

Kunnskapsdepartementet  
Postboks 8119 Dep  
0032 OSLO

Deres ref.: 20/1147  
Vår ref.: 20/44262-2  
Saksbehandler: Linda Hafskjold  
Dato: 26.02.2021

## Høringsuttalelse fra HelseDirektoratet til forslag til forskrift om nasjonal retningslinje for anestesisykepleierutdanning

Vi viser til Kunnskapsdepartementets (KD) brev av 26.november 2020 hvor det informeres om at utkast til Forskrift om nasjonal retningslinje for anestesisykepleierutdanning 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 10 oppførte høringsspørsmålene:

- Utelatelse av krav om to års relevant klinisk praksis som et minimum for opptak til utdanningen
- 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 10 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 anestesisykepleierutdanningen skal bygge på bachelorutdanning i sykepleie eller tilsvarende og norsk autorisasjon som sykepleier, og det er bra at dette fremgår i formålet.

Det er også en styrke at formålet presiserer at anestesisykepleieren skal kunne utøve sin tjeneste innenfor ulike helsetjenestenivåer både i og utenfor sykehuset, samt i samarbeid med annet personalet. Dette er i tråd med utviklingsområder beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023, gode pasientforløp og behovet for samhandling på tvers i sykehus og sektorer for å skape pasientens helsetjeneste. Vi har likevel et forslag om at kompetanse innen

### 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](mailto:postmottak@helsedir.no) • [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

samhandling på tvers av tjenestenivåer og samarbeid med primærhelsetjenesten gjøres enda tydeligere. Dette er beskrevet mer under spørsmål 6 (kompetanseområder som mangler i høringsutkastet).

Videre er det fint å se at kandidater skal utvikle situasjonsbevissthet, observasjons-, vurderings- og beslutningskompetanse innenfor sitt ansvarsområde, samt evne å håndtere planlagte, komplekse og uforutsigbare pasientsituasjoner. Dette mener vi er viktig kompetanse for å gi riktig og god helsehjelp, og særlig relevant for å møte behov hos akutt syke pasienter og pasienter med komplekse og sammensatte lidelser.

I forslaget står det under §2 Formål: "*Gjennomføring av masterutdanningen skal gi kompetanse i forsknings-, utviklings- og kvalitetsforbedrende arbeid innenfor helsefaglig arbeid generelt, og i klinisk pasientarbeid med pasienten som skal ha anestesi spesielt.*"

Vi anbefaler at kvalitetsforbedrende arbeid beskrives som kompetanse i §2 også for de som eventuelt avslutter med kun videreutdanning 90 studiepoeng, samt at dette følges opp under kompetanseområdene som gjelder begge utdanningsløp. Utviklings- og kvalitetsforbedrende arbeid er sentralt for å kunne bidra til å utvikle helsetjenesten mot de behov som melder seg i fremtiden. I tillegg er dette sentralt for å tilby kunnskapsbaserte tjenester og nødvendig kompetanse for arbeidet med pasientsikkerhet, jf. [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#).

### **Mastergrad (120 studiepoeng) og videreutdanning (90 studiepoeng)**

Vi er enige med programgruppens poeng fra høringsbrevet, om at i sammenlignbare land er trenden å kvalifisere spesialsykepleiere gjennom mastergradsløp. Det kan være en fare for at norske anestesisykepleiere med 90 studiepoengs videreutdanning, som dermed ikke oppfyller mastergradskompetanse i henhold til kvalifikasjonsrammeverket og Bologna prosessen, ikke anses å ha jevnbyrdige kvalifikasjoner og kompetanse vurdert fra et internasjonalt perspektiv. Hvorvidt dette vil ha betydning utover for eventuelle anestesisykepleiere som har behov for godkjenning i andre land, er vanskelig å vurdere nå.

Vurderinger knytte til Mastergrad (120 studiepoeng) og videreutdanning (90 studiepoeng) er videre utdypet under spørsmål 9.

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

### **Helsekompetanse og helsepedagogikk.**

Det savnes omtale av begrepet helsekompetanse. Anestesisykepleiere tar utgangspunkt i pasientens og pårørendes helsekompetanse i møte med pasienter, og er et sentralt virkemiddel i kommunikasjon for å fremme brukermedvirkning, samt riktige og gode tjenester tilpasset den enkelte pasient.

Helsekompetanse er definert som den enkeltes evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten. En av forutsetningene for å nå regjeringens mål om økt helsekompetanse i befolkningen er å utforme en helse- og omsorgstjeneste arbeider for

å ivareta og gjøre folk helsekompetente, og hvor holdninger (og kunnskap) hos de ansatte gjenspeiler dette ([Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023 \(regjeringen.no\)](#)).

Vi foreslår at det legges til læringsutbyttet som favner kompetanse om dette tema under kapittel 5:

- Forslag til formulering under §13, kunnskap: har inngående kunnskap om forhold som påvirker helsekompetansen i befolkningen, samt hvordan helsekompetanse kan påvirke involvering av pasient og pårørende i beslutninger på individ- og systemnivå.
- Forslag til tillegg under §14, punkt a: *kan anvende samhandlings- og kommunikasjonsverktøy for å ivareta god pasientbehandling, samt tilpasse kommunikasjon og samhandling ut fra pasienters og pårørendes helsekompetanse.*

### **Palliasjon**

Det savnes en omtale av palliasjon. Anestesisykepleiere vil ofte være involvert i smertebehandling av pasienter, herunder også pasienter med alvorlig, livstruende sykdom. Å møte en pasient med livstruende sykdom fordrer kompetanse i å kommunisere med pasienter og pårørende som er i en sårbar situasjon. Palliasjon favner videre enn smertelindring og brukes om en helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasienten og hans/ hennes reaksjoner på sykdom, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielt. For å møte pasientenes behov, trenger helse- og omsorgspersonell både kompetanse om grunnsykdommen og om palliasjon. I tillegg er det nødvendig å ha kompetanse til å gjenkjenne når det er behov for andre faggrupper og annen kompetanse enn den man selv har ([NOU 2017:16](#), "På liv og død").

Det foreslås at palliasjon omtales eksplisitt sammen med smertebehandling, for å synliggjøre denne dimensjonen i oppfølging av alvorlig syke pasienter:

#### **Under §2 Formål med utdanningen:**

*Videre skal utdanningen gi kompetanse i ivaretagelse av akutt og kritisk syke pasienter i sykehus, og i ulike kontekster som for eksempel smertebehandling **og palliasjon**, prehospitalt arbeid, transportmedisin, ved katastrofer og i beredskapssituasjoner og i tverrfaglige team.* Jf. forslaget skal kandidaten ha avansert kunnskap i anestesiologi. Smertebehandling vil være en vesentlig del av denne kunnskapen. Det foreslås at også palliasjon omtales i eget punkt som et avgrenset område under **§7 klinisk anestesiutøvelse m.m.:**

*Kandidaten har spesialisert kunnskap om palliasjon*

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

Ingen merknader.

4. I hvilken grad er omfanget av utdanningen gjennomførbar innenfor rammen av utdanningen?

Vi vurderer utdanningen til å være gjennomførbar selv om vi ser at det stilles høye krav til kandidaten og det legges opp til en bratt læringskurve ut fra tidsrammen for utdanningen.

5. 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. Dette utdypes ytterligere under spørsmål 10.

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

#### **Tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid.**

Samhandling på tvers av tjenestenivåer og særlig samarbeid med primærhelsetjenesten vil være viktig kompetanse for anestesisykepleieren.

Forskriften tydeliggjør på en god måte behovet for at anestesisykepleieren fungerer i tverrfaglige team og samarbeid, samt under kapittel 5 fremheves kommunikasjon og samhandling på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå. Vi savner at det tydeliggjøres kompetanse om samhandling på tvers av tjenestenivåer, dvs. mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Det foreslås at dette tas inn i et eget læringsutbytte som en ferdighet i § 14:

*kan anvende samhandlings- og kommunikasjonsverktøy for å ivareta samhandling og tverrfaglig samarbeid om pasientforløp på tvers av tjenestenivåer.*

#### **Mangfold/ ikke-diskriminering**

Under kapittel 2 foreslås at det tas inn en læringsutbyttebeskrivelse tilsvarende den som ligger i Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfaglige utdanninger, §2.2, for å favne dette brede ikke-diskrimineringsgrunnlaget. Læringsutbytte kan løftes til masternivå med begrepet "inngående kunnskap":

"har *inngående kunnskap* om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering, uavhengig av kjønn, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder, slik at kandidaten bidrar til å sikre likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet".

Dette læringsutbytte bør inngå som selvstendig læringsutbyttebeskrivelse i utdanningen som et minimum inntil flertallet av kandidatene forventes å ha oppfylt læringsutbyttebeskrivelsen i sin grunnutdanning.

7. Er praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig beskrevet og gjennomførbar?

#### **Praksisveileder bør sikres formell veiledningskompetanse.**

Det er et generelt behov for å styrke tilbudet om veiledningsutdanning for aktivt, klinisk personell i helsetjenestene. Anestesisykepleiere har ansvar for veiledning og oppfølging av

anestesisykepleiestudentene. Det er i dag ikke krav om formalisert veiledningskompetanse hos de ansatte ved alle aktuelle praksissteder.

Formell utdanning innen veiledning vil gjøre veiledere bedre rustet til å veilede studentene, samt kunne stimulere til økt faglighet og interesse for å være veileder i praksis. Dette kan igjen bidra positivt til læringsmiljøet for studentene, som igjen kan bidra til å utvikle enda bedre kandidater.

Vi anbefaler at kompetanse innen veiledning inkluderes i relevante læringsutbytter da veiledningsmetodikk og teori kan understøtte studentens evne til selv å lære gjennom veiledning, og senere, gjøre kandidaten bedre til å veilede studenter, kolleger, og pasienter og pårørende. Læringsutbytter rettet mot veiledningskompetanse kan inkludere både kunnskap og ferdigheter, og kan være relevant å legge inn under kapittel 3 (klinisk anesthesiutøvelse, observasjoner, vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse) eller kapittel 5 (faglig ledelse, samhandling og kommunikasjon i team). Formuleringer kan for eksempel tilsvare de som er gitt for kreft-, operasjons- og/eller intensivsykepleieutdanning.

8. 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 kandidatenes 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.

9. Vi ber høringsinstansene vurdere hvorvidt avslutning av utdanningen etter 90 studiepoeng vil ivareta kompetansebehovene i tjenestene i tilstrekkelig grad?

Vi ser at det for alle ABIOK-utdanningene, inkludert for anestesisykepleieutdanningen, er lagt opp til at kandidaten skal kunne avslutte ved to ulike kompetansenivåer, i dette tilfellet skilles det mellom mastergradsløp på 120 studiepoeng og videreutdanning på 90 studiepoeng.

Vi forstår det slik at det vil være viktige forskjeller i utdanningsløpet og dermed også sluttkompetansen for kandidater som gjennomfører en videreutdanning på 90 studiepoeng

sammenlignet med et mastergradsløp på 120 studiepoeng. Samt at forskjellen i utdanningsløpene vil i hovedsak være knyttet til emner og læringsaktiviteter utviklet for å oppfylle " *Kapittel 8. Læringsutbytte for kompetanseområdet gjennomføring av et avgrenset vitenskapelig arbeid*". Vi antar at kandidatens forberedelse og arbeid med masteroppgaven, samt noe mer undervisning innen vitenskapelige metoder og forskning rettet mot mastergradsprosjektet vil gi økt sluttkompetanse for disse kandidatene. Følgelig antar vi at kandidater som avslutter etter 90 studiepoeng vil ha lavere sluttkompetanse knyttet til ovennevnte områder.

Nyere internasjonal forskning peker på at sykepleiere med masterkompetanse er mer selvstendige i utøvelsen av sin rolle, har økt handlingskompetanse til å drive fagutvikling innenfor sitt ansvarsområde, samt kan i større grad bidra i endringsarbeid og forskning for å utvikle helsetjenesten ([Wangensteen et al. \(2018\). Nurse Education Today](#)). Dette er også inngående belyst i rapporten "[Videreutdanning for sykepleiere - Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?](#)", utgitt av Helsedirektoratet i 2017. For å møte fremtidige behov i helsetjenesten generelt og i spesialisthelsetjenesten spesielt, vil sannsynligvis kompetansen som utvikles i en mastergrad være mer i takt med fremtidens behov enn det kandidaten oppnår med kun videreutdanning på 90 studiepoeng. Det er også 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 ny kunnskap og bidra til endringsprosesser, er viktig for å oppnå denne målsetningen. Ut fra forskningen beskrevet over, kan det se ut som at dette utvikles best gjennom mastergradsløp. Det kan derfor settes spørsmålstegn ved om en videreutdanning på 90 studiepoeng gir tilstrekkelig kompetanse til å fylle anestesisykepleierens kompetansebehov i fremtiden.

[Ifølge en nasjonal studie blant førstelinjeledere, fagutviklingssykepleiere og utdanningspersonell, er det en positiv holdning og forventning til en masterutdanning i anesthesi- og intensivsykepleie](#), særlig for å utvikle kunnskapsbasert praksis, kritisk tenkning og samhandlingskompetanse. Studien viste også at representanter fra lokalsykehus og Helse Nord var bekymret for rekruttering og å kunne beholde spesialsykepleiere med masterutdanning. Da dette utdanningsprogrammet kvalifiserer kandidaten til en etablert og anerkjent, klinisk rolle og dersom masterutdanning med tiden blir det normale utdanningsløpet, antar vi at en mastergrad rettet mot klinisk spesialsykepleie i mindre grad trekker kompetansen vekk fra pasientnært arbeid. Dette tror vi kan være en større utfordring knyttet til mer teoretiske mastergradsløp.

Økt karakterkrav for opptak til bachelor i sykepleie gjør også at flere studenter har gode akademiske ferdigheter og vi har fått beskrevet fra utdanningsinstitusjoner at flere planlegger fra første dag å ta en masterutdanning. Kompetanseutvikling i form av mastergradsløp kan derfor være med å sikre fremtidig rekruttering til utdanningen. Vi tror det er sannsynlig at eventuell skepsis til mastergradsløp gradvis vil forsvinne ved at akademiske ferdigheter styrkes i grunnutdanningen, samt at mastergrad sannsynlig med tiden blir det nivået som både arbeidsgiver og sykepleiere vil etterspørre i fremtiden.

Vi ser også at avstigning etter 90 studiepoeng kan være et tiltak for å sikre økt kompetanse og rekruttering av klinisk erfarne sykepleiere som av ulike grunner ikke ønsker å gå inn i et fullt mastergradsløp. I rapporten nevnt over ([Helsedirektoratet, 2017](#)) kommer det også frem at noen ledere i helseforetak og kommuner ønsker et kortere videreutdanningsløp for sykepleiere

enn full mastergrad. Dette grunnis bl.a. økonomisk med at det kan være utfordrende for arbeidsgivere å legge til rette for permisjon til lengre videreutdanningsløp. Dette kan tyde på at det samlet sett fortsatt kan være behov for avstigningsmulighet slik forslaget legger opp til.

Ut fra argumentasjonen beskrevet over antar vi at sluttkompetansen mellom kandidater som avslutter etter 90 studiepoeng og de som gjennomfører en mastergrad, er ulik og at dette er særlig knyttet til handlingskompetanse til å bidra i utviklings- og forbedringsarbeid, samt kompetanse til å drive og utvikle kunnskapsbasert praksis innenfor eget ansvarsområde. Forutsatt at det stemmer at sluttkompetansen vil være ulik mellom kandidater som avslutter etter 90 studiepoeng og de som gjennomfører en mastergrad (120 studiepoeng), anbefaler vi at denne forskjellen i kompetanse tydeliggjøres i formålet og under §3.

10. 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	A: Meget godt ivaretatt, eget kompetanseområde med tydelige LUBer, ivaretar et høyt kompetansenivå B: Noe overordnet beskrevet, tradisjoner og prinsipper for forskning i fokus, lavt kompetansenivå. I: Noe overordnet beskrevet, vitenskapelige perspektiver og kunnskapsformer i fokus, lavt	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ta utgangspunkt i kompetanseområdene og formuleringene gitt i AOK.</li><li>• Jobbe ut omforent kompetanseområder og læringsutbyttebeskrivelser for ABIOK.</li></ul>

	<p>kompetansenivå.  O: Godt ivaretatt, eget kompetanseområde, ivaretar et godt kompetansenivå, men noe overordnede LUBer.  K: Overordnet vektet, har vektlagt begrepet <i>kunnskapsbasert</i> i sine formuleringer.</p>	
Innovasjon	<p>A: Som LUBer under kapittel 4 og 6  B: angis som kvalifikasjon under formålet.  I: Inkludert i kompetanseområde, kapittel 5  O: Inkludert i formålet (§2) kompetanseområde, kapittel 5  K: Ikke angitt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anbefales som inkludert i et felles kompetanseområde for alle utdanningene.</li> <li>• Anbefaler at det tas utgangspunkt i beskrivelser fra I og O</li> <li>• Knyttes tydelig opp mot teknologisk utvikling, IKT-løsninger og teknologisk nyvinning</li> <li>• 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</li> <li>• Bør i større grad bygge videre på kompetansen innen innovasjon og teknologi fra nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning.</li> </ul>
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 ulik kvalitet på tjenestene som leveres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se på muligheten for å knytte dette opp mot et felles kompetanseområde som kan bidra til felles forståelse for teoretiske perspektiver, problembeskrivelser og arbeidsmetodikk.</li> <li>• Styrke utgangspunktet for å finne felles løsninger på problemer som går på tvers i organisasjoner og sektorer.</li> </ul>
Kommunikasjon	<p>Det er variasjon i hvorvidt temaet er inkludert kun gjennom LUBer eller er løftet frem i et kompetanseområde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se på muligheten for å utvikle felles læringsutbytte beskrivelser som inkorporeres hensiktsmessig for hver</li> </ul>



		retningslinje <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
Tverrprofesjonell samhandling	Det er variasjon i hvorvidt dette temaet er inkludert, blir behandlet som et samlet begrep eller to, beskrives kun gjennom LUBer eller er løftet frem i kompetanseområder. Det er også ulik begrepsbruk i læringsutbyttebeskrivelsene som kan gi variasjon, særlig knyttet til handlingskompetanse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se på muligheten for å utvikle felles læringsutbyttebeskrivelser som inkorporeres hensiktsmessig for hver retningslinje</li> <li>• Anbefales at det legges til rette for å at dette læres i en tverrprofesjonell arena</li> </ul>

Vennlig hilsen

Heidi Stien e.f.  
prosjektleder

Linda Hafskjold  
seniorrådgiver

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Kopi:  
Helse- og omsorgsdepartementet