

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Deres ref.: 20/1150
Vår ref.: 20/44259-2
Saksbehandler: Linda Hafskjold
Dato: 26.02.2021

Høringsuttalelse fra HelseDirektoratet til forslag til forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsykepleierutdanning

Vi viser til Kunnskapsdepartementets (KD) brev av 26.november 2020 hvor det informeres om at utkast til Forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsykepleierutdanningen er sendt på høring med frist 28.02.21. Vi takker for muligheten til å gi en høringsuttalelse.

I høringsbrevet fra KD bes det særlig om at følgende punkter vurderes i tillegg til de 12 oppførte høringsspørsmålene:

- Hvorvidt noe bør utgå eller noe som mangler, samt at det spesifiseres hvordan dette bør endres eller utvikles
- Hvorvidt felles innhold er inkludert/dekket på en hensiktsmessig måte på tvers mellom de øvrige utdanningene (BIOK)

Høringsuttalelsen er strukturert under de 12 spørsmålene angitt i høringsbrevet. Høringsuttalelsen er også sendt inn via den digitale plattformen.

1. I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov?

Formålet med utdanningen

HelseDirektoratet støtter at kreftsykepleierutdanningen skal bygge på bachelorutdanning i sykepleie eller tilsvarende og norsk autorisasjon som sykepleier slik det fremgår i formålet. Det er også en styrke at det i formålet presiseres at kreftsykepleieren etter endt utdanning skal kunne utøve yrket innenfor spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette er i tråd med utviklingsområder beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023, gode pasientforløp og regjeringens satsning på å skape pasientens helsetjeneste. I tillegg anbefaler vi at det legges til en formulering om kreftsykepleierens kompetanse i tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid er en kompetanse som vil være viktig for å utvikle gode tjenester som kan møte befolkningens behov for helsehjelp (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023). Dette er utdypet mer under spørsmål 4 og 12.

Vi anbefaler også at kandidatens situasjonsbevissthet, observasjons-, vurderings- og beslutningskompetanse innenfor eget fagfelt og ansvarsområde beskrives noe mer i formålet,

HelseDirektoratet

Avdeling retningslinjer og fagutvikling
Linda Hafskjold

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20
Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helseDir.no • www.helseDirektoratet.no

inkludert evne til å håndtere planlagte, komplekse og uforutsigbare pasientsituasjoner. Dette vil være særlig relevant for å møte behov hos akutt syke pasienter og pasienter med [komplekse og sammensatte lidelser](#), inkludert kreftsykdom.

Mastergrad og avstigningsmulighet

Vi ser at det for alle ABIOK-utdanningene er lagt opp til at kandidaten kan avslutte med to ulike kompetansenivåer. For kreftsykepleieutdanning skiller det mellom mastergradsløp på 120 studiepoeng og videreutdanning på 60 studiepoeng.

Det er en tydelig politisk føring at tjenestene skal være kunnskapsbaserte for å sikre god kvalitet og en faglig forsvarlig helsetjeneste. Kompetansen til å ta i bruk forskningsbasert kunnskap og lede endringsprosesser innen eget fagområde, er viktig for å oppnå denne målsetningen. Som belyst i rapporten "[Videreutdanning for sykepleiere - Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?](#)", utgitt av Helsedirektoratet i 2017, kan det se ut som at denne kompetansen utvikles best gjennom mastergradsløp. For å møte fremtidige behov i helsetjenesten vil sannsynligvis kompetansen som utvikles i en mastergrad være mer i takt med fremtidens behov enn det kandidaten oppnår med kun videreutdanning på 60 studiepoeng.

I samme rapport kommer det også frem at noen ledere i helseforetak og kommuner ønsker et kortere videreutdanningsløp for sykepleiere enn full mastergrad. Dette grunngis bl.a. økonomisk med at det kan være utfordrende for arbeidsgivere å legge til rette for permisjon til lengre videreutdanningsløp.

Samlet sett ser vi at det fortsatt kan være behov for avstigningsmulighet slik forslaget legger opp til. Videre utdyping av denne muligheten er gitt under spørsmål 5.

Vi mener det er viktig at formålet fremhever at utdanningen setter kandidaten i stand til å delta i kunnskapsutvikling, tjenesteforbedring og endringsarbeid. Slik det står nå er det noe uklart hvilke forskjeller det er i sluttkompetanse knyttet til disse områdene mellom kandidater som har videreutdanning på 60 studiepoeng sammenlignet med de som tar en mastergrad på 120 studiepoeng. Utviklings- og kvalitetsforbedrende arbeid er kjernekompetanse for å kunne bidra til å utvikle helsetjenesten i tråd med fremtidens behov. I tillegg er dette sentralt for å tilby kunnskapsbaserte tjenester og nødvendig kompetanse for arbeidet med pasientsikkerhet. Det vil være fint om eventuelle forskjeller i kompetanse her kommer tydelig frem.

Fagledelse, forbedringsarbeid og pasientsikkerhet er også fremhevet som fellestemaer som med fordel kan ha likere læringsutbyttebeskrivelser på tvers av ABIOK-utdanningene, utdypet under spørsmål 12.

2. I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med pasientenes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?

Helsekompetanse , helsepedagogikk og brukermedvirkning

Dette er viktige temaer for kreftsykepleieren å ha innsikt i. Det er bra at disse områdene er inkludert i utkastet.

3. Hvordan vurderes graden av detaljering sett i forhold til utdanningsinstitusjonens rett til autonomi og lokal tilpasning?

Ingen merknader.

4. I hvilken grad vurderes behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene?

Vi anbefaler at programgruppene jobber tettere sammen for å formulere felles læringsutbyttebeskrivelser knyttet til felles temaer/innhold. Dette kan gi grunnlag for felles læringsarenaer som kan fremme samhandling, tverrfaglig samarbeid og innovasjon. Dette vil sannsynlig gi en dypere innsikt i både teamene og egen og hverandres rolle og kompetanse. Vi utdyper dette ytterligere under spørsmål 12.

5. Er fordelingen av læringsutbyttebeskrivelser for de første 60 studiepoengene og de påfølgende 60 studiepoengene hensiktsmessig og gjennomførbar?

Videreutdanning i kreftsykepleie er fra før utviklet som 60 studiepoengs videreutdanning i henhold til rammeplanen fra 2005. I dag er det behov for høyt spesialisert og utvidet kompetanse for å møte fremtidens kompetansebehov i tjenestene jf. Nasjonal helse og sykehusplan, primærhelsetjenestemeldingen og kreftstrategien. Videreutdanningen innen kreftsykepleie vil være viktig for å ivareta kompetansebehov i tjenestene for avansert sykepleierkompetanse innen sitt fagfelt og felles kompetanse for spesialsykepleiere innen blant annet samhandling, brukermedvirkning, endringsarbeid og kunnskapsbasert praksis. Omfanget og nivået på kompetanseområdene i retningslinjen skal ligge på masternivå, jf. kvalifikasjonsrammeverket. Ut fra dette er det samlet sett høye krav til kompetanse både på nivå og innhold for spesialsykepleiere.

Slik vi forstår forslaget skal kandidatene ha samme sluttkompetanse innenfor kapittel 2 til 5, uavhengig om de tar 60 eller 120 studiepoeng. Vi forstår det derfor sånn at kapittel 2 til 5 utgjør 60 studiepoeng. Sammenlignet med innholdet som skal oppnås på 90 studiepoeng i de øvrige ABIO-utdanningene, kan dette virke ambisiøst. Dersom det er tenkt ulik måloppnåelse innenfor kapittel 2 til 5 ettersom kandidaten går mastergradsløp eller kun videreutdanning, kommer ikke dette klart frem i utkastet.

Vi er også usikre på om det er tenkt at *Kapittel 6 Læringsutbytte for kompetanseområdet fordypning i kreftsykepleie, kunnskapsbasert fagutvikling og forskning* skal utgjøre de resterende 60 studiepoeng i en mastergrad eller hvordan dette er tenkt løst når man legger opp utdanningsløpet som en helhet med avstigningsmulighet etter 60 studiepoeng. Er det for eksempel noen kompetanseområder utover det som fremgår av kapittel 6 som vil bli ytterligere vektlagt i mastergradsløpet?

Vi anbefaler at retningslinjen er tydeligere på kompetansenivået som oppnås ved 60 studiepoengs videreutdanning sammenlignet med mastergradsløpet. Dette bør særlig angis ved at forskjell i sluttkompetanse mellom kandidater som har gjennomført henholdsvis 60 og 120 studiepoeng kommer frem under formålet og under §3.

6. Er det noen typer kompetanser som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

Likeverdige tjenester - Mangfold i kjønn, seksualitet og familieformer

Statistisk sentralbyrå estimerer at syv prosent av befolkningen mellom 18-79 år regner seg selv for å være homofil eller lesbisk, bifil (lhb) eller annet, eller at de er seksuelt tiltrukket av alle kjønn ([SSB, 2021](#)). Internasjonal forskning viser at forekomsten av kreft er uforholdsmessig høy i lhbt-befolkningen sammenlignet med befolkningen for øvrig. I tillegg til å ha særegne risikofaktorer, opplever befolkningsgruppen barrierer for tilgang til helsehjelp. Som er resultat av dette blir de ofte diagnostisert på et senere stadium i sykdomsforløpet ([American Cancer Society \(2020\). Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer \(LGBTQ\) People With Cancer Fact Sheet](#)). Lhbt-personer vil dermed kunne utgjøre en forholdsmessig større andel av pasientgruppen kreftsykepleiere skal jobbe med.

Likestillings og diskrimineringsloven pålegger det offentlige å ivareta hensynet til likestilling og mangfold i det offentlige tjenestetilbudet. Målene for helse- og omsorgssektorens innsats mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk er å sike alle innbyggere likeverdige helse- og omsorgstjenester på tvers av kjønnsidentiteter og seksuelle orienteringer, god kompetanse og sensitivitet om lhbt-temaer i helse- og omsorgssektoren og å redusere helseforskjeller mellom lhbt-personer og den øvrige befolkningen (Barne- og likestillingsdepartementet (2016). Trygghet, mangfold, åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–202).

Likeverdige helse- og omsorgstjenester innebærer at tjenester på alle nivåer skal være tilgjengelige rent praktisk, men også at innholdet i tjenestene skal være individuelt tilrettelagt og tilpasset den enkeltes behov. Da er det avgjørende at fagpersoner har tilstrekkelig kompetanse om de ulike pasient-gruppene de møter. En generell åpenhet fra tjenesteyters side er nødvendig for å skape en atmosfære der det er rom for å løfte frem og synliggjøre utfordringer knyttet til det å bryte med normer for seksualitet og kjønn. Dersom seksualitet er et ikke-tema i møtet med tjenestene vil dette også påvirke hvorvidt man tør å ta opp helseplager relatert til seksualitet, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk.

På denne bakgrunn foreslår Helsedirektoratet følgende endring under kapittel 3:

Læringsutbytte for kompetanseområdet kommunikasjon, undervisning og veiledning, § 7 a:

a. har avansert kunnskap om pasienter med kreft og pårørendes reaksjoner og behov i pasientforløpet på tvers av alder, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, seksuell orientering, sosioøkonomisk, språklig og kulturell bakgrunn

Psykiske reaksjoner

Kreftsykepleiere møter pasientene i ulike faser av sykdommen, og det å ha kompetanse til å kunne møte vanlige ledsagende psykiske reaksjoner på en god måte, er viktig.

I forslaget til utdanningen for barnesykepleier er følgende inkludert: *Ha kunnskap om helseutfordringer relatert til funksjonsnedsettelse samt psykiske og sosiale følger av sykdom, behandling og funksjonstap.*

Vi foreslår at en lignende formulering inkluderes under kapittel om læringsutbytte for kompetanseområdet klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse.

Teknologi/velferdsteknologi

Bruk av teknologi i helse- og omsorgstjenester er i rask utvikling, og vi tror det vil være mer fremtidsrettet om dette tema ble inkludert i et eget kompetanseområde, gjerne felles for alle ABIOK-utdanningene. Vi tror også at det vil være gunstig å se teknologisk utvikling, IKT og innovasjon i sammenheng, samt koble dette til innovasjon. Vi utdyper dette mer under spørsmål 12.

Bruk av digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi kan bidra til at pasienten kan få tett oppfølging av helsetjenesten i ulike faser av et kreftsykdomsforløp/pasientforløp, samtidig som han/hun kan få nødvendig støtte og bistand til å mestre hverdagen og familielivet med sykdommen best mulig.

Nasjonal helse- og sykehusplan løfter frem bruk av teknologi i pasientens helsetjeneste som viktige målsetninger å utvikle mot fremtidige behov. Et ledd i dette er å flytte sykehustjenester hjem og i langt større grad ta bruk nettbasert behandling og digital oppfølging hjemme. Dette inkluderer oppfølging både fra sykehus, i samhandling mellom sykehus og fastlegen og andre kommunehelsetjenester, andre aktører, og pasient og pårørende. I slike prosesser tror vi innsikt i hvordan jobbe med innovasjon kan være nyttig bakgrunn.

En kreftsykepleier vil ofte måtte vurdere hvordan ulike behov best mulig kan ivaretas og følge opp samhandling mellom pasient, pårørende og øvrig helsepersonell/tjenester. Aktuelle vurderinger vil inkludere hvordan teknologi og digitale verktøy kan understøtte pasientens behov eller fremme bedret pasientoppfølging.

Siden koordinering og samhandling rundt bruk av teknologi, digitale løsninger og andre nyvinninger vil bli viktig, anbefaler vi at dette læres i et tverrfaglig miljø med vekt på innovasjon.

Koordinering og helhetlige pasientforløp

Både i primærhelsetjenestemeldingen og i kreftstrategien trekkes det frem at det er et stort behov for å få til bedre koordinering på tvers av fag, tjenester og nivå. Tilbudene til pasientene må bli mer tverrfaglige og det må jobbes mer i team. "Kreftoverlevere" med senskader og behov for rehabilitering krever at det jobbes i team og mange vil ha behov for koordinerte tjenester på tvers av virksomheter og nivå. Lovverket med Individuell plan og koordinator gjelder for denne målgruppen og mange vil ha behov for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam.

Erfaringen fra arbeid med pasientforløp, pakkeforløp og oppfølgingsteam ute i kommunene viser at kreftkoordinatorer/kreftsykepleiere i kommunene er ulikt organisert og har ulik kunnskap/erfaring knyttet til system, lovverk for IP/koordinator, det å jobbe i tverrfaglig team m.m.

Kompetanse rettet mot koordinering og samhandling er særlig adressert under kapittel 4 i forslaget. Vi anbefaler at det her gjøres enda tydeligere at kreftsykepleieren både kan inneha en koordinatorrolle, men også delta aktivt i et tverrfaglig team. Det anbefales også at koordinatorrollen kobles til kompetanse i å sikre brukermedvirkning og anvende verktøy for samvalg.

Seksuell helse

Vi savner seksuell helse som kompetanseområde i retningslinjen. Seksualitet er en integrert del av mennesket gjennom hele livet. Seksuell helse kan defineres som fysisk, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet. God seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Seksualitet omfatter følelser, tanker og handlinger, i tillegg til det fysiologiske og fysiske (Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)). En kreftdiagnose og påfølgende behandling kan ha store konsekvenser for seksualfunksjonen. Hvordan seksualiteten påvirkes vil variere mellom ulike typer kreft og behandlingsformer, pasientens alder, om pasienten har debutert seksuelt eller ikke, partnerstatus og livsstadiet pasienten befinner seg i. For mange vil endringene i kroppsbilde og seksualfunksjon som følge av kreft være varige. Disse endringene har innvirkning på den som har kreft og for samlivet med en eventuell partner (Helsenorge.no (n.d.) Kreft og seksualitet (enda ikke publisert)).

Tilbakemeldinger fra befolkningen viser at seksuell helse i for liten grad blir tematisert og drøftet i møte med helse- og omsorgstjenestene (Barne- og likestillingsdepartementet (2016). Trygghet, mangfold, åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–2020). Kreftforeningen har flere ganger gjennomført kartlegginger blant pasienter som har gjennomgått kreftbehandling om deres rehabiliteringsbehov og hvorvidt dette blir møtt. Kartleggingen viser at en stor andel av dem som har gjennomgått kreftbehandling oppgir seksuelle problemer etter behandling, og en fjerdedel oppgir behov for seksualrådgivning eller parterapi. Kun en tredjedel oppgir å ha fått oppfylt sitt behov for råd og veiledning om seksuell helse og funksjon ([Kreftforeningen, 2019. Å leve med og etter kreft](#)).

For å oppfylle formålsparagrafen om å gi helhetlig sykepleie bør kandidatene kunne anvende kunnskap om hvordan diagnose og behandling påvirker seksualitet og intimitet i veiledning av pasienter og pårørende. Helsedirektoratet foreslår nytt punkt under kapittel 3: Læringsutbytte for kompetanseområdet kommunikasjon, undervisning og veiledning til § 8:

Kandidaten

d. kan anvende sine kunnskaper om hvordan diagnose og behandling kan påvirke seksualiteten fysisk, psykisk og relasjonelt, og veilede pasienter og pårørende om dette i behandlingsvalg og rehabilitering.

7. Bør palliasjon utgjøre et eget kompetanseområde eller skal innholdet fordeles på flere kompetanseområder?

Palliasjon er kun eksplisitt angitt under §4 i forslaget. For å vise at palliasjon er et område kreftsykepleieren har avansert generell kompetanse innen, kan dette tydeliggjøres gjennom et eget læringsutbytte under § 6. Palliative pasientforløp er ofte sammensatte og krever tverrfaglig sammensatt kompetanse. Vi anbefaler derfor at et eventuelt nytt læringsutbytte

knyttet til regjeringens målsetning om å legge til rette for kunnskapsbygging, kunnskapsdeling og samhandling, når pasienter med behov for palliativ oppfølging beveger seg mellom ulike enheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten eller i hjemmet (Kapittel 7. [NOU 2017:16. På liv og død— Palliasjon til alvorlig syke og døende](#)).

Vi foreslår følgende formulering:

Kandidaten kan analysere og kommunisere om faglige problemstillinger innen palliasjon, både som del av det tverrfaglige teamet, i møte med pasienter og pårørende innenfor sitt ansvarsområde, og for å bidra til tverrsektoriell samhandling knyttet til utvikling av gode pasientforløp.

Det kan også vurderes å legge til en beskrivelse av kreftsykepleierens kompetanse og rolle innen palliasjon under formålet.

8. Bør det være egne læringsutbytter knyttet til forebygging av kreftsykdom?

I den nasjonale kreftstrategien for 2018-2022, [Leve med kreft](#) (Helse- og omsorgsdepartementet), understrekes viktigheten av forebyggende arbeid som tiltak for å redusere forekomsten av flere vanlige kreftsykdommer. Kreftsykepleieren kan inngå i tverrfaglige team som jobber forebyggende ut mot befolkningen og kompetanse knyttet til forebygging av kreftsykdom kan derfor være nyttig å inkludere i utdanningen. Dette kan oppnås ved å legge til en formulering om dette under §4, punkt a *har avansert kunnskap om utvikling og forebygging av kreftsykdom, samt patofysiologi, diagnostikk og behandlingsprinsipper i tråd med kunnskapsutviklingen*

9. Bør det åpnes for at simulering og ferdighetstrening kan erstatte deler av praksisstudiene?

[Evaluering fra bruk av simulering og ferdighetstrening som pedagogisk metode](#) angir at dette kan gi økt trygghet hos studenter ved videreutdanning i anesthesi-, barn-, intensiv- og operasjonssykepleie. Dette ble vektlagt som viktig for å forbedre studentene til å lære i praksis, samt bidra til å fremme tverrfaglig samarbeid og bygge bro mellom teori og praksis. [Simulering er beskrevet som en god pedagogisk metode som fremmer læring](#) også hos studenter i bachelor i sykepleie. Vi ser det derfor som positivt at dette tas i bruk i økende grad for å fremme blant annet kliniske ferdigheter.

Vi mener det er godt dokumentert at simulering og ferdighetstrening er viktige pedagogiske metoder for å oppøve klinisk kompetanse, samt forberede studenter til å lære i klinisk praksis. Jf. anbefaling gitt i rapporten "[Videreutdanning for sykepleiere - Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?](#)", mener vi at arbeidskravene som legges til klinisk praksis må bidra til at studenten opparbeider seg vurderings- og handlingskompetanse i møte med virkelige pasienter (ikke bare i simuleringslaboratorium). Vi mener det ikke er samme grunnlag for å anta at simulering og ferdighetstrening kan erstatte fullt ut den innsikt og erfaring studenten oppnår ved å ha målrettet og veiledet klinisk praksis.

10. Er det behov for å spesifisere krav om klinisk praksis for opptak til utdanningen?

Helsedirektoratet ser at kravet om minimum to års relevant yrkespraksis som grunnlag for opptak ikke er videreført og antar at dette er utelatt fordi dette anses å falle under utdanningsinstitusjonenes hjemmel til å regulere selv. Vi anbefaler likevel at dette revurderes. Vi ser det som en klar styrke å videreføre kravet om erfaring da dette vil være viktig å ha før de begynner på et utdanningsløp med så høyt krav til rask kompetanseutvikling innen både teknisk krevende og avansert kompetanse. Vi tror det vil være vanskelig å oppnå ønsket nivå på sluttkompetansen innen kreftsykepleie for en nyutdannet sykepleier eller sykepleier med lite relevant erfaring.

Dersom et krav om relevant erfaring ikke reguleres av den nasjonale retningslinjen, kan dette åpne for ulik praksis og på sikt gi ulik kvalitet på spesialsykepleiere ut fra utdanningssted. En god ballast fra relevant praksis tror vi vil bidra positivt til gjennomføringsgraden, bedre kandidatens grunnlag for læring og dermed øke kvaliteten på kandidatene som uteksamineres. Vi vil derfor anbefale å videreføre krav om minimum to års relevant yrkespraksis som grunnlag for opptak til kreftsykepleierutdanning for å sikre nasjonal standardisering, samt sikre at inntakskvalitet på kandidatene som tas opp til studiet ikke kun styres av akademisk karaktersnitt fra bachelor i sykepleie, men også klinisk erfaring.

11. I hvilken grad er omfanget av utdanningen gjennomførbart innenfor rammene av utdanningen?

Dette er adressert under spørsmål 5 og 10.

12. Er felles temaer/innhold for ABIOK-utdanningene som nevnt ovenfor ivaretatt i retningslinjene.

I høringsbrevet står det at programgruppene har "*i arbeidet med utvikling av forskriften hatt kontakt på tvers for å vurdere felles temaer og innhold i forskriftene*". Aktuelle temaer som er tatt opp er vitenskapsteori og metode, kommunikasjon, tverrprofesjonell samhandling, innovasjon og pasientsikkerhet.

Som nevnt tidligere i høringsuttalelsen, mener vi det vil være en styrke for ABIOK-utdanningene å samle seg rundt felles læringsutbyttebeskrivelser for å utnytte synergier ved å lære sammen og av hverandre. Dette tror vi vil gjøre kandidatene bedre egnet til å møte en fremtid som vil kjennetegnes av å jobbe i tverrprofesjonelle team. Her kan delt kompetansegrunnlag fra felles kompetanseområder fremme samhandling, og ideer til nye og bedre løsninger dannes. For å vurdere i hvilken grad felles temaer/innhold er ivaretatt, har vi systematisk gått igjennom alle retningslinjene og sett i hvilken grad sentrale temaer er adressert, samt på formuleringer som er benyttet i kompetanseområder og læringsutbytter. Det er store forskjeller. Vi har respekt for at faglig innhold må knyttes opp mot den enkelte spesialitet, men variasjon, vekt og nivå på formuleringene slik det fremstår nå, tror vi med fordel kan samkjøres i større grad for å gjøre utdanningene mer fremtidsrettet mot samhandling og tverrprofesjonell problemløsning.

Under listes aktuelle felles temaer og kjennetegn ved ulikhetene slik vi har funnet, samt forslag til tiltak som kan bidra til å samkjøre innhold og nivå:

Tema/ innhold	Kjennetegn ved ulikheter	Forslag til samkjøring
Vitenskapsteori og metode	<p>A: Meget godt ivaretatt, eget kompetanseområde med tydelige LUBer, ivaretar et høyt kompetansenivå</p> <p>B: Noe overordnet beskrevet, tradisjoner og prinsipper for forskning i fokus, lavt kompetansenivå.</p> <p>I: Noe overordnet beskrevet, vitenskapelige perspektiver og kunnskapsformer i fokus, lavt kompetansenivå.</p> <p>O: Godt ivaretatt, eget kompetanseområde, ivaretar et godt kompetansenivå, men noe overordnede LUBer.</p> <p>K: Overordnet vektet, har vektlagt begrepet <i>kunnskapsbasert</i> i sine formuleringer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ta utgangspunkt i kompetanseområdene og formuleringene gitt i AOK. • Jobbe ut omforent kompetanseområder og læringsutbyttebeskrivelser for ABIOK.
Innovasjon	<p>A: Som LUBer under kapittel 4 og 6</p> <p>B: angis som kvalifikasjon under formålet.</p> <p>I: Inkludert i kompetanseområde, kapittel 5</p> <p>O: Inkludert i formålet (§2) kompetanseområde, kapittel 5</p> <p>K: Ikke angitt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anbefales som inkludert i et felles kompetanseområde for alle utdanningene. • Anbefaler at det tas utgangspunkt i beskrivelser fra I og O • Knyttes tydelig opp mot teknologisk utvikling, IKT-løsninger og teknologisk nyvinning • Å lære om innovasjon, IKT og annen teknologi i et tverrfaglig fellesskap tror vi gir økt faglig forståelse, tverrprofesjonell innsikt og legger til rette for samhandling senere • Bør i større grad bygge videre på kompetansen innen innovasjon og teknologi fra nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning.
Fagledelse, forbedringsarbeid og pasientsikkerhet	<p>Det er variasjon i hvorvidt disse begrepene er inkludert kun som LUBer eller er løftet frem i kompetanseområder. Det også ulik begrepsbruk i læringsutbyttebeskrivelsene som kan gi variasjon i kompetanse og potensielt gi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se på muligheten for å knytte dette opp mot et felles kompetanseområde som kan bidra til felles forståelse for teoretiske perspektiver, problembeskrivelser og arbeidsmetodikk.

	ulik kvalitet på tjenestene som leveres.	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke utgangspunktet for å finne felles løsninger på problemer som går på tvers i organisasjoner og sektorer • Å lære om disse temaene i et tverrfaglig fellesskap tror vi gir økt faglig forståelse, tverrprofesjonell innsikt og legger til rette for samhandling senere
Kommunikasjon	Det er variasjon i hvorvidt temaet er inkludert kun gjennom LUBer eller er løftet frem i et kompetanseområde.	<ul style="list-style-type: none"> • Se på muligheten for å utvikle felles læringsutbytte beskrivelser som inkorporeres hensiktsmessig for hver retningslinje • Avklare om det er felles kompetanseområder kommunikasjon kan kobles til slik at man kan legge til rette for å lære dette i en tverrprofesjonell arena
Tverrprofesjonell samhandling	Det er variasjon i hvorvidt dette temaet behandlet som et begrep eller to, er inkludert, beskrives kun gjennom LUBer eller er løftet frem i kompetanseområder. Det også ulik begrepsbruk i læringsutbyttebeskrivelsene som kan gi variasjon, særlig knytte til handlingskompetanse.	<ul style="list-style-type: none"> • Se på muligheten for å utvikle felles læringsutbyttebeskrivelser som inkorporeres hensiktsmessig for hver retningslinje slik at det kan legges til rette for tverrprofesjonell læring under utdanningen, kanskje også under klinisk praksis.

Vennlig hilsen

Heidi Stien e.f.
prosjektleder

Linda Hafskjold
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

Helse- og omsorgsdepartementet