



Kunnskapsdepartementet  
[postmottak@kd.dep.no](mailto:postmottak@kd.dep.no)

*Deres ref.*  
21/3483

*Deres dato*  
21.06.2021

*Vår ref.*  
ALS/KEB/LM

*Dato*  
20.09.2021

## **Høringsinnspill fra LDH: Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i psykisk helse-, rus og avhengighetsarbeid for sykepleiere**

### **Innledende kommentar**

Kunnskapsdepartementet har sendt forslag til to retningslinjer ut på høring. Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) takker for muligheten til å uttale seg og gir innspill til det ene forslaget: Forskrift om retningslinjer for masterutdanning i psykisk helse-, rus- og avhengighetsarbeid for sykepleiere.

Først og fremst vil LDH støtte opprettelsen av denne utdanningen som skal bidra til å møte de omfattende utfordringene tjenestene har med samhandling, ledelse, helhetlig tilnærming til sammensatte lidelser, sykdommer og livs- og familiesituasjoner, og ivaretagelse av lovpålagte oppgaver innen gjeldende frister. Behovet er stort for nytenkning og tjenesteutvikling gjennom fagutvikling og forskning. En sykepleiefaglig spesialisering på masternivå vil gi sykepleiere nødvendig kompetanse til å bidra i denne utviklingen, og til å kunne ta viktige oppgaver og roller i tjenestene.

Vi vil i vårt høringssvar vektlegge betydningen av at utdanningen bygger på bachelorutdanningen i sykepleie. Bachelorutdanningen gir en grunnleggende innføring i psykisk helse og helsetjenester innen feltet, inkludert kunnskap om ruslidelser og avhengighet. I tillegg gir bachelorutdanningen breddekompetanse innen somatisk helse, både når det gjelder forebygging, behandling, lindring og omsorg ved livets slutt. Dette fundamentet representerer en felles sykepleiefaglig forståelse som masterutdanningen bygger videre på for å sikre nødvendig fordypning og bredde, og for at uteksaminerte masterkandidater skal være forberedt til ansvar og utfordringer i tjenestene. Tverrfaglige team trenger faglig sterke og tydelige sykepleiespesialister for å fungere godt og oppnå resultater sammen med pasientmålgruppene.

LDH mener i tillegg at denne utdanningen, på samme måte som master i avansert klinisk allmennsykepleie, bør beskrives slik at den gi grunnlag for myndighetsgodkjenning (spesialistgodkjenning) for sykepleiere innen psykisk helse, rus og avhengighetsarbeid.

### **Svar på spesifiserte høringsspørsmål**



LDH besvarer to av spørsmålene under ett:

*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.*

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

Det er viktig for utdanningene å ha frihet til å kunne vektlegge noe ulikt ut ifra utdanningsinstitusjonens faglige profil og lokale forankring. Ved LDH er institusjonens egenart blant annet representert gjennom studieplanenes innhold relatert til storbyhelse og marginaliserte gruppers behov. Vi støtter at læringsutbyttene skal standardisere en minstekompetanse, men stiller oss spørrende til et omfang av læringsutbytter som ikke etterlater rom for å utvikle valgemenner innen et handlingsrom for lokal tilpasning. Med ambisjonen om en bred generalistutdanning på masternivå reises også et spørsmål etter muligheten for å kunne fordype seg og spisse generalistkompetansen inn mot viktige kunnskapsfelt. At kunnskapen og kompetansen skal gjelde for alle aldersgrupper, diagnosegrupper og situasjoner, mener vi kan virke for ambisiøst innenfor 120 studiepoeng. og innebære en risiko for å gå på bekostning av kompetansenivået på de ulike områdene. Dette til tross for at masterstudiet vil kunne bygge på et styrket bachelornivå etter ny nasjonal retningslinje av 2019 (RETHOS-1). Vi vil foreslå at departementet vurderer å markere en mer avgrenset forventning til felles generalistkompetanse i masterstudiet, og skrive fram en større grad av frihet til å utvikle institusjonsspesifikke valgemenner for å sikre nødvendig fordypning og spisskompetanse som man bør kunne forvente av et masterstudium. Valgfrie emner vil kunne være en lokal konkretisering innen en nasjonal retningslinje som er mer moderat i ambisjonen om breddekompetanse.

Vi mener et sentralt kunnskapsområde bør tydeliggjøres: Det å ha *inngående kunnskap* om kartlegging, vurdering, lovverk, sykepleie og behandling ved psykiske lidelser, rus og avhengighet. Dette kunnskapsområdet skal begrunne helsehjelpen og legitimere pasientansvar og faglig lederskap som en eventuell spesialistgodkjenning innebærer. I forskrift om bachelorutdanning i sykepleie beskrives læringsutbyttene innen feltet som:

*§4 g) har bred kunnskap om psykisk helse og de vanligste psykiske lidelsene og sykdommene.*

*§4 j) har kunnskap om rus og avhengighet.*

Når det gjelder å anvende kunnskapen knytter dette spesifikt an til tiltak som fremmer god psykisk helse. Det bør i forskrift for masterstudiet kunne utledes en klar forventning om progresjon i kunnskaper og ferdigheter fra bachelornivået, sammen med bruk av veiledet praksis for å legge til rette for integrasjon og fordypning.

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

Kapittel 4 har overskriften aktuelle og historiske perspektiv, og historiske perspektiv/erfaringer er inne i mange av læringsutbyttene. Historiske perspektiver er viktige for å forankre kunnskapsplattformen og for å forebygge svikt i behandlingslinjene, men i dette programforslaget er det et dilemma at historie får en relativ overvekt og man bør vurdere å skalere ned, alternativt integrere innholdet med etikk og lovverk. De overordnede læringsutbyttene mener vi i stor grad bør rettes inn på innsats for å videreutvikle og forbedre sykepleien som tjenestene kan tilby.



*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?*

Vi støtter 10 uker obligatorisk veiledet praksis der sammenhengen mellom teoretisk og praksis kunnskap synliggjøres og omsettes til avansert klinisk kompetanse for studentene. I tillegg støtter vi et visst omfang av simuleringstrening, i metodelikhet med retningslinjen for master i avansert klinisk allmennsykepleie. Kombinasjonen av praksisstudier og simulering er et metodisk grep for å oppnå nødvendig klinisk kompetanse samtidig som man kan kompensere for variasjon i praksiserfaringer med et mer standardisert simuleringstilbud.

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

Vi vil også foreslå at tittelen på forskriften endres til *master i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet*. Faget er sykepleie, spesialiseringen er innen psykisk helse, rus og avhengighet, og nivået er masterstudier.

Vi etterspør en tydeligere sykepleiefaglig begrepsbruk:

- I formålet for utdanningen heter det at utdanningen skal bidra til bedre *leveskår*, økt livskvalitet og livslengde. Vi mener levekår er svært vidt, og at en utdanning for sykepleiere bør være tydeligere innrettet mot å bevare, styrke eller gjenopprette menneskers *helse*, vi foreslår derfor å bytte ut levekår med bedre helse.
- Et annet begrep som brukes er godt faglig skjønns. Vi mener dette er for ullent og bør byttes ut med forsvarlig sykepleie, som favner faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp og refererer til lovverket, kunnskapsbasert praksis og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Masterstudiet bør knytte an til forskningsbasert kunnskap og akademiske kompetanser med de forventningene som ligger inne i sentrale, etablerte begreper.
- Videre står det at målet med helsehjelpen er å styrke pasientens iboende livsmulighet, der iboende livsmulighet er et utydelig begrep. Kan det erstattes med *mestring*, som knytter an til pasientens ressurser og er et mer konkret begrep?
- Vi stiller spørsmål om *Avansert kjernekompetanse i sykepleiefaglige ansvarsområder*, trenger tydeliggjøring. Er det her snakk om sykepleierens forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende funksjoner?

Noen av læringsutbyttene er også sammensatte og kan oppleves uklare: i § 2 avsnitt 3 er andre setning svært lang og bør deles opp for at meningsinnholdet ikke skal bli utydelig.

Uttrykket *kunne analysere eget kunnskapsbehov* kan virke lite dekkende. Her vil vi foreslå en ordlyd som fremmer det å *kontinuerlig identifisere, vurdere og anvende relevant kunnskap*.

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

LDH støtter at begrepet *avhengighet* tas inn.



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

Vi støtter at kunnskap om kliniske studier tas inn i utdanningen. Vi vil foreslå et læringsutbytte som favner det å ha kunnskap om kliniske studier og kompetanse til utvikling og utprøving av sykepleiefaglige intervensjoner og metoder med involvering av pasienter, pårørende og brukere.

Vennlig hilsen,

Lars Mathisen  
Rektor