjoner, frivillig sektor og andre praksisarenaer i det omfanget som er nødvendig, og på det tidspunktet i utdanningsforløpet det legges opp til. Hvis man med «praksis» mener «autentisk praksis», dvs noe som foregår helt utenom utdanningsinstitusjonen og på arenaer som er løsrevet fra denne, vil det kunne få betydning for hvordan praksis organiseres ved OsloMet i dag. Det er viktig og ønskelig med variert praksiserfaring. Et krav om min 2 sammenhengende praksisstudier i de to siste årene er bra. Det kan være at 3 perioder, hver på 6 uker er mer hensiktsmessig. Men lengde avhenger også av praksisplassen; Hvor mye variasjon kan tilbys? Hvor mye direkte pasientkontakt får studentene anledning til? For å få godt læringsutbytte, er det viktig med nært samarbeid utdanning – praksisfelt og med veiledere med tilstrekkelig faglig og pedagogisk kompetanse. Det er viktig at studentene utfordres på å underbygge praksis med teori, og at ikke studentene benyttes som «gratis arbeidskraft». Praksis er mer enn bare «ren praksis», og dette må gjennomsyre hva studentene blir utfordret på gjennom praksisperioden og uttrykkes klart gjennom LUB. Når det gjelder de to kulepunktene om tverrprofesjonelt samarbeid kan de gjerne slås sammen til ett. Det er viktig at studentene får erfaring i tverrprofesjonelt samarbeid, men ikke at dette betinger at studenter fra andre profesjonsutdanninger har praksisperiode samtidig (slik 5.kulepunkt beskriver). Det vil kunne innebære store utfordringer mht logistikk og kan på bekostning av andre verdifulle praksiserfaringer.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 4
- 51. Begrunn svaret
 - Fagmiljøet mener at dette er vanskelig å svare på, slik LUB'ene er beskrevet nå. Flere mener at det nå vil måtte kreves noe i tillegg til utdanningenes formål pr i dag – bla. innenfor ledelse, innovasjon og veiledning. For samtidig å styrke LUB'ene i forhold til det fysioterapispesifikke, er 3 år (for?) kort tid! Senere er det blitt reist en diskusjon i kollegiet om behovet for 5-årig utdanning. Dette var det et unisont «ja» til!
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 53. Begrunn svaret
 - Her mener noen i fagmiljøet at det er viktig at veileder både har fysioterapispesifikk – og veilederkompetanse på høyt nivå, mens én mener det ikke behøver være et krav om fysioterapikompetanse, men kun veilederkompetanse. Det påpekes at det er et paradoks at som ansatt på utdanningsinstitusjonen er det krav om 1.stillingskompetanse, mens veiledere kan være

ferske rett etter turnus. Man må sikre at veiledning holder et høyt nivå og kan rette seg både mot fysioterapispesifikke anliggender og mer generelle/tverrfaglige. Det er ikke ønskelig at studentene utdannes til «generelle helsefagsarbeidere».

- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 55. Begrunn svaret
 - o Her er en del av begrunnelsene gitt tidligere. Mye er avhengig av at man får til et formelt, forpliktende samarbeid med aktører i praksisfeltet. Man har lang erfaring med enkelte helseforetak som fungerer godt. Det bør være mulig å få til tilsvarende samarbeid med kommuner, men vil nok ta tid. Det bør være et satsningsområde å bygge opp veilederkompetanse.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Det synes å være store forskjeller mellom hvilke instruksjoner/føringer den enkelte arbeidsgruppe har fått for å utarbeide retningslinjene. For eksempel gjelder det bruk av verb for å beskrive LUB'er, og om bacheloroppgaven kan beskrives spesielt eller ikke. Det er uheldig. Retningslinjen fremstår som noe sprikende i form og innhold. Noe er for ambisiøst, noe er for generelt, noe er veldig detaljert. Det er uklart for oss hvordan taksonomiske nivå mellom kunnskaper – ferdigheter – generell kompetanse skal forstås. Ligger det en heving mellom nivåene med generell kompetanse som det høyeste? Eller er de

sidestilte? For å kunne ha ferdighet i noe kreves kunnskap. Hvis det er en heving fra kunnskap til ferdighet får det betydning for hvordan LUB-ene skrives.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Interesseorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - KS
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Kompetansesenter for sjeldne diagnoser
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

o Generelt om nedsatt funksjonsevne og sjeldne diagnoser

De foreslåtte retningslinjene mangler gjennomgående noen vesentlige punkter om mennesker med nedsatt funksjonsevne og om behovet for kunnskap om sjeldne diagnoser. Vi har valgt å kommentere denne delen av retningslinjene. Formuleringene er noe forskjellig avhengig av hvilken utdanning det gjelder.

Brukergruppene innenfor Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser representerer et bredt spekter av enkeltmennesker som i varierende grad er avhengig av tjenesteytere i helse- og sosialsektoren. Mange har sammensatte utfordringer av tverr-faglig karakter, som krever samordning og koordinering av tjenestene. Manglende kunnskap og kompetanse hos tjenesteyterne medfører tilleggsbelastninger for våre brukergrupper sammenlignet med hva som gjelder for den øvrige befolkningen. Derfor må kunnskap om mennesker med nedsatt funksjonsevne, herunder om det å leve med en sjelden diagnose, tas med i retningslinjene for utdanningene.

Hele familien berøres alltid når noen får en sjelden diagnose. Det spesielle ved mange sjeldne diagnoser er at både flere barn og én av foreldrene kan ha den samme sjeldne diagnosen. Dette krever kunnskap og særlig oppmerksomhet fra helse- og sosialfaglig ansatte.

1. Holdninger

Mennesker med en sjelden diagnose ønsker å bli møtt på lik linje med andre bor-gere i alle deler av samfunnet. De bør møte tjenesteytere som har god forståelse og holdninger som sikrer likeverd og likebehandling, uansett funksjonsevne. I dette ligger også en forståelse for de særlige utfordringene som mange mennesker med en sjelden diagnose møter.

2. FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) er underskrevet og ratifisert av Norge. Yrkesutøvere i helse- og sosialsektoren bør kjenne til innholdet i denne og sikre likeverdig behandling av brukere med nedsatt funksjonsevne.

Vi viser blant annet til Norges hovedinnlegg i generaldebatten CRPD 2018, datert 13. juni 2018. Her fremheves følgende tre områder: Inkludering og bevissthet, kunnskap og statistikk og utdanning. I det svært korte innlegget kan vi lese at "Continued efforts are required to run awareness and knowledge programs on the situation for persons with disabilities". Vi mener at én hensiktsmessig måte å sikre dette på er å få slik kunnskap og bevissthet inn i helse- og sosialfagutdanningene.

Vi har også lagt merke til at Barne- og likestillingsdepartementet er i gang med å utarbeide en ny strategiplan for likestilling av mennesker med nedsatt funksjonsevne. Også i denne sammenheng vil vi ta til orde for at kunnskap om CRPD hører hjemme i helse- og sosialfagutdanningene og at synliggjøringen av mennesker med nedsatt funksjonsevne gjennomgående øker innenfor disse utdanningene.

3. Konsekvent ordbruk

Måten mennesker med nedsatt funksjonsevne blir skrevet og snakket om på er også viktig for den som har en sjelden diagnose. Det ligger mye definisjonsmakt i ordbruken. Retningslinjene bør gjennomgående og konsekvent bruke de samme begrepene for å hindre uheldige eller stigmatiserende uttrykk som kan underbygge fordommer. Vi har kommentert dette spesifikt noen steder, men ikke alle steder.

Vi anbefaler at uttrykket fra FN-konvensjonen, mennesker med nedsatt funksjons-evne, benyttes gjennomgående i alle retningslinjene.

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

o I retningslinjen har mye av det viktigste kommet med, men vi har noen kommentarer.

Forslag til endringer/korrigeringer.

- Habilitering, rehabilitering og samhandling
Under Kunnskap, foreslår vi at det settes inn et eget punkt om kunnskap om men-nesker med nedsatt funksjonsevne og om de særskilte utfordringene ved sjeldne diagnoser.
- Samfunn og politikk
Under Kunnskap, foreslår vi at det tas inn et eget punkt om Kunnskap om FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne og om de særskilte utfordringene ved sjeldne diagnoser.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Fagforening
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Norsk Manuellterapeutforening
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Fysioterapeututdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 1
- 42. Begrunn svaret
 - o Fysioterapeutenes grunnutdanning har tradisjonelt vært innrettet mot en situasjon der det foreligger en diagnose _før_ pasienten henvises til fysikalsk behandling. Fysioterapeutenes undersøkelser er i hovedsak rettet mot funksjon, etter at sykdom- eller symptomdiagnose er stilt. Diagnosene har vært stilt av henvisergruppene, som er leger, manuellterapeuter eller kiropraktorer.

Fra 1.1.2018 er henvisning med tilhørende diagnose ikke lenger krav for å sette i gang refusjonsberettiget behandling hos fysioterapeut. Det må forventes at stadig flere vil gå direkte til fysioterapeut uten å ha vært innom noen av de ovennevnte gruppene.

Henvisningsordningen sikret at pasienten først ble undersøkt av kompetent personell, som måtte attestere at pasienten hadde en _diagnose_ og at _fysioterapi_ er «av vesentlig betydning for pasientens sykdom og funksjonsevne» (jf. § 1 i «Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m»). Ved bortfallet av kravet om diagnose og attest fra henvisergruppene, må fysioterapeutene selv utføre disse oppgavene. Dette er oppgaver som det per i dag ikke gis opplæring i.

I den foreslåtte retningslinjen fremgår det under «formål» at fysioterapeuten skal kunne «diagnostisere» knyttet til «kropp, bevegelse og funksjon». En diagnose bare knyttet til kropp, bevegelse og funksjon – en såkalt «funksjonsdiagnose» – vil imidlertid ikke være tilstrekkelig for å kunne oppfylle myndighetenes krav til refusjon, da det også må foreligge en sykdoms- eller symptomdiagnose.

Da Stortinget iverksatte forsøk med bortfall av krav om legehenvvisning ved behandling hos manuellterapeuter og kiropraktorer, var fagmiljøets vurdering at fysioterapiutdanningen og den daværende manuellterapiutdanningen ikke ga tilstrekkelig grunnlag for å kunne stille sykdoms- eller symptomdiagnoser. Det ble blant annet av denne grunn iverksatt tiltak for å styrke denne delen av manuellterapiutdanningen og det ble utviklet en retningslinje for faglig avgrensning og to retningslinjer for undersøkelser og diagnostisering innen manuellterapi. Tilsvarende er ennå ikke gjort for fysioterapiutdanningen.

Under avsnittet «Undersøkelse, vurdering og tiltak» heter det at utdanningen skal gi «_bred_ kunnskap om det erfaringsbaserte og vitenskapelige grunnlaget for fysioterapeutisk undersøkelse, tiltak og evaluering» og «_bred_ kunnskap om sykdom, funksjonsendringer og andre kliniske problemstillinger».

Det er grunnleggende for enhver behandling at det må foreligge en forutgående diagnose og en vurdering av om fysioterapi er av betydning for pasientens sykdom og funksjonsevne. Dette krever _inngående_ kunnskap både om det friske mennesket i alle aldre, og _inngående_ kunnskap om vanlige sykdommer, livstruende og akutte tilstander – spesielt på muskel- og skjelettområdet, og behandling av disse. Hvilken kunnskap det er snakk om må defineres.

Under «Ferdigheter» bør det være et selvsagt krav om at den nyutdannede fysioterapeuten skal kunne identifisere

problemstillinger, gjennomføre sykdoms- og funksjonsdiagnostikk, iverksette behandling og/eller forebyggende tiltak, samt kunne følge opp pasienter i samarbeid med pasient og annet helsepersonell.

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 1
- 44. Begrunn svaret
 - o Det vises til svar på forrige spørsmål. Når pasienter går direkte til fysioterapeut, vil de forvente – og ha behov for – at fysioterapeuten kan undersøke og, i den grad det er mulig, diagnostisere sykdom. Den foreliggende retningslinjen synes ikke å dekke dette grunnleggende behovet.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 10
- 46. Begrunn svaret
 - o Retningslinjene er svært generelle og legger derfor opp til stor autonomi og lite standardisering. De angir verken læringsmål for de ulike semestrene, slik som det gjøres ved medisinstudiet (se f.eks. <https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php>) eller «minstemål» når det gjelder hva en nyutdannet fysioterapeut skal kunne av diagnostikk og behandling. Det nærmeste man kommer spesifisering når det gjelder behandlingsferdigheter, er at studenten skal kunne «reflektere over og utøve fysioterapi som relasjonell prosess».

Etter NMFs syn er dette en alt for generell angivelse av hva en skal kunne forvente av behandlingsferdigheter hos en nyutdannet.

NMF mener også studiets oppbygning burde defineres og omtale de overordnede emner og antall studiepoeng som hvert emne skal utløse. Dette er nødvendig for å sikre at nyutdannede fysioterapeuter har inngående kunnskaper om kropp, vanlige patologiske tilstander og behandling/oppfølging av disse, jf. spm. 41.

Balansen mellom nasjonal standardisering og autonomi bør sikres gjennom den overordnede rammen og gjennom nasjonale prøver for hvert emne.

En større grad av standardisering gjør det mulig med større mobilitet (at studenten kan gjennomføre studiet ved ulike læresteder) både nasjonalt og internasjonalt. Tilrettelegging for internasjonal utveksling vil være i tråd med regjeringens uttalelser om at «Flere studenter bør ha et utenlandsopphold som del av sin norske utdanning, og institusjonene bør systematisk legge til rette for faglig relevant utveksling i alle studieprogram» (<https://www.regjeringen.no/contentassets/538022814c94425c9001a065c2c43fa7/statsbudsjettet-for-2017--tildelingsbrev-for-senter-for-internasjonalisering1.pdf>)

- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Det vises til begrunnelse under 42 og 46. NMF legger ved forslag til innhold i en rammeplan som viser hvilke fagemner som bør inn i rammeplanen og indikerer når i studieforløpet emnet kan gjennomgå (emne 1A tom. 4D er emner som fins i dagens rammeplan, de øvrige er nye emner):

Fag

Rammeplanens emner

- 1A Anatomi (Makro) 3. og 4. semester. 21 studiepoeng (sp)
- 1B Fysiologi 3. og 4. semester. 20 sp. , dvs. + 5 sp i forhold til i dag.
- 2A Psykologi og pedagogikk. 9 sp.
- 2B Kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning. 6 sp.
- 2C Sosiologi og sosialantropologi. 6 sp.
- 2D Stats- og kommunalkunnskap, helse- og sosialpolitikk. 9 sp.
- 2E Vitenskapsteori og forskningsmetode. 15 sp, dvs. + 9 i fht. til i dag.
- 2F Etikk. 9 sp.
- 3A Personlige, sosiale og kulturelle aspekter ved bevegelse. 6 sp.
- 3B Biomekaniske og nevrofysiologiske aspekter ved bevegelse. 12 sp.
- 3C Bevegelsesanalyse og bevegelseserfaring. 6 sp.
- 4A Helse- og behandlingsfilosofi og faghistorie. 6 sp.
- 4B Sykdomslære og funksjonshemming (Patologi). 5. og 6. semester. 15 sp. dvs. + 3 i fht. til i dag.
- 4C Behandling, rehabilitering og habilitering. 42 sp.
- 4D Helsefremmende og forebyggende arbeid. 15 sp.
- NYTT- Humanbiologi – biomedisinsk basalblokk. 1. og 2. semester. 10 sp.
- NYTT-Kjemi – biomedisinsk basalblokk. 1. og 2. semester. 10 sp.
- NYTT-Biokjemi – biomedisinsk basalblokk. 1. og 2. semester. 10 sp.

NYTT-Mikroanatomi/histologi. 3. og 4. semester. 10 sp.
 NYTT-Medisinsk statistikk. 1. og 2. semester. 7,5 sp.
 NYTT-Farmakologi. 7., 8., 9. semester. 8 sp.
 NYTT-Radiologi. 7., 8., 9. semester. 7,5 sp.
 NYTT-Immunologi. 5., og 6. semester. 5 sp.
 NYTT-Oppgradering fra bacheloroppgave til masteroppgave. 10. semester (30 sp, + 15)
 NYTT-Ex.fil. 1. semester. 10 sp.
 NYTT-Medisinsk nomenklaturlære. 1. semester. 10 sp.
 Sum studiepoeng i emnene: 300 sp.

Kommentarer til endringer i fht dagens Rammeplan:

Generelt. Alle emnene i dagens rammeplan beholdes. Noen emner foreslås utvides, og en del nye emner foreslås. Nedenfor begrunnes endringene.

Fysiologi: Fysiologipensum på eksisterende fysioterapistudium er i hovedsak sentrert rundt temaer som arbeidsfysiologi, smertefysiologi, nevrofysiologi og relaterte organsystemer. Fysiologipensum bør imidlertid, spesielt med direkte tilgang til fysioterapeut fra 01.01.2018, gi kandidaten en dypere kunnskap i et større antall organsystemer, – herunder energiomsetning, endokrinologi, fordøyelsessystemet og urinveiene. Uten inngående kunnskap om disse systemene vil en heller ikke få tilstrekkelig oversikt over alle faktorer som påvirker muskel-skjelettsystemene. For å få god kjennskap til hvordan alle systemer fungerer som en helhet forutsetter dette mer biomedisinsk kompetanse. Av denne grunn er det viktig å inkludere biomedisinske basalfag i utdanningen, som kommentert i punkt nedenfor. For å skape en naturlig progresjon i tilegning av kunnskap, bør fysiologi tidsmessig plasseres etter de biomedisinske basalfagene. Samtidig må de plasseres tidlig nok i studieforløpet til å gi tid til modning. Mengde laboratoriearbeid i fysiologiundervisningen bør i tillegg utvides, for å skape en dypere innsikt og for enklere å omsette teori til praktisk viten. Per dags dato har fysioterapistudenter kun laboratorieøvelser og praktisk arbeid relatert til arbeidsfysiologi. Studentene må imidlertid også få praktisk kjennskap gjennom laboratorieøvelser relatert til andre organsystemer – inkludert hjerte/karsystemet, respirasjonssystemet, det sympatiske og parasympatiske nervesystemet.

Vitenskapsteori og forskningsmetode: Mengde metodefag må økes ved overgang fra bachelor-studie til masterstudie. Mer inngående kunnskap om både spesifikk kvantitativ og kvalitativ forskning er viktig, og det må legges opp til at kandidaten får erfaring innenfor begge disipliner. Det vil gjøre kandidaten i stand til å delta mer aktivt i forskning, forstå forskningsartikler, samt forberede en masteroppgave som ligger

- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Nei
- 49. Begrunn svaret
 - o NMF er enig i at praksisstudiet bør foregå både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten da dette er hovedstolpene i den offentlige helsetjenesten.

Avtalefysioterapi er en vesentlig del av kommunenes primærhelsetjeneste. Det er viktig at studentene får praksiserfaring fra denne delen av primærhelsetjenesten, og det må legges opp til at erfaring fra avtalepraksis blir økonomisk gjennomførbart.

Det bør også være kortere praksisperioder ved andre relevante praksisarenaer som f.eks. barnehage, skole osv.

Det er en svakhet at det ikke defineres hvilke yrkessituasjoner/ ferdigheter det skal legges til rette for i praksisperiodene. Dette bør defineres i retningslinjene.

Det bør også tas inn at samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksissted reguleres i avtaler som følger en nasjonal mal.

- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 5
- 51. Begrunn svaret
 - o NMF mener retningslinjen ikke er gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning, hverken slik den foreligger og i alle fall ikke med de nødvendige tilleggene som foreslått av oss. Det er nødvendig å utvide fysioterapeututdanningen til et femårig profesjonsstudium. Flere land har allerede femårig fysioterapeututdanning på masternivå. Når en ser hvilke oppgaver og ansvar norske fysioterapeuter er tillagt gjennom lov- og regelverket, er det opplagt at 3-årig bachelorutdanning ikke gir rom for å utvikle nødvendig kompetanse.

Fysioterapiutdanningen er, selv med de oppgavene som var tillagt fysioterapeuten før 1.1.2018, allerede for kort.

Tidligere leder av NFFs fag- og spesialistråd, lektor ved fysioterapeututdanningen HiOA, Anne Riiser Svensen uttalte til Fysioterapeuten i 2011 at:

«Tre år ikke er nok tid til å gi studentene all den kunnskap de trenger» og «fysioterapiutdanningen i dag er et presset studium». 1)

Maya T. Ringvold, tidligere leder av NFFs fagseksjon, uttalte samme år at «Tre år ikke er nok tid til å gi studentene all den kunnskap de trenger på ulike felt» (...) Slik jeg ser det, vil en endring av grunnutdanningen til femårig masterutdanning være det optimale for pasientene, fysioterapeutene selv, faget og fagutviklingen».2)

Fysioterapeut, professor Eline Thornquist ved Universitetet i Bergen, æresmedlem av NFF, har uttalt at det nå er presset inn så mange elementer i utdanningen at den nesten «knekker sammen».3)

UiO-professor Anne Marit-Mengshoel konstaterer i Fysioterapeuten at manglende praksis og kliniske ferdigheter hos nyutdannede kan gjøre fremtidige fysioterapeuter lite egnet til å møte de krav de vil bli stilt overfor i arbeidslivet.4)

På samme bakgrunn foreslo Faggruppen for manuellterapi m. fl. på Norsk Fysioterapeutforbunds landsmøte allerede i 2004 å arbeide for femårig fysioterapeututdanning. Forslaget ble vedtatt, men er ikke fulgt opp.

Etter 1.1.2018 fikk som tidligere nevnt pasienter direkte tilgang til fysioterapeut. Ny forskrift om funksjon og kvalitet stiller også nye krav til fysioterapeutene. Dette må gjenspeiles i utdanningen slik at fysioterapeutene blir i stand til fylle den nye rollen på en god og trygg måte. Disse nye kravene forsterker behovet for en femårig utdanning ytterligere.

Fotnoter:

1) Fysioterapeuten 4/2011

2) Fysioterapeuten 5/2011

3) Klassekampen 28. september 2013

4) Fysioterapeuten 12.11.2013

- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 5
- 53. Begrunn svaret
 - o Det er ønskelig med krav til innhold i praksisperioden for å sikre at studentene møter et minimum sett av autentiske yrkessituasjoner. Hvilke situasjoner og kompetanse det er snakk om, bør defineres konkret. Det bør f.eks. sikres at studentene gis erfaring fra relevante avdelinger på sykehus, samt private avtalepraksiser og kommunale fysioterapiavdelinger i primærhelsetjenesten. Praksisperiodene bør sikre at studentene får erfaringer fra ulike faser i et behandlingsforløp, at de får erfaring fra arbeid med ulike aldersgrupper så som barn, unge og eldre osv. Bruk av Helsenett, mottak og sending av henvisninger, skriving av epikriser og journalføring er også temaer som er relevante å gå igjennom i praksis. Hvilke temaer som skal gjennomgås bør nedfelles i samarbeidsavtaler mellom utdanningsinstitusjonen og praksisstedet.

I § 3 i «Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger» heter det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse.» Dette betyr at spesifikke krav må utvikles for de ulike fagene. Vi savner beskrivelse av dette i fysioterapiutdanningslinjen.

Praksisperiodene må beskrives med egne læringsutbyttebeskrivelser, arbeidsmåte (læringsaktiviteter som gjør det mulig for studentene å oppnå læringsutbyttet), samt vurderingsordning som er egnet til å vurdere om læringsutbyttene er oppnådd.

- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 55. Begrunn svaret
 - o Hospitering, læring og veiledning er vanlige aktiviteter og foregår hele tiden i klinikkene i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Vi vurderer derfor at 30 ukers praksis er gjennomførbart, men det må avsettes midler til dette i utdanningsinstitusjonenes budsjetter eller på annet vis. Gjennomførbarhet vil også avhenge av hvor man legger listen når det gjelder veilederkompetansen. Dersom listen legges høyt når det gjelder krav til veiledernes utdanning, vil det kunne ta noe tid før man får etablert et tilstrekkelig stort veilederkorps.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Under formål foreslås det at «fysioterapistudiet skal være i samsvar med: (...) Norsk Fysioterapeutforbunds yrkesetiske retningslinjer.»

Disse retningslinjene er sikkert utmerkede, men da dette dreier seg om en offentlig utdanning, kan man ikke referere til en intern yrkesretningslinje som gjeldende norm.

Det bør være et kunnskapsområde i utdanningen som omhandler etikk. Under dette bør det være et læringsmål «å gi innsikt i yrkesetiske retningslinjer i profesjons- og tjenesteutøvelse», uten at noen spesiell yrkesforening skal nevnes eksplisitt.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 42. Begrunn svaret
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 44. Begrunn svaret
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Konkrete innspill:

På s. 3. under pkt. 5. nederst på siden, under overskriften «Ferdigheter» foreslår likestillings- og diskrimineringsombudet å ta med ordet «kjønnsesifikke», som understreket. Setningen blir da:

Kan reflektere over egen og andres praksis og fagutøvelse og forstå at personlige, sosiale, kjønnsesifikke, kulturelle og politiske forhold innvirker på praksis

På s. 5. under overskriften «Kunnskap» foreslår vi å sette inn et nytt punkt:

Har bred kunnskap om pasientenes sykdoms- og helseforståelse i et kjønnsperspektiv.

På s. 8. under pkt. 1. under «Ferdigheter» foreslår vi å utvide setningen med det som her er understreket:

Kan anvende oppdatert kunnskap om internasjonale konvensjoner på likestilling og ikke-diskriminering, helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere i sin tjenesteutøvelse

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Statlig forvaltningsorgan
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o NAKMI, Folkehelseinstituttet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 42. Begrunn svaret
 - o I utforming av retningslinjer er det viktig å ta hensyn til en stadig økende innvandrerbefolkning. Per 1. januar 2018 var det om lag 916 700 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv (725 000) eller som er født i Norge med to innvandrerforeldre (159 000). Til sammen utgjør disse gruppene 17.3 prosent av Norges befolkning (SSB 2018)

Vi bemerker at det ikke er satt fokus på kunnskap om migrasjon og helse i retningslinjene.

For å sikre at fremtidig helsepersonell skal kunne tilby en likeverdig helse- og omsorgstjeneste for innvandrerpasienter er det nødvendig at dette inngår som en obligatorisk del av helse- og sosialfagutdanningene.

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 2
- 44. Begrunn svaret
 - o Norsk helsevesen møter en stadig økende andel av pasienter med innvandrerbakgrunn og hvor mange har begrensede norskkunnskaper og også kan ha lav health literacy / helseinformasjonsforståelse.

Språkbarrierer er en utfordring for helsetjenestene og det er en tilleggs utfordring at personer med kort botid har lite kjennskap til norsk helsevesen og at personer med lite utdanning ofte mangler kunnskap om helse og kropp (SSB 2017, SSB 2018, OECD 2011).

Mangel på et felles språk vanskeliggjør kommunikasjonen og bruk av kvalifisert tolk og oversatt informasjonsmateriale vil ofte være avgjørende for å kunne yte likeverdige helsetjenester. Den viktigste forutsetningen for god samhandling og best mulig resultat er at pasienten er godt informert og kan gjøre seg forstått. Uten effektiv kommunikasjon preges helsehjelpen av dårlig kvalitet, feil og med risiko for pasientsikkerheten.

Helse- og omsorgstjenestene, som andre offentlige tjenester, har gjennom sin aktivitetsplikt et ansvar for å «legge til rette for god kommunikasjon og riktig tilpasset informasjon». I pasientrettighetslovens § 3-5 heter det at "Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn".

God kommunikasjon er essensielt for kvalitet og pasientsikkerhet. Undersøkelser har vist at opp mot 70 % av alvorlige utilsiktede hendelser i helsevesenet helt eller delvis skyldes kommunikasjonsproblemer.

Økt bevissthet og kompetanse hos helsepersonell om språkbarrierer, kommunikasjon, tolk, migrasjon og kulturer bør inngå som en viktig del i alle helse- og sosialfagutdanninger.

- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o Vet ikke
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Kunnskap om ulike temaer knyttet til migrasjonshelse kan være en stor utfordring for både pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester og denne kompetanse er mangelfull i høringsutkastet. Undervisning om disse temaene er i svært liten grad inkludert i 'Retningslinjer i et nytt system for styring av læringsutbytte i helse- og sosialfagutdanninger'.

Likeverdige helsetjenester kan bare oppnås når alle pasienter har samme tilgang til informasjon, og når pasient og helsepersonell er i stand til å kommunisere tilfredsstillende. Det er åpenbart at pasienters rettigheter påvirkes av manglende tolkebruk (kap 5 NOU 2014:8.)

Følgende temaer bør inngå i de relevante 'kunnskapsområder' for helse- og sosialfagutdanningene:

- Grunnleggende kunnskaper om språkbarrierer mellom behandler og pasient, og hvordan helsepersonell kan forsikre seg om at informasjon blir forstått, slik at dette kan bedre pasientsikkerheten. Dette inkluderer bruk av tolk. Vi ser for eksempel i 'kunnskapsområde 2 i Sykepleieutdanningen – 'Etikk, kommunikasjon og samhandling', at dette temaet overhodet ikke er nevnt.
- Kunnskap om risikofaktorer og sykdomspanorama hos ulike grupper der dette avviker fra majoritetsbefolkningen, både positiv og negativ.
- Kunnskap om utfordringer knyttet til sårbare innvandrergupper, med tanke på juridisk status, helserettigheter for personer uten lovlig opphold, turister m.m., inkludert registrering, journalføring etc.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Nittedal kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 42. Begrunn svaret
 - o Generelt lite fokus på tverrfaglighet og samhandling på tvers av utdanninger og tjenester.
- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 44. Begrunn svaret
 - o Forebyggingsperspektivet kommer lite frem
 - o Lite rettet mot barn og unge
 - o Lite helhetstenkning ... forløp for .. mangler

Mangler det psykologiske perspektivet som påvirker kropp og helse

Generelt lite fokus på tverrfaglighet og samhandling på tvers av utdanninger og tjenester.

- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - o 8
- 46. Begrunn svaret
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Tverrfaglig samarbeid/samhandling
 - o Krav til bruk av metoder og verktøy slik at det blir mer «likt»
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 49. Begrunn svaret
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 2
- 53. Begrunn svaret
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 55. Begrunn svaret
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - o Undersøkelse av muskel/skjelettplager bør vektlegges mer og kravene til kunnskapsnivå studentene skal oppnå i dette bør beskrives tydeligere og med større ambisjoner.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Lørenskog kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 41. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 42. Begrunn svaret
 - o Lørenskog kommune støtter fokus på tverrfaglig arbeid og samhandling på tvers av utdanninger og tjenester. Det savnes et sterkere fokus på brukerinvolvering i utøvelsen og utarbeidingen av behandlingsplaner som støtter opp om brukers

motivasjon og mestring i hverdagen. Det savnes også et større fokus på å anvende (velferds-)teknologi som en del av tjenestetilbudet.

- 43. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 44. Begrunn svaret
 - Lørenskog savner et sterkere fokus på forebygging, kompetanse på brukergruppen barn og unge samt det psykologiske perspektivet som påvirker kropp og helse. Mer vekt på sammenhenger sammenhenger mellom kropp og bevegelse og psyke, følelser og læring.
- 45. Fysioterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - 7
- 46. Begrunn svaret
 - Lørenskog kommune vurderer at det er behov for en noe større grad av standardisering som sikrer lik kvalitet på ferdig utdannet personell. Lørenskog kommune ønsker at ønskede metoder konkretiseres i større grad. For overordnet fokus kan medføre spesialisering innen hver utdanningsinstitusjon basert på deres fokus, retning og mål for utdanningen. Når det refereres til «tiltak» i retningslinjen bør det konkretiseres at det gjelder kunnskapsbaserte tiltak eller andre relevante metoder.
- 47. Fysioterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Se svar på spm 44: Lørenskog savner et sterkere fokus på forebygging, kompetanse på brukergruppen barn og unge samt det psykologiske perspektivet som påvirker kropp og helse. Mer vekt på sammenhenger sammenhenger mellom kropp og bevegelse og psyke, følelser og læring. Det savnes også et større kompetansefokus på krav til dokumentasjonpraksis og – lovgivning og utarbeidelse og bruk av tiltaksplaner.
- 48. Fysioterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Nei
- 49. Begrunn svaret
 - Krav om veilederutdanning er lite gjennomførbart i kommunehelsetjenesten i dag.
- 50. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 3
- 51. Begrunn svaret
- 52. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 53. Begrunn svaret
 - Krav om veilederutdanning er lite gjennomførbart i kommunehelsetjenesten i dag.
- 54. Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 55. Begrunn svaret
 - Krav om veilederutdanning er lite gjennomførbart i kommunehelsetjenesten i dag.
- 56. Fysioterapeututdanningen: Er det andre høringsinnspill?
 - Lørenskog kommune foreslår at retningslinjer for helse- og sosialfagene organiseres under sammenlignbare formål, fokusområder og overskrifter. Kommunen foreslår at helse- og sosialfagene samordner undervisningen i fellesemne(r). Mange av helse- og sosialfagene deler felles undervisningstema, og det savnes at studiene legger mer til rette for tverrfaglig samarbeid. Noe basisundervisning i f eks anatomi, fysiologi, etikk etc kan også med fordel legges til første studieår. Lørenskog kommune foreslår videre at kommunene inkluderes i utdanningsinstitusjonen planlegging og gjennomføring av profesjonsstudier, f eks ved undervisning, for å sikre relevans og mer forankring til kommunal praksis og tjenesteyting.