

Høringsspørsmål for tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse-, rus- og avhengighetsarbeid

1) Hvordan vurderes den tverrfaglige videreutdanningen på 60 studiepoeng i psykisk helse-, rus- og avhengighetsarbeid samlet sett å dekke kompetansebehovene i tjenestene på disse fagområdene? Vi ber særlig **tjenestene** gi innspill på dette spørsmålet.

Dekker kompetansebehovene i tjenestene, se også innspill til høring av masterutdannelsen. En masterutdanning er 120 studiepoeng hvor selve masteroppgaven er 40 studiepoeng. Dvs. at det er 20 studiepoeng mer faglig innhold i en masterutdanning foruten selve masteroppgaven.

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

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

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

Felles kompetanse med likt antall studiepoeng knyttet til de ulike teoretiske emnene og læringsmål. Dette blir godt i varetatt gjennom dette arbeidet.

5) Er det innhold som bør legges til eller forsterkes i utdanningen? i så fall hva:

Betydningen av det tverrfaglig og tverretattlig samarbeidet har for pasienten. Se hele pasienten og jobbe integrert: somatikk, psykisk helse og rusavhengighet og annen avhengighet.

6) Er det innhold som bør tas ut eller nedtones i utdanningen? I så fall hva:

Forsterke samhandlingsaspekter.

Viktig å styrke ferdigheter, men vi synes ikke at ferdighetene knyttes nok til klinisk praksis. Jfr. §11 b Kandidaten kan anvende bærekraftige arbeidsformer som ivaretar fagpersonen selv og andre involverte. Hva betyr dette?

7) Praksisstudier kan beskrives i forskriften, men skal da beskrives på et overordnet nivå. Detaljert beskrivelse av praksisstudiene skal skje ved den enkelte utdanningsinstitusjon. Er beskrivelsen av praksisstudiene hensiktsmessig beskrevet, både i innhold og omfang?

8) Har du/dere andre innspill enn det dere allerede har gitt ovenfor?

Ernæringskompetanse, traumekompetanse og få inn barne- og familieperspektivet samt pårørendeperspektivet i utdanningen

9) Hva bør betegnelsen på videreutdanningen være: a) Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid eller b) tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse-, rus- og avhengighetsarbeid?

Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse- rus- og avhengighetsarbeid. (Se innspill på samme spørsmål om masterutdanningen).

10) Masterutdanningen for sykepleiere inneholder følgende to læringsutbyttebeskrivelser som blant annet tematiserer selvmordsatferd og overdosefare.

Kandidaten kan bruke relevante metoder for å avdekke, forhindre og redusere selvmordsatferd og overdosefare

Forstår ikke spørsmålet – er noe av spørsmålet uteglemt, og hvorfor kommer det inn her? Dette handler om masterutdanningen og vi har kommentert dette spørsmålet der.

Høringsspørsmål til masterutdanning i psykisk helse-, rus- og avhengighetsarbeid for sykepleiere

1) I hvilken grad vurderes **læringsutbyttebeskrivelsene** i utkastet til forskrift å dekke behovet for kompetanse i tjenestene? Vi ber særlig tjenestene gi innspill på dette spørsmålet.

Kunnskap:

§ 4. b) ha inngående kunnskap om forebygging, utvikling, behandling og mestring hos personer med psykiske plager og lidelser

bør stå: rus- og psykiske lidelser og Kunnskap om forebygging av tidligere utvikling av visse somatiske sykdommer når økt levealder i visse pasientgrupper, særlig innenfor opiatavhengige/Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), påvirker helsen ved at demensutvikling og annen kognitiv fungering, samt KOLS, hjerte- og karsykdommer ofte utvikles 15-20 år tidligere.

§ 4. d) har inngående kunnskap om akutt/intensiv sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet, samt relevant akuttmedisinsk kompetanse.

Spesifisere hva en mener med «akuttmedisinsk kompetanse»? Siden den er forskjellig om en jobber i akuttpsykiatrien, poliklinikk, bofelleskap, eller på et helse- og velferdskontor. Så bør en si noe om hva består den inngående kunnskapen av?

F.eks evt. tilføy: ...og hvilke samarbeidspartnere som skal involveres ift. å fatte tvangsvedtak ift. tvangsinnleggelse ved akuttpsykiatrien og til avrusningsinstitusjoner. Inngående kunnskap om gravide rusavhengige og prosedyrer ift. tvangsavrusning. Kunne vurdere intox og bruke motgift mot opiater (naloxon spray), benzodiazepiner og etanol, inntil ambulanse kommer. Her kommer selvsagt også HRL- og andre akutrutiner inn.

§ 4. e) har inngående kunnskap om psykofarmaka og andre medikamenters effekt knyttet til psykiske-, somatiske-, rus- og avhengighetslidelser, og interaksjonen mellom disse, inkludert avansert kunnskap om medikamentfri behandling.

Veldig viktig punkt, særlig interaksjonen mellom medikamenter.

§ 4. f) har inngående kunnskap om rusmidler,

rusens funksjon for brukeren (dempende, stimulerende), som igjen vil kunne vise til preferanse for de ulike rusmidlene ut fra enkelte psykiske diagnoser, bivirkninger av bla. antipsykotika og symptomer på udiagnostiserte sykdommer, kroppslige og mentale virkninger, samt sosial forståelse av rus og avhengighet.

§ 4. j standardiserte vurderingsverktøy bør konkretiseres:

kunne bruke ulike kartleggings- og utredningsverktøy ift. somatiske-, psykiske- og ruslidelser

Ferdigheter:

§ 5. e kan bruke relevante **kartleggingsverktøy og** metoder for å avdekke, forhindre og redusere selvmordsatferd og overdosefare... **flere bør spesifiseres hvis først selvmord og overdose er med, som: selvskading, utagering, voldsrisiko, abstinenssymptomer, kognitiv svekkelse...**

§ 5. f kan bruke relevante metoder/**psykoedukasjon** for å bidra til å øke pasienter/brukers innsikt og forståelse av sammenhenger mellom håndtering av opplevde symptom

Generell kompetanse:

§ 6. a har avansert kompetanse i sykepleiefaglige ansvarsområder innen psykisk-, **somatisk-**, rus og avhengighets **lidelser/sykdom** i et livsløpsperspektiv og **forstå viktigheten av det tverrfaglige- og tverretatlige samarbeidet som kreves for å kunne gi pasienten best mulig livskvalitet og kunne leve meningsfulle liv.**

§ 6. b kan bruke relevante forskningsbaserte intervensjoner samt **inneha** avansert observasjons- og vurderingskompetanse **de to siste kommer jo med klinisk erfaring og med mengdetrening få det «kliniske blikket».** En «innehar» ikke dette etter en masterutdanning - det kommer med klinisk praksis. **«Avansert» bør kuttes ut i teksten da observasjons- og vurderingskompetanse blir avansert når en har fått den kliniske praksisen.**

§ 6. gpåvirke seksualitet...og kan veilede pasienter og pårørende. **Diagnose og behandling både innen somatisk- og psykisk helse, samt rus og avhengighet påvirker seksualiteten, (men trenger ikke eget punkt. Bør settes inn under § 5 f) ifm. psykoedukasjon eller under § 6a) livsløpperspektivet.**

§ 7. d**hører punkt d) til under «Etikk og lov»?.** Punktet handler jo om samarbeid med pårørende/nettverk, kartlegge ressurser osv. **Hører det ikke naturlig inn under kjernekompetansen i kap. § 4?**

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

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

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

5) Er det innhold som bør legges til eller forsterkes i utdanningen? i så fall hva: **Vi må hele tiden tenke helhetlige og integrerte tjenester og helsehjelp til pasientene og forstå hvor viktig dette er for tilfriskningen og livskvaliteten. Dette innebærer fokus på somatikk, rus- og psykisk sykdom, og også hvordan bolig, økonomi, sosiale nettverk, meningsfulle aktiviteter ute i samfunnet spiller inn. Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid er nødvendig for å få dette til å bli helhetlig og denne tenkningen bør forsterkes i utdannelsen, fra bachelornivå til master.**

Forsterke kunnskapen om kognitiv fungering ved rusavhengighet og alvorlige psykisk sykdom og hvordan dette påvirker både behandlingsmetode, sosial fungering, det å kunne forstå informasjon som blir gitt, innhente informasjon osv.

6) Er det innhold som bør tas ut eller nedtones i utdanningen? I så fall hva: **Kap 7 om Etikk og lov (kunnskap). Ta bort punkt d), da dette hører naturlig inn under samarbeid med pårørende osv.**

7) Praksisstudier kan beskrives i forskriften, men skal da beskrives på et overordnet nivå. Detaljert beskrivelse av praksisstudiene skal skje ved den enkelte utdanningsinstitusjon. **Er beskrivelsen av praksisstudiene hensiktsmessig beskrevet, både i innhold og omfang?**

8) Har du/dere andre innspill enn det dere allerede har gitt ovenfor?

Vi ønsker et større fokus på barne- og familieperspektivet samt pårørende perspektivet. Det er som regel en hektisk praktisk hverdag som møter sykepleiere i poliklinikker, sengeposter, rusbehandlingsinstitusjoner, helse- og velferdskontor, rusavdelinger på sykehjem osv. Den praktiske hverdagen består bla. av prioriteringer og delegering og den kliniske erfaringen er særdeles viktig både for å forstå innholdet/tillegne seg kunnskapen i en master- eller videreutdanning, og for å kunne benytte denne kunnskapen på best mulig måte i den kliniske hverdagen.

Det er derfor viktig at en ikke glemmer at sykepleie også er et praktisk yrke og at en ikke må ta bort krav om klinisk praksis før en kan ta en masterutdanning. Selv om andre utdanningsretninger kan gå direkte fra bachelor til master, uten praksis, så er dette meget nødvendig i et yrke en skal jobbe med pasienter og pårørende.

Det er også meget viktig at de som foreleser på utdanningen enten jobber i klinisk praksis, har en kombinert stilling som foreleser og klinisk praksis, eller nylig har jobbet i klinisk praksis.

Det er dessverre flere av forelesere i dag, både på bachelor- og masternivå som ikke har jobbet med pasienter på flere år og dermed ikke vet hvordan det kliniske arbeidet er i dag, og dermed ikke burde forelest om et yrke som tross alt er så praktisk når de fleste av studentene skal jobbe i direkte kontakt med mennesker. Mange forelesere har også utdatert kompetanse på et felt som stadig endrer seg.

En bør også være bevisst på å ikke «akademisere» språket slik at enkle forklaringer blir gjort så kompliserte og «tåkebelagte» som mulig, og heller få til et klart og tydelig språk i høringen.

F. eks. kap. 4, § 10, som i høringen består av et avsnitt med a-e, der den samme setningen i starten gjentas, bør heller kunne formuleres kortere:

§ 10. Kandidaten har inngående kunnskap om hvordan forståelsen av psykisk helse, rusavhengighet, holdninger til rusmidler, helsepolitiske føringer, og ulike historiske og teoretiske perspektiver har på sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse.

Trenger vi en egen masterutdanning innen psykisk helse og rusavhengighet for sykepleiere? En har i dag en masterutdannelse i rus- og psykisk helsearbeid er for alle med helse- og sosialfaglig bachelor. En skal jobbe tverrfaglig med andre profesjoner som vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, erfaringskonsulenter, leger og psykologer til det beste for pasienten.

Ved å ha en egen masterutdannelse kun for sykepleiere så vil den eneste forskjellen fra eksisterende master være at det legges mer vekt på det sykeleiefaglige, selv om dette blir godt ivaretatt i eksisterende master.

9) Avhengighetsproblematikk inngår som et tema i utdanningen. Bør "avhengighet" inngå som en del av betegnelsen på utdanningen slik det nå er foreslått?

Ja, da definisjonen på avhengighet inkluderer både rusavhengighet (definert som «kjemisk avhengighet»), men også «ikke kjemisk avhengighet» som pengespill (gambling), skjermavhengighet (sosiale medier, nettspill osv.), handleavhengighet, sexavhengighet, arbeidsavhengighet osv.

Disse atferdene kan ha mange av de samme ødeleggende elementene i seg og faller også inn under Verdens helseorganisasjons diagnosekriterier i ICD og DSM.

10) Hvordan kan behovet for å styrke kunnskapen om kliniske studier ivaretas i retningslinjen?

Utdanningen må ta opp i seg de retningslinjer som er bestemt at 5% av alle pasienter skal inkluderes i kliniske studier