

Kunnskapsdepartementet  
Postboks 8119 Dep.  
0032 OSLO

Dok. nummer 21/09270-2  
Deres referanse:  
Vår dato: 20.09.2021  
Vår referanse: Hans A. Hauge

## **Høringsuttalelse – forslag til forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i psykisk helse-, rus og avhengighetsarbeid for sykepleiere**

Vi viser til høringsbrev av 21.juni 2021 om høring til ny forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i psykisk helse-, rus og avhengighetsarbeid for sykepleiere, med svarfrist 20. september 2021. Høringsbrevet er sendt i en for universitet og høyskoler svært travel periode og rett før sommerferie. Dette har ført til knapp tid til å gjennomarbeide en sak med stor framtidig betydning.

Overordnet er Universitetet i Sørøst- Norge (USN) positiv til en utdanning som gir sykepleiere økt kompetanse innenfor det helse- og sosialfaglige tjenestefeltet rettet mot mennesker som har utviklet eller står i fare for å utvikle psykiske helseproblem og lidelser, og/eller rus og avhengighetsproblem eller lidelser. Vi anerkjenner behovet for økt kunnskap om sammenhenger mellom psyke og soma, noe som delvis har vært forsømt i nåværende rammeplaner for videreutdanning/ master i tverrfaglig psykisk helsearbeid. Dette kan blant annet føre til at brukere av tjenestene ikke får adekvat behandling og oppfølging, for eksempel ved at somatiske symptomer/ plager forstås som uttrykk for psykiske helseproblem. Vi ser det også som positivt at faglig handlingsberedskap vektlegges i forslaget. Det er likevel spørsmål om kun sykepleiere har behov for slik kompetanse. I den sammenheng bør det beskrives eksplisitt hva man legger i "tilsvarende" i beskrivelsen av studiets oppbygning (kap.8, § 22): "Utdanningen har et omfang på 120 studiepoeng og bygger på bachelorutdanning i sykepleie eller tilsvarende".

I det følgende svarer vi spesifikt på høringsspørsmålene, med unntak av spørsmål 1 og 2, som særlig retter seg mot hhv tjenestene og brukerorganisasjonene.

- 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.**
- 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.**

Enkelte områder spesifiseres og/eller beskrives detaljert, noe som fører til at andre viktige områder utelates. Dette bør omarbeides, slik at man har noen overordnede områder som skal inkluderes, men med frihet til "lokal" tilpasning for utdanningsinstitusjonene. Detaljerte beskrivelser kan eventuelt legges inn som eksempler. Dette kan sikre felles nødvendig "kjernekompetanse" hos kandidatene, samtidig som det gis rom for ulik vektlegging av innhold i kompetanseområder ved utdanningsinstitusjonene. Samlet sett vil dette kunne bidra til at tjenestene bedre kan møte befolkningens behov nasjonalt (se neste spørsmål).

**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?**

For å oppnå likeverdighet i betydningen felles sluttkompetanse er det nødvendig å konkretisere omfanget for de ulike emnene. Dette vil legge nødvendige rammer for kompetanseområdene, samt gjøre det enklere å synliggjøre hva som er realistisk å oppnå i løpet av utdanningen. Spesifikt anser vi at kapittel 2 bør utgjøre den største delen av utdanningen, mens historiske perspektiv bør gis mindre plass. For å sikre likeverdighet må også omfanget av masteroppgaven spesifiseres.

**Vi svarer ut spørsmålene 5 og 6 samlet i det følgende:**

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

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

Hensikten med det monofaglige samt hvordan beherske tverrfaglig samarbeid, kan med fordel tydeliggjøres. Når det gjelder de seks kompetanseområdene, oppfattes de som utilstrekkelig bearbeidet både når det gjelder taksonomi og innhold. Vi anbefaler at de enkelte kompetanseområders innhold og læringsutbyttebeskrivelser sees i sammenheng med den (nye) tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helse- og rusarbeid. For eksempel kan kompetanseområdet «Aktuelle og historiske perspektiv på psykisk helse, rus og avhengighet» med fordel samordnes med nevnte videreutdannings kompetanseområde knyttet til «Historikk og perspektiver på fenomenet psykisk helse og rusbruk.» Tilsvarende er det for flere andre kompetanseområder innenfor de to utdanningene. Å tydeliggjøre et tverrfaglig tilsnitt har betydning for muligheten for felles emner med (den nye) tverrfaglige videreutdanningen.

Implisitt formidler forslaget til forskrift verdier som (skal) ligger til grunn for møter mellom brukere og sykepleiere med fullført masterutdanning. For eksempel ser det ut til at man har vektlagt en forståelse av psykisk helse, rus og avhengighet i en psykiatrisk/medisinsk tradisjon, noe vi anser å være i motsetning til et behov for en helhetlig forståelse av mennesker som lever med psykiske helseplager, og/ eller rus- eller avhengighetsproblematikk. Den gjennomgående beskrivelsen av dualismen psyke/soma bør utdypes, for nettopp å unngå en dualistisk menneskeforståelse. Vi vil videre også påpeke at begrepet «recovery» slik det utlegges i forskriften som kunnskap sykepleieren skal ha helt ser bort fra at dette er kunnskap som i utgangspunktet er utviklet i et samarbeid mellom bruker og profesjon, og med brukeren som den styrende part. Vi er kjent med at bruken av begrepet «recovery» ligger i tiden, og at begrepet forstås ulikt avhengig av hvilken tradisjon det knyttes til. Slik sett vil vi hevde at brukerens/ pasientens ressurser er alt for lite betont i forskriften, og i så måte bør gjennomgående vektlegges mye tydeligere. Forskriften framstår med et klart individperspektiv på bruker/pasient. Vi anbefaler at også andre perspektiver så som familie og nettverk vektet og gjennomgående inkluderes. Vi vil også påpeke at rus/avhengighetsarbeid er for utydelig beskrevet, og i varierende grad inkludert i beskrivende tekst for kompetanseområdene.

Det bør også gjennomgående tydeliggjøres sammenhenger mellom psyke/soma på overordnet nivå. I denne masterutdanningen er det nettopp avgjørende at kandidatene tilegner seg kunnskap og handlingskompetanse om disse sammenhengene, samt kunnskap om hvilke somatiske sykdommer som anses særlig aktuelle. På bakgrunn av behovet for økt kompetanse om de komplekse helsesammenhengene?, anbefaler vi at disse beskrives tydeligere innen hvert av de seks kompetanseområdene. Vi oppfordrer også til en tydeligere beskrivelse av kompetanseområder knyttet til kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, samt om samarbeid på tvers av tjenestenivå. Nåværende forslag synes å vektlegge spesialisthelsetjenesten, noe vi anser motsetningsfullt med tanke på at de fleste brukere og pasienter som forskriften gjelder, får oppfølging og behandling i kommunene. Denne trenden, med relativt få plasser i spesialisthelsetjenesten og et bredere tilbud i kommunehelsetjenesten, vil antakelig forsterkes, noe som bør gjenspeiles også i denne utdanningen. Det etterlyses også et tydeligere folkehelse/helsefremmende perspektiv. Videre er det behov for å inkludere krav til kunnskap om levekår og sosiale forhold. Også på bakgrunn av dette anbefaler vi at de to nevnte utdanninger i større grad utvikler felles kompetanseområder der det faller naturlig.

Læringsutbyttene bør ettergås kritisk med tanke på taksonomi. Det er for eksempel vanskelig å forstå hvordan en kandidat skal ha «avansert kunnskap om ulike perspektiver som biologiske, psykologiske, sosiale, eksistensielle og kulturelle, på både psykisk helse og rusmiddelbruk, samt på psykiske helseproblemer og rusmiddelproblem». Vi anser det vanskelig å forstå hva dette læringsutbytte beskriver rent faglig, samt at det er uklart hva 'avansert kunnskap' innebærer. Betegnelsen 'avansert' hører etter vår mening inn under taksonomien 'Ferdigheter', og ikke som her, under taksonomien 'Kunnskap'. Videre bør kunnskapsområdene benevnes og beskrives slik at de framstår på samme nivå, og i logisk rekkefølge. Det er et gjennomgåendebehov for språklig forbedring.

Enkelte grupper nevnes og detaljeres (f eks vold/traumer-seksuelle overgrep), mens andre grupper utelates. Psykiske lidelser og rus/avhengighetsproblematikk kan arte seg ulikt i ulike aldersgrupper, og kompliseres i eldre aldersgrupper. Det er derfor behov for at det integreres et eksplisitt livsløpsperspektiv. Med tanke på den demografiske utviklingen, er det i særdeles behov for en tydeligere vektlegging av gruppen eldre. Dette er en gruppe med høy grad av komorbiditet.

### **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?**

Beskrivelsen av praksisstudiene bør tydeliggjøres mht omfang og innhold dersom likeverdighet ligger til grunn. Skal alle kompetanseområdene integreres i praksisstudiene? Er det ønskelig eller krav om at praksis deles mellom spesialist – og kommunehelsetjeneste? Videre anser vi simuleringstrening som relevant for å skape trygghet, men ikke tilstrekkelig for å tilegne seg nødvendig handlingskompetanse. Vi anser også at praksisstudier umulig kan erstattes helt eller delvis av «simulering og andre former som gir kompetanse som tilsvarer praksisutøvelsen». For det første er det underlig at praksis i sin helhet kan erstattes, for det andre er nevnte setning høyst uklar innholdsmessig. Deling mellom simulering og reell klinisk praksis bør beskrives tydeligere.

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

Hovedrasjonale for utdanningen er å øke kandidatenes kompetanse for å kunne ivareta det somatiske aspektet. Dette er ikke tydelig beskrevet i læringsutbyttene.

Som nevnt innledningsvis er det viktig å sikre at denne masterutdanningen inngår i en tverrfaglig sammenheng. Tverrfaglig samarbeid er idealet som vektlegges i de fleste andre sammenhenger i

utviklingen av helsearbeid, høyere utdanning og i samfunnet generelt. Det bør sikres at man i den monofaglige utdanningen ikke bare teoretiserer over tverrfaglighet (i sin monofaglige setting), men også praktiserer det i møte med andre fag- og profesjoner, slik at tverrfaglig og flerfaglig samarbeidskompetanse opparbeides. Vi foreslår derfor at denne utdanningen har felles undervisning og inngår i et felles fagmiljø med andre tverrfaglige masterutdanninger på de områdene hvor dette er naturlig, f eks etikk og juss, (§§ 7,8,9), aktuelle og historiske perspektiver på psykisk helse, rus og avhengighet (§§10,11,12), relasjonskompetanse, kommunikasjon og samhandling (§§13,14,15) og vitenskapsteori, forskningsmetode, formidling og selvstendig forskningsarbeid (§§19, 20, 21). Felles undervisning i disse emnene mellom denne monofaglige masterutdanningen og øvrige fler-/tverrfaglige masterutdanninger vil være gjensidig berikende. I forlengelsen av dette bør det klargjøres om sykepleiere med tverrfaglig videreutdanning innen psykisk helse og rusarbeid kan få denne godkjent som første år av den aktuelle masterutdanningen for sykepleiere etter foreliggende forslag til forskrift.

Vi anser det viktig at en i utviklingen både av denne monofaglige masterutdanningen for sykepleiere og i den foreslåtte tverrfaglige videreutdanningen forholder seg til at disse utdanningene skal inn i eksisterende videreutdannings- og masterporteføljer ved utdanningsinstitusjonene. Det er derfor viktig at disse utdanningene skaper synergier og tilfører ressurser og ikke svekker og utarmer eksisterende studietilbud.

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

Vi foreslår at avhengighet inngår. Dette krever imidlertid en presisering og videre tematisering av begrepene rus og avhengighet.

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

Her er vi usikre på hva det spørres om: Gjelder det studentenes selvstendige forskningsarbeid (masteroppgave)? I så fall: kliniske studier er en mulighet, men dette er utfordrende når det gjelder tilgjengelig tid, rutiner, materiell og personvern.

Vennlig hilsen

**Pia Cecilie Bing-Jonson**

Dekan

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

**Hans A. Hauge**

Instituttleder

Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer.*