

---

**Fra:** QuestBack <noreply@questback.com>  
**Sendt:** 1. august 2018 14:04  
**Til:** KD-RETHOS  
**Emne:** Respons på Høring RETHOS fase1

- Høringssvaret kommer fra
  - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
  - Helse Sør-Øst RHF
- Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
  - Barnevernspedagogutdanningen
  - Bioingeniørutdanningen
  - Ergoterapeututdanningen
  - Fysioterapeututdanningen
  - Radiografutdanningen
  - Sosionomutdanningen
  - Sykepleierutdanningen
  - Vernepleierutdanningen
- Barnevernspedagogutdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 3
- Begrunn svaret
  - Retningslinjen synes i hovedsak å ivareta barnevernspedagoger i sykehus sitt kompetansebehov, hvor det å kunne identifisere behov og igangsette tiltak ses som et av mest sentrale kunnskapsområdene. Det er likevel noen områder som bør styrkes som fremkommer videre i høringssvaret. Formålet med utdanningen, slik det beskrives i retningslinjen, dekker en god bredde av det barnevernsfaglige arbeidet. Det er bra at retningslinjen fokuserer på læring og mestring hos utsatte barn og unge, men HSØ savner det helhetlige fokuset, hvor også forebygging vektlegges tungt. HSØ

savner videre læringsutbyttebeskrivelser om sorg- og krisereaksjoner, håndtering av affeksjon/sinne/aggresjon, samt kompetanse til å tåle å stå i situasjoner som er vanskelige.

- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 3
- Begrunn svaret
  - Se besvarelse under spm 1. Retningslinjen vektet ulikt det som bør betegnes som kjernekompetansen til en barnevernspedagog, sett fra spesialisthelsetjenestens og brukernes behov. Ved for eksempel punkt 21 så skal kandidaten «ha kjennskap til rus, psykiatri og andre problemområder knyttet til psykisk helse». I en sykehussammenheng er det nødvendig at kandidaten har bred kunnskap om rus og psykisk helse hos barn og unges pårørende, både i et forebyggings- og et behandlingsperspektiv. Videre er det ønskelig med styrket kunnskap om hvordan barnevernspedagogen kan legge til rette for læring, mestring og medvirkning hos barn og unge med helseutfordringer. Det er også viktig å ha fokus på kunnskap om lovverk og metoder for å ivareta barn/ søken som pårørende og barn som etterlatte, samt kunnskap om overgangen fra barn til voksen. Retningslinjen har et gjennomgående manglende fokus på forebygging, som må styrkes. Kunnskap 3; må kvalitetssikres at i læringsutbyttet «har bred kunnskap om vurdering og forståelse av barns beste og barns rettigheter» også inkluderer retten som barn / søsken som pårørende og barn/ungdom har som etterlatte.
- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Det er uklart hvor standardiserte utdanningene kommer til å bli på grunnlag av denne retningslinjen. Det ligger en vektning i begrepsbruken (taksonomien), men så lenge det ikke er knyttet

studiepoeng til emner er det vanskelig å vite hvordan dette slår ut. Vi er klar over at det lå utenfor mandatet til arbeidsgruppen, men velger likevel å kommentere det. For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH sektoren er likeverdig representert også på fag-/programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Et forslag er å etablere et fora under den nasjonale arbeidsgruppen som er likeverdig sammensatt mellom tjenestene og UH sektoren. Denne gruppen må ha et mandat som sikrer samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene på programplannivået. Alternativt må tjenestene representeres i større grad i det eksisterende «profesjonsrådet» som nå heter «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen barnevern». Forutsatt videre samarbeid på program-/fagplannivået, synes retningslinjen å ha et passe detaljeringsnivå.

- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
  - Det merkes at sosialpedagogikk er tatt ut fra retningslinjen, men erstattet med begrepet barnevernfaglig. Dette synes problematisk, da barnevernfaglig ikke er et begrep per dags dato med konkret innhold. Se for øvrig kommentarer i punkt 1 og 2.
- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar?
  - Ja
- Begrunn svaret
  - Delen om praksisstudiet fremstår som relevant og gjennomførbar, men det er liten sammenheng mellom hva som beskrives i forskrift når det gjelder krav til UH ansattes rolle i praksisfeltet opp mot retningslinjen for barnevernspedagogutdanningen. I forskrift står det at «lærer skal være oppdatert i praksisstedets problemstillinger og sikre kontinuitet, sammenheng og progresjon i studiet». I retningslinjen står det «utdanningsinstitusjonen har ansvar for å organisere praksis i samarbeid med praksisfeltet». Det forventes at forskrift er førende, men dette poengteres likevel: Ut fra retningslinjens beskrivelse har ikke lærer annen rolle enn å

organisere praksis; det er ingen faglig oppfølging. Dette er ikke tilfredsstillende. For studenters læring er det viktig å bygge bro mellom teori og praksis; her har UH ansatte en viktig rolle. Det kan ikke være opp til det enkelte helseforetak og den enkelte utdanningsinstitusjon å fremforhandle løsninger på UH ansattes tilstedeværelse og rolle i praksisfeltet. OUS ønsker at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler hvor blant annet utdanningsinstitusjonenes ansvar for oppfølgingen av studenter i praksis operasjonaliseres, basert på beskrivelsen i forskrift. I forskrift står det at «praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse». HSØ har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Når det er sagt, mener HSØ at hver student må ha mer veiledning enn en midtveissamtale. Dette synes å være et svakt krav til praksisveiledere, UH ansatte og praksissted. Retningslinjen bør legge til grunn at praksisveileder og student skal ha individuell veiledning ukentlig. Praksisstudiene er en «læringsmetode» for å knytte teori til praksis og praksis til teori.

- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Retningslinjen er omfattende og inkluderer mange kunnskapsområder som er relevant for den barnevernfaglige utøvelsen. Vi mener omfanget av retningslinjen er gjennomførbart i rammen av et 3 års løp- med hjelp av en god oppbygning og strukturering, også med de ekstra innspillene som HSØ har kommet med.
- Er det andre høringsinnspill?
  - Er ferdighetstreningen i utdanningen tilstrekkelig vektlagt? Ferdigheter punkt 16; kommunikasjon; bør praktisere aldersrelatert kommunikasjon med barn og unge, videre bør det trenes på bruk av tolk.

- Bioingeniørutdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Patologifaget (punkt 1 under kunnskap og ferdigheter) er delt inn i cytologi og histopatologi. Molekylærpatologi er vel så viktig, og derfor er det et ønske om at det kun står patologi i likhet med de andre fagområdene som beskrives innenfor laboratoriemedisin. Vi stiller spørsmål ved om det er tenkt at medisinsk genetikk er dekket under molekylærbiologi? Noen steder er kun deler av bestemte fagområder nevnt. Det anbefales en opprydding i begrepsbruk knyttet til fagterminologi.
- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Viser til svaret under punkt 17. Punkt 5, 8 og 9 under kunnskap vil HSØ særlig trekke frem og berømme. Under punkt 3 kunnskap, bør teksten suppleres med: "Har kunnskap om svarformidling og journalsystemer". Fremtidens bioingeniører skal være imøtekommende mot rekvirentene og møte pasientene som dyktige blodprøvetakere.
- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
  - 5
- Begrunn svaret
  - Retningslinjen er tydelig, preget av et godt språk og et budskap som er lett å forstå. Retningslinjens detaljeringsnivå er romslig nok for skolene. For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH sektoren er likeverdig representert, også på fag-

/programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Et forslag er å etablere et forum under den nasjonale arbeidsgruppen som er likeverdig sammensatt mellom tjenestene og UH sektoren. Denne gruppen må ha et mandat som sikrer samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene på fag-/programplannivået. Alternativt må tjenestene representeres i større grad i det eksisterende «profesjonsrådet» som nå heter «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen bioingeniørfag».

- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
  - 22) Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje? Punkt 12 under kunnskap bør tydeliggjøres med tanke på oppdatering av kunnskap innenfor informatikk. Fremtidens bioingeniører går en teknologistyrt fremtid i møte hvor blodprøvetaking utgjør en liten del av den kompetansen bioingeniørene bør inneha. Punkt 10 under ferdigheter: Det foreslås at dette læringsutbyttet utvides til at kandidater innehar kommunikasjonsferdigheter slik at de kan kommunisere med pasienter, pårørende og andre om .... , slik at kommunikasjonen bidrar til trygghet og forutsigbarhet rundt prøvetaking el. Det handler om toveis kommunikasjon, ikke bare ren formidling. Det er også vesentlig at informasjonen som gis er forstått og mottatt, og at bioingeniøren har kompetanse på dette området.
- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar?
  - Ja
- Begrunn svaret
  - I avsnitt 1 (s.5) under «krav til studiets oppbygging» bør teksten knyttet til interne og eksterne praksisstudier tydeliggjøres med tanke på hva som legges i ferdighetstrening respektive praksis. Tilgangen på praksisplasser er ulik i Norge, og dermed vil ferdighetstreningen/praksisen på skolene være ulik. Dette vil også gjelde praksis i rutine- respektive spesiallaboratorier. Under krav til praksisstudier bør automasjon knyttet til alle relevante laboratoriefag beskrives. Automasjon beskrives ofte bare i sammenheng med medisinsk biokjemi.

- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
  - 3
- Begrunn svaret
  - Omfanget beskrevet i retningslinjen er bra beskrevet og gjennomførbart.
- Er det andre høringsinnspill?
  - Det kan være nyttig med en innledende begrepsavklaring der det er relevant, slik at alle som leser retningslinjen har samme forståelse av budskapet. I forskriften står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse. HSØ har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Det er altfor kostbart for helseforetakene å etterutdanne alle, for å kvalifisere ansatte til å veilede. Krav om kompetanse på de sykehusansatte veilederne, må ses i sammenheng med hva som skal være universitets- og høgskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine praksisstudier. HSØ støtter formuleringen om at det er utdanningsinstitusjonen som har ansvar for at studentenes læringsutbytte i praksisstudier blir vurdert. Dette vil kreve at universitets-/høgskoleansatte er oppdatert i praksisstedets problemstillinger, slik det står beskrevet i forskrift. Lærers rolle og krav til oppfølging fra utdanningsinstitusjonens side må beskrives tydeligere i retningslinjen. Det kan ikke være opp til det enkelte helseforetak og den enkelte utdanningsinstitusjon å fremforhandle løsninger på dette. HSØ foreslår at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler som operasjonaliserer de ulike aktørers roller og ansvar ytterligere (utover beskrivelsen i forskrift og retningslinjen).
- Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 3
- Begrunn svaret

- HSØ ser behov for at retningslinjen får en tydeligere struktur. Det savnes en tydelig rød tråd. Noen områder er veldig generelt beskrevet, mens andre er kanskje litt for spesifikke. For å imøtekomme fremtidig kompetansebehov bør man gå gjennom retningslinjen for å se på begrepsbruk. Dette må samsvare med tjenestens begrepsbruk, både nå og i fremtiden. For eksempel kunnskapsområde nummer II: «Samspill mellom kropp, funksjon, aktivitet og helse». Det bør byttes ut med for eksempel «Samspill mellom person, aktivitet og omgivelse». Et annet eksempel er at begrepene «ADL» og «funksjon» blir brukt i feil sammenhenger og blir upresise. Dette gjør at kompetansen vår i yrkesutøvelsen blir utydelig. Vi savner beskrivelse og tydeliggjøring av ergoterapiprosessen knyttet til kartlegging, vurdering og intervensjon. Vi i tjenesten har et behov for at dette kommer med i formålet, og som en rød tråd gjennom hele dokumentet. Fremtidens kompetansebehov bør tydeliggjøres noe mer i retningslinjen. Spesialisthelsetjenesten utvikler seg mot å bli en mer spisset virksomhet, som for eksempel akutt/ intensiv, dagbehandling og poliklinisk virksomhet. Dette bør gjenspeiles i retningslinjene, for eksempel under generell kompetanse. For å tydeliggjøre vår profesjons kompetanse ytterligere er det behov for å gjøre noen endringer knyttet til overskrifter og innhold i de ulike kunnskapsområdene. Forslag: I. Profesjon, identitet og etikk. Kommentar: II. Samspill mellom kropp, funksjon, aktivitet og helse Kommentar: Forslag til ny overskrift: «Samspill mellom person, aktivitet og omgivelse». Vi savner at en LUB framhever kunnskap og ferdigheter knyttet til aktivitetsanalyse. Kunne man i tillegg fått frem behovet for kunnskap om risikoanalyse knyttet til aktivitet her? Under kunnskap: 1.«Har bred kunnskap om hvordan samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser påvirker aktivitetsutførelse, deltagelse, helse og livskvalitet gjennom livsløpet.» Kommentar: Forslag: Har bred kunnskap om hvordan menneskers aktivitet og menneskers helse er fenomener og faktorer som påvirker hverandre gjensidig, og som inngår i samspill med omgivelser og livskvalitet gjennom livsløpet. 2. «Har bred kunnskap om psykososiale forhold og kroppens struktur, funksjon og utvikling som forutsetninger for



aktivitetsutførelse» Kommentar: Vi er litt usikre på hvilket nivå denne kunnskapen er myntet på; betyr funksjon kroppsfunksjon eller fysiologi? Er det utvikling til personen man snakker om her? Altså menneskets utviklingsprosess? 3. «Har bred kunnskap om aktiviteter i dagliglivet (ADL) og hvordan ADL kan brukes for å fremme mestring og selvstendighet» Kommentar: Hva mener man med «Hvordan ADL kan brukes for å fremme mestring? I samfunnet? Handler dette om relasjoner, hvordan dette påvirker helse og deltagelse? Tenker man på for enkeltpersoner eller på samfunnsnivå eller i grupper? Forslag: Har bred kunnskap om hverdagslivets aktiviteter og hvordan aktiviteter i dagliglivet (ADL) som mennesker er motivert for å utføre, kan brukes for å fremme mestring og selvstendighet. Generell kommentar: Kommer kunnskapen knyttet til omgivelsenes betydning tydelig nok fram i LUB'ene? Kommer behovet knyttet til hvem individet er (vaner, vilje, roller...) fram? OBS: Behovet for kompetanse knyttet til sykdomslære er helt fraværende.. Dette må inn. Under ferdighet: «1 Kan anvende kunnskap for å bedre ferdigheter knyttet til sansemotorikk-, kognisjon- og kommunikasjon» Kommentar: Mener man at «å bedre» handler om kartlegging eller trening? Eller kartlegging og trening. Behandle? Hvem sine ferdigheter skal bedres? «2 Kan anvende ADL som verktøy i kartlegging og intervensjon» Kommentar: Er ADL et verktøy? Forslag1: Kan anvende aktiviteter i dagliglivet i kartlegging og intervensjon (Metodisk bruk av aktivitet). Forslag 2: Kan anvende aktivitetsanalyse som verktøy i kartlegging og planlagt/tilrettelagt

- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 3
- Begrunn svaret
  - Se begrunnelse under punkt 29. I tillegg vil en språkgjennomgang av retningslinjen hjelpe og tydeliggjøre viktigheten av brukerperspektivet i ergoterapiutøvelsen.
- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i

læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'

- Vet ikke
- Begrunn svaret
  - Det er uklart hvor standardisert utdanningene kommer til å bli på grunnlag av denne retningslinjen. Det ligger en vekting i begrepsbruken (taksonomien), men så lenge det ikke er knyttet til studiepoeng til emner er det vanskelig å vite hvordan dette slår ut. HSØ er usikre på i hvor stor grad de nasjonale retningslinjene vil styre hensikten med mer lik sluttkompetanse, når hver utdanningsinstitusjon i stor grad har mulighet til lokal tilpasning av læringsutbyttene. Vi mener det er behov for en tydeligere nasjonal standardisering. Det er nødvendig for tjenestene å vite hvilken sluttkompetanse en nyutdannet ergoterapeut har, uavhengig av hvilken utdanningsinstitusjon vedkommende er uteksaminert fra.
- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
  - Ja, se begrunnelse under punkt 29. Vi savner tydeliggjøring av: - Ergoterapiprosessen - Brukermedvirkning - Arbeidsdeltagelse - Bærekraftig samfunn - Sykdomslære er fraværende - Aktivitetsanalyse - Konsekvent språkbruk, mer fokus på «ferdigheter og aktivitetsutøvelse» enn «funksjon og funksjonsvurdering».
- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar?
  - Ja
- Begrunn svaret
  - Her trengs det en mer presisering i hva som ligger i de ulike delene av praksisstudiet fra ferdighetstrening kontra eksternt veiledet praksis. Her vil vi henvise til fysioterapeutenes retningslinje, når det gjelder struktur og tydeliggjøring av hensikt og gjennomføring av praksisstudiene. Den eksternt veiledede praksisen kan organiseres på ulikt vis, men det er viktig at studentene får praksis i både spesialist- og primærhelsetjenesten. Vi stiller oss bak anbefalingene om omfang av eksternt veiledet praksis fra «Praksisprosjektet» og WFOT. Det er viktig at det presiseres i praksisstudiet at man fremhever betydningen av at teori og praksis skal knyttes sammen.

Vi vil også fremheve at utdanningen tilstreber at ved eksternt veiledet praksis er hovedregelen at veileder er en norsk autorisert ergoterapeut. Praksisfeltet og utdanningen bør samarbeide om eksternt veiledet praksis, både når det gjelder tilrettelegging og gjennomføring. Områder for samarbeid bør være utvikling av aktuelle pedagogiske tilnærminger, læringsutbyttebeskrivelser, vurderingsformer og varighet på praksis. I forskrift står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse». HSØ har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Veiledning er en kontinuerlig oppgave for ergoterapeuter, og kompetansen som ligger til grunn kan benyttes både til pasienter, pårørende, kollegaer og studenter. De læringsutbyttebeskrivelsene som omhandler dette i retningslinjen, må kvalifisere for denne oppgaven. Krav om kompetanse på de sykehusansatte veilederne, må ses i sammenheng med hva som skal være universitets- og høgskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine praksisstudier. HSØ støtter formuleringen i forskrift om at lærer skal være oppdatert i praksisstedets problemstillinger og sikre kontinuitet, sammenheng og progresjon i studiet. Det forventes at forskrift er førende, men i retningslinjen står ikke dette omtalt. HSØ ønsker at lærers rolle tydeliggjøres og at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler hvor blant annet utdanningsinstitusjonenes ansvar for oppfølgingen av studenter i praksis operasjonaliseres, basert på beskrivelsen i forskrift. Det kan ikke være opp til det enkelte helseforetak og den enkelte utdanningsinstitusjon å fremforhandle løsninger på dette.

- Begrunn svaret
  - For de som jobber ute i praksis, er det ut i fra denne overordnede retningslinjen vanskelig å si hvor omfattende utdanningen blir. UH sektoren må jobbe videre med dette, men det er viktig at man vektlegger, og muliggjør, læring av kjernekompetanse i faget på bachelornivået. Dette for at studentene skal kunne danne seg et faglig fundament med både kunnskap og ferdigheter knyttet til kjernekompetansen. Eksempler er aktivitetsanalyse, ergoterapiprosessen og metodisk bruk av aktivitet. Utdanningene

må, ut i fra retningslinjen, vurdere hva som skal prioriteres i grunnutdanningen og hva som skal bli lagt til kurs og videreutdanninger. Her bør samarbeidet mellom praksisfeltet og utdanningene styrkes, slik at dette blir et felles anliggende knyttet til fremtidens kompetansebehov. Krav til studiets oppbygging: Dette punktet bør få en mer overordnet framtoning, derav kortes ned og konkretiseres. Vi ser ikke nødvendigheten av å presisere hva som skal gjøres i hvert studieår. Her blir det også en blanding av presisering og for generelt innhold, dette blir da litt utydelig. Henviser til fysioterapeutenes retningslinje.

- Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
  - 39) Hvordan vurderes mulighetene evt. utfordringene med et felles undervisningsopplegg? Felles undervisningsopplegg mellom de ulike ergoterapiutdanningene: Dette vil være lurt å tilstrebe, i enkeltemner, for å muliggjøre mer samlet eller lik sluttkompetanse, spesielt knyttet til kjernekompetansen i ergoterapifaget. Felles undervisningsopplegg mellom ulike profesjoner på samme utdanningssted: Det er viktig at studentene får muligheten til å opparbeide seg kompetanse på tverrprofesjonelt samarbeid og få forståelse for andre profesjoners kompetanse, både gjennom undervisningsopplegg i den teoretiske delen av utdanningen, men også i praksisperiodene. En utfordring med tverrprofesjonell praksis er at praksisperiodene i liten grad er samkjørte mellom de ulike utdanningene. Her må utdanningsinstitusjonene sitte i førersetet og legge opp studieprogrammene slik at dette lar seg gjennomføre. Det kan for eksempel være en punktpraksis, med alle relevante profesjoner. Det anbefales at studentene har kommet like langt i sine studier, for å få maksimalt ut av opplegget. Denne type kompetanse er viktig for praksisfeltet.
- Er det andre høringsinnspill?
  - Generelle kommentarer til hele retningslinjen: Vi ser at seks av åtte programgrupper har valgt å dele inn læringsutbyttebeskrivelsene under kunnskapsområder. Det vil være en fordel om alle profesjonenes retningslinjer har samme struktur og oppbygging. For leservennligheten er det også viktig at kunnskapsområdene blir

presentert innledningsvis, før formålet. En gjennomgang av språk og begrepsbruk vil også øke leservennlighet i tillegg til å tydeliggjøre fagprofilen. Viktig at essensielle kjernekompetansebegrep brukes gjennomgående i retningslinjen. Formålet synes vi gir en god beskrivelse av profesjonen, og det er viktig at kjernekompetanse som metodisk bruk, fremheves her. Likevel bør formålet spisses enda mer, slik at forskjellen fra andre profesjoner blir tydeligere. Ved å benytte kjernebegrepene i enda større grad vil fagprofilen mulig bli enda tydeligere. Et annet viktig element er å tydeliggjøre fagets kompetanse knyttet til aktivitetsproblemer, ikke kun diagnoserelatert tilnærming. Dette anser vi som viktig å få frem. Ved å jobbe videre med begreper og innhold, som tidligere nevnt, knyttet til overskriftene på kunnskapsområdene og LUB'ene under, kan formålet bli kortere og mer spisset. I tillegg bør innholdet knyttet til kunnskapsbasert praksis, som pr. i dag står som egen kunnskapsområde, integreres i formålet, og dermed være gjeldende for resten av retningslinjen. For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH sektoren er likeverdig representanter også på programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Pr i dag er dette ikke tilfelle. Et forslag er å etablere et fora under den nasjonale arbeidsgruppen som er likeverdig sammensatt mellom tjenestene og UH sektoren. Denne gruppen må ha et mandat som sikrer samarbeide mellom utdanningsinstitusjonene på programplannivået. Alternativt bør tjenestene representeres i større grad i det eksisterende «nasjonale profesjonsrådet» som nå heter «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen ergoterapi».

- Fysioterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Hovedmålet må være å sikre grunnkompetanse i fysioterapifaget som kan utvikles videre gjennom arbeid i spesialisthelsetjenesten. Da læringsutbyttebeskrivelsene ikke er operasjonalisert/konkretisert er det utfordrende å besvare spørsmålet, men helt overordnet

vurderes de til å være i tråd med tjenestens fremtidige kompetansebehov i stor grad. Vi savner tydeligere kunnskap om samhandling/pasientløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Fysioterapifaget innenfor spesialisthelsetjenesten vil være sammensatt av nåværende kompetanse, i tillegg til nye kompetansekrav. Det vil bli større krav til å kunne prioritere og å utføre vurderinger, fremfor behandling, på grunn av kortere liggetid og økt kompleksitet i pasientgrunnet. Det vil også bli økt behov for tidlig og spesialisert rehabilitering. Utvikling av pasientforløp/pakkeforløp og økt poliklinisk aktivitet er sentralt innenfor spesialisthelsetjenesten, og således også for brukerens fremtidige behov innenfor tjenesten. Det hadde derfor vært hensiktsmessig om et tydeligere, og mer dynamisk, endringsperspektiv hadde kommet frem i retningslinjen. Siden pasienter ligger kortere i sykehus og i større grad behandles hjemme, er det nødvendig å styrke fokuset på fysioterapeutens kompetanse innen helsepedagogikk og helseveiledning, som grunnlag for pasienters/brukeres læring, mestring og medvirkning. Det er positivt at samvalg er nevnt i retningslinjen. Samvalg er en metode for at pasienter/brukere kan ta informerte valg. Kunnskap som må ligge til grunn hos fysioterapeutene er at de har nødvendige ferdigheter innen kommunikasjon, formidling og veiledning, slik at de kan kvalitetssikre at informasjon og opplæring er mottatt og forstått. Mange pasientklager i sykehuset er knyttet til nettopp dette. Områdene er inkludert i retningslinjen, men kan bli tydeligere formulert og spisset mot det som beskrives i dette avsnittet. Dette bør også være et fokusområde i studentenes praksisperioder. Vi savner også en tydeliggjøring av behovet for IKT-kompetanse i et fremtidig perspektiv, da det kommer til å skje svært mye innen helse og IKT fremover. Se også kommentarer på spørsmål 42.

- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
  - 7
- Begrunn svaret
  - Det er uklart hvor standardiserte utdanningene kommer til å bli på grunnlag av denne retningslinjen. Det ligger en vektning i begrepsbruken (taksonomien), men så lenge det ikke er knyttet studiepoeng til emner er det vanskelig å vite hvordan dette slår ut. Vi er klar over at dette lå utenfor mandatet til arbeidsgruppen, men velger likevel å kommentere det. For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH-sektoren er likeverdig representert også på fag-/programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Pr. i dag er ikke dette tilfelle. Et forslag er at tjenestene blir representert i «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen fysioterapi»; tidligere omtalt som profesjonsrettet fagråd i fysioterapi. Økende grad av nasjonal standardisering vil også i større grad gi mulighet for studentmobilitet, lette transparens og gi bedre felles grunnlag for kvalitetsforbedring av utdanningen.
- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
  - Ordlyden i retningslinjen er fornskjet på bekostning av tradisjonelle begreper innen fysioterapifaget. Dette gir muligens en bredere forståelse av dokumentet for mange lesere, men det gjør også at fagprofesjon opplever språket som «utvasket» og har vanskeligheter med å kjenne igjen presise fysioterapibegreper og –fag. Vi opplever at input i form av de mer konkrete fagene (anatomi, fysiologi, patologi etc.) ikke fremkommer så tydelig som vi hadde ønsket. Det er ønskelig med en presisering av begrepet «digital kompetanse», kunnskapsområde VI.
- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?

- Ja
- Begrunn svaret
  - Praksisstudiet som det er beskrevet, fremstår hensiktsmessig og gjennomførbart. Vi ser det også som fordelaktig at det presiseres i retningslinjen at praksisperioden innenfor spesialisthelsetjenesten gjennomføres i 3. studieår. Da har studentene gjennomgått undervisning i rehabilitering og patologi, og får dermed høyst sannsynlig økt læringsutbytte i praksis. I praksis ser vi ofte at studenten strever med å kombinere behandling og undersøkelse samtidig, og dermed kunne justere sin behandling underveis. Læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudiene bør tydeliggjøres.
- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
  - 3
- Begrunn svaret
  - Da fag-/programplanen per i dag utarbeides lokalt på utdanningsinstitusjonene oppleves spørsmålet som vanskelig å besvare. Stor grad av innfrielse av læringsutbyttebeskrivelsene er krevende i et 3-årig løp. Hva gjelder delen av studiet som er praksisrelatert, er det gjennomførbart. Videre må også turnustjenesten regnes med, for at nødvendig sluttkompetanse kan oppnås. Per i dag oppfatter vi at turnuskandidatene ikke har god nok grunnkompetanse for å utføre fysioterapifaget. Vi mener at basis- og ferdighetsfagene i fysioterapiutdanningen trenger mer plass. Samfunnsperspektivet vektlegges sterkt i utkastet, og vi er usikre på om det er mulig å oppnå bred kunnskap på alle ulike arenaer.
- I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Vi støtter tydeliggjøring av praksisstudier, og opplever at 7 ukers varighet er et minimum. Bør helst være 8-9 uker for tilstrekkelig læring og opplevelse av mestring. Angående punktene som omhandler tverrprofesjonell samarbeidslæring har vi erfaring med at



dette kan gi redusert utbytte dersom studentene er på ulikt «sted» i sitt utdanningsløp.

- I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1-5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - I forskrift står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse». HSØ har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Veiledning er en kontinuerlig oppgave for fysioterapeuter, og kompetansen som ligger til grunn kan benyttes både til pasienter, pårørende, kollegaer og studenter. De læringsutbyttebeskrivelsene som omhandler dette i retningslinjen, må kvalifisere for denne oppgaven. Krav om kompetanse på de sykehusansatte veilederne, må sees i sammenheng med hva som skal være universitets- og høgskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine studier i praksis. HSØ støtter formuleringen i forskrift om at lærer skal være oppdatert i praksisstedets problemstillinger og sikre kontinuitet, sammenheng og progresjon i studiet. Lærers rolle og krav til oppfølging fra utdanningsinstitusjonens side er for lite tydelig definert i retningslinjen for fysioterapeuter. HSØ ønsker at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler, hvor blant annet utdanningsinstitusjonenes ansvar for oppfølgingen av studenter i praksis operasjonaliseres, basert på beskrivelsen i forskrift og retningslinjen.
- Er det andre høringsinnspill?
  - Retningslinjen bør inneholde krav om avsluttende klinisk eksamen. Kompetansemål 2 (systematisk kunnskapsutviklingsprosjekt) i retningslinjens kunnskapsområde VI kan med fordel tydeliggjøres i form av bacheloroppgave. Samvalg står nevnt under kunnskapsområde «habilitering, rehabilitering og samhandling» under overskriften «kunnskap». Vi ønsker at det suppleres med: Har kunnskap om taushetsplikt, personvern og borgeres autonomi og rett til samvalg og metoder som understøtter samvalg

- Radiografutdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Ja, hvis intensjonen kan utføres slik retningslinjen er beskrevet. Se også tekst senere i dokumentet.
- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Maskinene blir mer komplekse i takt med teknologisk utvikling. Nye og flere oppgaver legges over på radiografene fra radiologene. Økt teoretisk kunnskap innen konvensjonell røntgen, CT og MR vil gjøre at retningslinjene er mer i tråd med brukerens behov for kompetanse i tjenesten. For å ivareta brukernes behov for omsorg og pleie er det viktig at studenten får vektlagt også dette under radiologisk praksis.
- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
  - 8
- Begrunn svaret
  - Retningslinjen er overordnet og gir stor autonomi til den enkelte utdanningsinstitusjon. Vi ser det som gunstig at det er noe mer nasjonal standardisering. Både praksis og teori bør være ytterligere standardisert. Nyutdannet radiograf med utdanning fra Norge bør være på samme nivå for kjernemodalitetene CT/MR/Konvensjonell radiografi. For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH sektoren er likeverdig representert også på programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Pr i dag er dette ikke tilfelle. Et forslag er å etablere et fora under den nasjonale arbeidsgruppen som er likeverdig

sammensatt mellom tjenestene og UH sektoren. Alternativt må tjenestene representeres i større grad i det eksisterende «profesjonsrådet» som nå heter «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen radiografi».

- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
  - Ikke umiddelbart. Man må være klar for nye kunnskapsområder kan innlemmes raskt, og i takt med teknologisk utvikling. I forskriften står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse. Dette gjentas i retningslinjen. HSØ har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Det er altfor kostbart for helseforetakene å etterutdanne alle for å kvalifisere ansatte til å veilede. Det er derfor ønskelig at LUB'er ift veiledningspedagogikk synliggjøres tydeligere i retningslinjen.
- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar?
  - Ja
- Begrunn svaret
  - se lenger ned i dokumentet
- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Under forutsetning av at endringsforslag mhp omfang tas hensyn til For å utdanne radiografer som svarer til formålet med radiografutdanningen er omfanget i liten grad gjennomførbar innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning. Formålet bør omformuleres og ikke være så ambisiøst. Det kan ikke forventes at kandidaten selvstendig kan planlegge, utføre, vurdere osv etter 3 års utdanning. Dette kan man først selvstendig etter ferdig opplæring på arbeidssted og med arbeidserfaring. Kandidaten skal ha en kompetanse som gjør at de kan motta ytterligere opplæring. For at omfanget på retningslinjene er gjennomførbare innenfor rammen på

3 år må det vektas og prioriteres hardt. Teori må avgrensas og spesifiseres for å få «alt» inn på tre år. HSØ mener at problembasert læring (PBL) ikke er løsningen når store mengder konkret teori skal innlæres. Konkrete bøker (eller tilsvarende) og pensumavgrensning bør tilføres som en nasjonal standard som justeres f.eks. hvert år i henhold til ny kunnskap.

- I hvilken grad vurderes dette som hensiktsmessig og gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Dette vurderes som hensiktsmessig og gjennomførbart. Presisere at det antall timer som gjelder (-tilsvarende uker.) Sikre at praksis blir et definert minimum på de viktigste modaliteter (MR, CT og Konvensjonell). Spesifisere disse perioder i en jevn sammenhengende fordeling. Prøve best mulig å ta hensyn til geografisk område, men praksis på «kjerne-modaliteter er det viktigste.» Forslag: Praksisperioder på 6 uker til henholdsvis CT, MR og Konvensjonell = 18 uker. 12 uker fordelt på to andre modaliteter, eventuelt mer av kjerne- virksomheten, og inkludert en 2-3 ukers klinisk praksis. 30 uker bør være maksimal tid i praksisstudier. Teori har blitt viktigere å kunne når man er ferdig utdannet. Det brukes mye tid på opplæring på spesifikke maskiner når den nyansatte kommer ut i jobb. I dag tar praksisperiodene for mye av teoritiden, som ikke er nok vektlagt. 1. år: tidlig observasjonspraksis. Resten av året kun teori. Studenten skal få et innblikk/inntrykk av yrket og evt. vurdere sin egen egnethet. Læringsmål: Hvordan jobber en radiograf? Hvorfor må man lære (kunne) de læringsmål som er satt opp (relater til anatomi, fysikk osv). 2. år med lenger sammenhengende praksisperiode; egnethet vektlegges og teori lenkes opp mot praksis. 3. år: Lenger sammenhengende praksisperioder - helst på samme sykehus. Slippe å være »ny» hver praksisperiode ift studentveileder, RIS/PACS, arbeidsgang, lokaliteter osv. Trygghet begge veier. Alle skal ha praksis på CT, MR og Konvensjonell. To modaliteter i tillegg i form av: Stråleterapi, Nukleærmedisin, Mammografi, Ultralyd eller Angio/intervensjon. Hvis

det er mangel på praksisplass innen vesentlige modalitet (MR/CT/Konvensjonell) kan studenten ha praksis for eksempel i forbindelse med kveldspoliklinikk. For ferdighetstrening med fantomer kan utdanningsinstitusjonene arrangere dette i samarbeid med sykehuset og fagradiografer kan involveres. Praksissted vs utdanningsinstitusjon: Oppdatert teori: Knytte flere fagradiografer til undervisningen på utdanningsinstitusjonen, samt skape arenaer for å oppnå bedre samarbeid. Intervju i forbindelse med opptak på studiet vil kanskje kunne sortere de mest uegnet fra å starte på studiet. Hvis man ikke kan skaffe gode og relevante praksisplasser: Er det for mange studenter som tas inn?

- Bør retningslinjen inneholde et minimumskrav til innholdet i praksisstudiene?
  - Ja
- Begrunn svaret
  - se over
- Er det andre høringsinnspill?
  - HSØ støtter formuleringen i retningslinjen «utdanningsinstitusjonen og praksistilbyder skal samarbeide for å sikre sammenhengen mellom den teoretiske undervisningen og praksisundervisningen og at samarbeidet skal nedfelles i en forpliktende samarbeidsavtale. HSØ ønsker at det skal utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler hvor aktørenes rolle når studenter gjennomfører praksisstudier tydeliggjøres og konkretiseres.
- Sosionomutdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Retningslinjen dekker en bredde av ulike typer kompetanseområder som er sentrale for utøvelsen av sosialt arbeid på de fleste arbeidsarenaer. Retningslinjen synes således også å ivareta sykehussosionomens kompetansebehov med inkludering av de mest sentrale kunnskapsområdene for den sosionomfaglige virksomheten i helsetjenesten. Vi har imidlertid noen innspill til forbedring som vil beskrives under punkt 4, 8 og 9, samt se også en generell bekymring som er beskrevet under spørsmål 9.

- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Se begrunnelse under punkt 1. Sett fra et pasient/brukerperspektiv er det positivt at retningslinjen har fokus på kommunikasjon, mestring-  
endring, veiledning, medvirkning, undervisning og formidling.
- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Det er likevel uklart hvor standardiserte utdanningene kommer til å bli på grunnlag av denne retningslinjen. Det ligger en vekting i begrepsbruken (taksonomien), men så lenge det ikke er knyttet studiepoeng til emner er det vanskelig å vite hvordan dette slår ut. Vi er klar over at det lå utenfor mandatet til arbeidsgruppen, men velger likevel å kommentere det. For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH sektoren er likeverdig representert også på programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Pr i dag er det veldig tilfeldig hvorvidt tjenestene får innflytelse på innholdet i programplanene. Et forslag er at tjenestene blir likeverdig representert inn i «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen sosialt arbeid og velferdsfag»: alternativt at det etableres et nytt fora under det nasjonale med et gitt mandat. Ut over denne generelle bekymringen, synes i all hovedsak retningslinjen å ha et passe detaljert innhold i læringsutbyttebeskrivelsene som både gir handlingsrom til de lokale utdanningsinstitusjonene, samtidig som en nasjonal standard sikres. Samtidig så fremstår graden av detaljering som noe varierende hvor det på noen områder er meget generelle beskrivelser i motsetning til andre forhold som fremstår som svært

detaljert, f.eks. på side 5 «ha kunnskap om privatøkonomi og gi råd til personer for å forebygge og avhjelpe gjelds- og privatøkonomiske problemer». Det er mulig at dette er gjort med hensikt ved at man ønsker å fremheve og tydeliggjøre en viss type kompetanse, men vi foreslår at det tas en gjennomgang av dette for å sikre en bevist holdning til fremhevelse av enkeltemner. Dette vil kunne medvirke til et noe mer samstemt presisjonsnivå på retningslinjen.

- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
  - Kompetanse om sorg og krise synes å være fraværende i utkastet. Dette er et kunnskapsområde som er svært viktig i arbeidet med alvorlig syke pasienter og deres pårørende på sykehus. Denne kompetansen vil også være sentral for utøvelsen av sosialt arbeid på andre sosionomfaglige arenaer som barnevern og NAV. Vi anbefaler derfor å inkludere kompetanse omkring sorg og krise i retningslinjen. Vi savner også et noe større fokus på familieperspektiv med vektlegging av familie, nettverk og økologisk teori. Kompetanse omkring barns utvikling spesielt, men også med tanke på hele menneskets livsløp kunne ha vært tydeliggjort i større grad. Et annet viktig kompetanseområde er knyttet til å kunne forebygge utbrenthet og sekundærtraumatisering som er en særlig utfordring i sosialarbeideryrkene. Det er et område som med fordel kunne ha vært inkludert i retningslinjen og som vi foreslår kan komme som en utdypning under «Del III – generell kompetanse».
- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar?
  - Ja
- Begrunn svaret
  - Delen om praksisstudiet fremstår som relevant og gjennomførbar. Den inkluderer viktigheten av å trene opp kompetanse innen kartlegging, analyse og vurdering av sosiale forhold, noe som er essensielt for å bli en kompetent sosionom i praksis. Det kan muligens bli utfordringer knyttet til å skaffe til veie praksisplasser fra ulike felt til alle studenter, samt finne praksisveiledere med veiledningskompetanse, men dette tas det forbehold om i retningslinjen. Vi gjør oppmerksom på at dersom det skal være et

krav av studenten skal få erfaring med å fatte vedtak/beslutninger forutsetter det at et av praksisstedene er innen forvaltning. Se også punkt 8 hvor praksisstudiet også omtales.

- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Retningslinjen er omfattende og inkluderer et stort omfang av kunnskapsområder som er relevant for den sosionomfaglige utøvelsen. Innholdet i retningslinjen reflekterer således fagets spesielle karakter som innebærer at sosionomen skal ha en helhetlig breddekompetanse som omfatter en rekke teoretiske perspektiver og kunnskapsområder. Dette mener vi fremkommer tydelig i retningslinjen. Vi mener omfanget av retningslinjen er gjennomførbart i rammen av et 3 års løp- med hjelp av en god oppbygning og strukturering.
- Er ferdighetstreningen i utdanningen tilstrekkelig vektlagt? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'absolutt ikke tilstrekkelig' og '5' betyr i 'absolutt tilstrekkelig'
  - 5
- Begrunn svaret
  - Ferdighetstreningen i utdanningen synes å være godt beskrevet og vektlagt i retningslinjen. Det fremkommer at det er en omfattende og viktig kompetanseområde og det er beskrevet på en nøyaktig og detaljert måte.
- Den delen av studiet som foregår i praksis er omtalt under studiets oppbygging. Er det flere eller andre forhold knyttet til praksisstudiene som bør inn i retningslinjene?
  - Vi foreslår å inkludere varigheten og omfanget av praksisperioden i retningslinjen. I henhold til «Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning», 2016, settes det krav om minimum 17 ukers praksisperiode for sosionomutdanningen, og dette bør med fordel fremkomme i retningslinjen. Vi ønsker også en nærmere vurdering av om det bør inkluderes en nasjonal vurderingsbeskrivelse for å evaluere studentenes praksis. Det er



viktig at mindre egnede kandidater i den praktiske utøvelse av faget får tilbakemelding om utviklingsområder. Det kan med fordel stilles større krav til praktikantene og den faglige utøvelsen de skal trenes opp i, enn det som synes være praksis i dag. Det stilles krav om formell veiledningskompetanse på de sykehusansatte. Dette kravet må ses i sammenheng med hva som skal være universitets- og høgskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine praksisstudier. HSØ støtter formuleringen i forskrift om at lærer skal være oppdatert i praksisstedets problemstillinger og sikre kontinuitet, sammenheng og progresjon i studiet. Lærers rolle og krav til oppfølging fra utdanningsinstitusjonens side er for lite tydelig definert i retningslinjen for sosionomene og må tydeliggjøres. HSØ forventer at forskrifts innhold er førende. Det kan ikke være opp til det enkelte helseforetak og den enkelte utdanningsinstitusjon å fremforhandle løsninger på dette. HSØ ønsker derfor at dette tydeliggjøres og at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler hvor blant annet utdanningsinstitusjonenes ansvar for oppfølgingen av studenter i praksis operasjonaliseres, basert på beskrivelsen i forskrift.

- Er det andre høringsinnspill?
  - Vi foreslår å inkludere i retningslinjen at utdanningen kvalifiserer til yrkestittelen «sosionom». Vi foreslår å omskrive eller stryke setningen på side 2 under kunnskapsområder «Et fag kjennetegnes av et område som konstituerer disiplinen». Det forutsetter stor kompetanse innen profesjonaliseringsteori for å kunne finne mening i dette. Kunnskapsområde 2; 3 kulepunkt. HSØ mener at helse må forstås i videre sammenheng enn psykisk helse og foreslår å supplere med somatisk helse. Vi opplever at oppdelingen i kunnskapsområder (rammer for sosialt arbeid, kunnskap om sosial problemer, arbeid med sosiale problemer) bidrar til å gjøre fremstillingen av retningslinjen svært ryddig og oversiktlig.
- Sykepleierutdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret

- Specialisthelsetjenesten er i stor endring. Pasientene vil i større grad bli behandlet poliklinisk, gjennom dagbehandling og i hjemmet i fremtiden. Samtidig vil inneliggende pasienter i sykehus være alvorlig syke med komplekse og sammensatte behov. Vi støtter derfor vektingen av de naturvitenskapelige fagene i kombinasjon med fokus på sykepleierens vurderings- og handlingskompetanse, samt at sykepleiere kan planlegge og gjennomføre sykepleie til alle pasientgrupper. Dette vil være nødvendig kjernekompetanse å ha for sykepleiere nå og i fremtiden, uavhengig av hvilket tjenestenivå pasienter/brukere befinner seg på. For spesialisthelsetjenesten er det også særs viktig at sykepleiere kan legemiddelhåndtering. Begrunnelsen for dette utdypes nærmere under spørsmål andre høringsinnspill.
- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Ses i sammenheng med begrunnelsen som er gitt i spørsmål 89. Siden pasienter ligger kortere i sykehus og i større grad behandles hjemme, er det nødvendig å styrke fokuset på sykepleierens kompetanse innen helsepedagogikk og helseveiledning, som grunnlag for pasienters/brukeres læring, mestring og medvirkning. Det er positivt at samvalg er nevnt i retningslinjen. Samvalg er en metode for at pasienter/brukere kan ta informerte valg. Kunnskap som må ligge til grunn hos sykepleiere er at de har nødvendige ferdigheter innen kommunikasjon, slik at de kan formidle og kvalitetssikre at informasjon og opplæring er mottatt og forstått. Mange pasientklager i sykehuset er knyttet til nettopp dette. Områdene er inkludert i retningslinjen, men kan bli tydeligere formulert og spisset mot det som beskrives i dette avsnittet. Dette bør også være et fokusområde i studentenes praksisperioder. Vår erfaring er at sykepleiere ikke fullt ut har forstått hvilket ansvar de har knyttet til den lovpålagte oppgaven i spesialisthelsetjenesten om pasient – og pårørendeopplæring. Vi støtter at det er et eget kunnskapsområde innen innovasjon, helseteknologi og digital

kompetanse. Det er nødvendig for å imøtekomme fremtidens behov, og er i tråd med den generelle utviklingen hvor pasienter i større grad får behandling og videre oppfølging hjemme.

- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
  - 5
- Begrunn svaret
  - . Det er viktig for HSØ at læringsutbyttebeskrivelsene er så detaljerte som de er foreslått. Vi er opptatt av å vite hvilken sluttkompetanse nyutdannede sykepleiere har, uavhengig av hvor de er utdannet. Dette er viktig for pasientsikkerheten og for kvaliteten på det tjenestetilbudet vi er ansvarlige for å gi. Det er selvfølgelig nødvendig med nyansattprogram og lokal opplæring ved ansettelse, men denne kan ikke være tilpasset ut fra hvilken høyskole/universitet kandidatene er utdannet på. Det er uklart hvor standardiserte utdanningene kommer til å bli på grunnlag av denne retningslinjen, selv om læringsutbyttebeskrivelsene er mange og til dels detaljerte. Det ligger en vektning i begrepsbruken (taksonomien), men så lenge det ikke er knyttet studiepoeng til emner er det vanskelig å vite hvordan dette slår ut. Vi er klar over at det lå utenfor mandatet til arbeidsgruppen, men velger likevel å kommentere det. For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH sektoren er likeverdig representert også på programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Pr i dag er dette ikke tilfelle. Et forslag er å etablere et fora under den nasjonale arbeidsgruppen som er likeverdig sammensatt mellom tjenestene og UH sektoren. Denne gruppen må ha et mandat som sikrer samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene på programplannivået. Alternativt må tjenestene representeres i større grad i det eksisterende «profesjonsrådet» som nå heter «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen sykepleie».

- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
  - Vi vurderte å etterlyse ernæring, men forventer at det er dekket av læringsutbyttet «har bred kunnskap om menneskers grunnleggende behov».
- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
  - 3
- Begrunn svaret
  - Den sluttkompetansen som beskrives i retningslinjen bør kunne dekkes gjennom et treårig bachelorprogram.
- Er forslaget til oppbygging av studiet tilstrekkelig for å sikre helhet og sammenheng i utdanningen?
  - Ja
- Begrunn svaret
  - Det støttes at studiet bygges opp fra det basale og grunnleggende til det komplekse og sammensatte. Videre støttes det tidlig introduksjon til basalfag og grunnleggende sykepleie, og at første studieår inneholder både teoretiske og praktiske studier. Tabellen på s 8 er ikke selvforklarende. Vi savner at grunnleggende sykepleie er et gjennomgående tema i alle tre studieårene. Et forslag er å fjerne tabellen, men da må det eksplisitt beskrives at legemiddelhåndtering skal være et gjennomgående tema i alle tre studieårene. Det er mulig å tenke seg at sykepleierollen i fremtiden er i endring og dette må tas hensyn til når både LUB`er og praksismodeller fastsettes. En kan betrakte sykepleierollen ut fra nye tanker om pasientforløp i fremtiden, eksempel endret sykepleierolle i poliklinikk. De aller sykeste pasientene er innlagt på sykehus, de syke pasientene behandles poliklinisk og de pasienter som før ble behandlet på poliklinikk behandles hjemme via selvrapportering. Fremtidens utdanning må henge sammen med fremtidens scenario for bruk av helsepersonell til å løse utfordringer i helse og sosialtjenesten. Et forslag er derfor at det i mye større grad beskrives hva studentene skal lære enn hvordan de lærer.
- Hvilket alternativ anses å være mest hensiktsmessig og gjennomførbart?

- B
- Begrunn svaret
  - Det bør være noen praksisperioder som tallfestes i en lengre periode, men gi rom for å tenke nytt her. Det må være læringsutbyttene som må være styrende for valg av praksis sammen med strengere krav til godkjent praksis. Dessuten er det viktig at sykepleierutdanning i Norge har krav til samme antall praksisuker som angitt i EU/ EØS direktiv for å få en godkjent utdanning (et poeng som ble nevnt på høringskonferansen Gardermoen vår 2018). «Ja takk begge deler» er innspill til spørsmål om å tallfeste uker. På den ene siden trenger studenter å dokumentere hva de har lært – en prosedyre- og ferdighetsbok, gjerne lik den som brukes av medisinstudenter. Denne bygger på at det er noe som studentene bare skal ha lært, være gjennomgått og/eller dokumentert mestret. På den annen side må studenter lære om «hverdagen» i en sengeavdeling og dette kan tallfestes til uker, men her er det mer tilfeldig hva studenten kan få mulighet til å lære ut fra hvilke læresituasjoner som finnes (hvilke pasientgrupper behandles her og hva er det aktuelle for den tilstand pasienten er i). Det bør tydeliggjøres hva som kan læres utenfor praksisfeltet og hva som skal læres i praksisfeltet.
- Er det andre høringsinnspill?
  - Formålet med sykepleierutdanningen HSØ støtter beskrivelsen av formålet med sykepleierutdanningen. Det er godt beskrevet. Det er viktig at ferdigutdannede sykepleiere er i stand til å håndtere komplekse pasienttilstander og sykdomsbilder. Dette er hverdagen for sykepleiere både i primær- og i spesialisthelsetjenesten. Kunnskapsområder HSØ foreslår at overskriften «Kunnskapsområder» endres til «Sykepleiens kompetanseområder». Dette begrunnes med at ved å bruke betegnelsen kompetanseområder inkluderes både kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse og blir dermed mer dekkende. Det er også ønskelig at begrepet sykepleie benyttes for å synliggjøre at kompetanseområdene som er listet opp, er knyttet til dette fagområdet. Konkrete innspill på læringsutbyttebeskrivelsene HSØ støtter formuleringen som fremkommer under generell kompetanse:

«Har innsikt i forsvarlig legemiddelhåndtering». Å kunne håndtere medikamenter er en kompleks prosess hvor feil kan oppstå i alle ledd i kjeden. Det er pr i dag slik at opptil 18 % av dødsfall i sykehus skyldes feil ifm legemiddelhåndtering. HSØ ønsker at læringsutbyttet under kunnskap endres fra «Kjenner til farmakologi» til: «Har kunnskap om farmakokinetikk, legemidlers virkninger, bivirkninger, kontraindikasjoner og interaksjoner». Dette begrunnes med forskning som viser at sykepleiere har for lite kunnskap om nettopp disse områdene. Adhikari et al. (2014) og Ndosi et al. (2009) viser til i studiene at det er behov for mer kunnskap om farmakologi. Daouphars et al. (2012) konkluderer mangel på kunnskap om bivirkninger, kontraindikasjoner og interaksjoner. Ved å formulere læringsutbyttet slik, blir begrepet farmakologi knyttet tettere til sykepleie; det snevres inn, samtidig som det løftes til et høyere nivå i taksonomien. Kunnskap om farmakokinetikk bør inngå i utdanningen for å ha en grunnkompetanse til å kunne vurdere dosering og doseringsintervaller, samt varighet av effekter og evt. bivirkninger. Per i dag står ordet samvalg nevnt under kunnskapsområdet "faglig ledelse og tjenesteutvikling", og er beskrevet under overskriften "Kunnskap": "Kjenner til pasientrettigheter og metoder for samvalg". Her bør ordet samvalg byttes ut med "brukermedvirkning", da vi ser at ordet brukermedvirkning er dessverre ikke nevnt i dette dokumentet, og samvalg kan ikke erstattes med dette begrepet. Samvalg bør plasseres under kunnskapsområdet "etikk, kommunikasjon og samhandling" under overskriften "kommunikasjon". -Kjenner til begrepet samvalg og metoder for å understøtte samvalg. Under "ferdigheter" bør det settes inn "Kan anvende kunnskap om lærings-, mestrings-, beslutnings og endringsprosesser i veiledning og undervisning av pasienter og pårørende, studenter og relevant personell Til punktet «krav til praksisstudier»: I forskriften står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse. I retningslinjen er dette strammet inn til følgende formulering: «Den veilederen som har et hovedansvar for veiledning og vurdering av studenten eller studentgruppen i en definert praksisperiode, skal ha veilederutdanning tilsvarende

minimum 10 studiepoeng på mastergradsnivå HSØ har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Veiledning er en kontinuerlig oppgave for sykepleiere, og kompetansen som ligger til grunn kan benyttes både til pasienter, pårørende, kollegaer og studenter. De læringsutbyttebeskrivelsene som omhandler dette i retningslinjen, må kvalifisere for denne oppgaven. Vi lurer på hva som er bakgrunnen for at læringsutbyttet under kunnskap «kjenner til undervisnings- og veiledningsmetoder» er lagt på et lavere nivå enn læringsutbyttet under ferdigheter «kan anvende kunnskap om...». Med det store studentvolumet som helseforetaket har et medansvar for å utdanne, vil kravet om minimum 10 st

- Vernepleierutdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Behovet for kompetanse om psykiatri og rus synes å være noe mangelfullt beskrevet i utkastet. Psykiske lidelser er en global, helsemessig samfunnsutfordring (Siem, 2016). Denne utfordringen berører både spesialisthelsetjenesten og førstelinjen, og det er viktig å ha bred tverrprofesjonell kompetanse til å ivareta pasienter og brukere med psykiske lidelser og/eller avhengighetsproblematikk. Vernepleiere har siden utdanningen startet opp på 60-tallet hatt et spesielt fokus på kunnskap om utviklingshemning og hvordan tilrettelegge tjenester for denne gruppen mennesker. Forskning viser at personer med utviklingshemning har økt sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser. Symptomene kan imidlertid være atypiske, hvilket krever en helt egen kompetanse for utredning og behandling av denne gruppen (Bakken, 2011). Det er viktig at utdanningen vektlegger kunnskap om psykiske lidelser og spesielt hvordan dette arter seg hos personer med utviklingshemning. I tillegg ønsker vi å understreke at både kunnskap og ferdigheter i legemiddelhåndtering bør tydeliggjøres i retningslinjen.

- I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
  - 4
- Begrunn svaret
  - Vi mener at tjenestenes behov for kompetanse og brukernes behov for kompetanse er noe som i stor grad sammenfaller. Det svaret som er avgitt under spørsmål 103 vil dermed også ha relevans for svaret på dette spørsmålet. I tillegg ønsker vi å berøre det som angår brukerne og brukermedvirkning spesielt. Utkastet til retningslinje har med brukerperspektivet - og brukermedvirkning, som et gjennomgående tema. Dette synes å være både riktig og viktig. Vi synes det er positivt at det nevnes i formålsbeskrivelsen at vernepleiere skal ha «kompetanse til å samarbeide med brukere, pårørende og andre tjenesteytere og aktører for å fremme selvbestemmelse, deltakelse, mestring og livskvalitet». Når det gjelder kunnskapsområde 2 – Innovasjon, kritisk tenkning og kunnskapsbasert praksis, så mener vi imidlertid at det er rom for en viss forbedring. LUB'ene preges av at det er vernepleieren som treffer valg tilpasset mottakeren. Her synes vi at fokus på medvirkning og samvalg (shared decision making) bør styrkes (Jacobsen, Blinderman, Alexander Cole, & Jackson, 2018). Kunnskapsbasert praksis hviler på tre søyler; forskning, klinisk erfaring og brukererfaringer. Det sistnevnte kunne ha kommet bedre frem.
- Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
  - 7
- Begrunn svaret
  - Nasjonal rammeplan for vernepleiere har vært lite spesifikk. Dette har ført til relativt store ulikheter mellom utdanningsinstitusjonene, noe som blant annet har ført til at enkelte arbeidsgivere konsekvent unngår å ansette vernepleiere som er utdannet ved visse



utdanningsinstitusjoner. Vi ønsker derfor det nye styringssystemet velkommen, og tenker at graden av detaljering slik den fremstår i utkastet er positivt. Samtidig ser vi at læringsutbyttene blir mange, og vi er av den oppfatning at dette kan optimaliseres noe mer. Dette er nærmere beskrevet under punkt 116. Vi stiller forøvrig spørsmål ved at nå som studiepoengene ikke er en del av retningslinjen, så vil det være stort rom for at utdanningsinstitusjonene fortsatt kan vekke de ulike kunnskapsområdene svært forskjellig. For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH sektoren er likeverdig representert, også på programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Et forslag er å etablere et forum under den nasjonale arbeidsgruppen som er likeverdig sammensatt mellom tjenestene og UH sektoren. Denne gruppen må ha et mandat som sikrer samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene på programplannivået. Alternativt må tjenestene representeres i større grad i det eksisterende «profesjonsrådet» som nå heter «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen vernepleie». Vi hadde ønsket at det på en eller annen måte kom frem at det vi anser som vernepleiernes kjernekompetanse, dvs. kunnskapsområde IV, V og VI, skal ha en stor plass i studiet.

- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
  - viser til tidligere spørsmål FORSLAG TIL ENDRING AV LÆRINGSUTBYTTEBESKRIVELSER Kunnskapsområde I Yrkesrolle, etikk og samarbeid og Kunnskapsområde II Innovasjon, kritisk tenkning og kunnskapsbasert praksis Slik vi forstår retningslinjen, så er ikke kunnskapsområdene adskilte emner, men områder som går over i hverandre. Det vil i så fall si at f.eks. etisk tenkning skal prege vernepleierens fagutøvelse på alle områder. Slik vi forstår det, er dermed kunnskapsområde I dekkende for de andre kunnskapsområdene. Under generell kompetanse på Kunnskapsområde I og II foreslås dermed LUB nr. 1 fra begge områder slått sammen til en felles LUB med ordlyden: «Har innsikt i etiske krav og retningslinjer for tjenesteutøvelsen og kan reflektere

over relevante etiske problemstillinger.» Kunnskapsområde III Likestilling og ikke-diskriminering Kunnskap Med tanke på at Norge blir et stadig mer flerkulturelt samfunn og at vernepleiere i sin tjenesteutøvelse møter personer fra mange ulike kulturer bør LUB nr. 9 bør inkludere kulturkunnskap og -forståelse for alle grupper. Ordlyden foreslås endret til: «Kan anvende kunnskap om kultursensitivitet, herunder kunnskap om samers kulturbakgrunn og status som urfolk.» Kunnskapsområde IV Helse, sykdom og funksjonsnedsettelse Kunnskap LUB nr. 1 og 4 er svært like. Disse bør kunne slåes sammen til ett punkt. LUB nr. 6 er litt upresist formulert. I tillegg tenker vi at denne LUBen bør høye opp og falle inn under det vernepleiere skal ha bred kunnskap om. Det er også viktig å understreke at ved utviklingshemning vil vurdering av symptomer møte på spesielle utfordringer, både pga. et ofte atypisk sykdomsbilde eller mangelfull evne til å kommunisere. Forslag til reformulering: «Har bred kunnskap om symptomer på vanlige somatiske sykdommer og psykiske lidelser, hvordan dette arter seg hos personer med utviklingshemning, samt behandling av disse.» LUB nr. 7 og 8 handler også om det samme og bør kunne slåes sammen til ett punkt. Forslag til reformulering: «Har kunnskap om generell farmakologi, legemidlers virkninger/bivirkninger og forsvarlig legemiddelhåndtering, samt være i stand til å oppdatere sin kunnskap om dette.» Ferdigheter Det bør tilføyes en LUB om ferdigheter i legemiddelhåndtering. Som helsepersonell er vi forpliktet til å inneha kunnskap og ferdigheter til å gi øyeblikkelig helsehjelp i nødssituasjoner jfr. HPL § 7(Helsepersonelloven, 1999). Vi mener derfor at dette kan tydeliggjøres mer i LUB nr. 2. Forslag til tekst: «Kan utføre livreddende førstehjelp og er i stand til å oppdatere sin kunnskap om dette.» Kunnskapsområde V Miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering Kunnskap Vi savner en LUB om vernepleieres kunnskap og kompetanse omkring atferdsendrende tiltak. Dette er noe vi anser at kjennetegner vernepleiere som profesjon; kompetansen og evnen til å jobbe målrettet med innlæring av nye ferdigheter og endring av u hensiktsmessig atferd. Det er mulig at LUB nr. 7 var ment å skulle dekke dette, men det synes vi ikke kommer tydelig frem. Noe av det

som står i denne LUBen synes vi allerede er dekket godt av f.eks. LUB nr 3 og 4. Vi ønsker derfor heller at LUB nr 7 erstattes med: «Har kunnskap om prosesser for endring av atferd og på hvilken måte disse kan anvendes målrettet samt faglig og etisk forsvarlig.» Ferdigheter Jfr. LUB med kunnskap om atferdsendring bør det være en LUB med ferdigheter som tilsvarer kunnskapen. Forslag: «Kan anvende metoder for atferdsendring og reflektere faglig og etisk over anvendelsen av disse.» LUB nr. 1 er etter vår mening litt upresist formulert. Vi foreslår denne endret til: «Kan anvende faglig kunnskap for å analysere problemstillinger og iverksette miljøterapeutiske tiltak, habilitering og rehabilitering.»

- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar?
  - Nei
- Begrunn svaret
  - Vernepleie er en praktisk og klinisk utdanning, så praksis bør ha en stor plass i studiet. Det er imidlertid viktig at det teorigrunnlaget som danner grunnmuren for å få utbytte av praksis også vektlegges. Kravet til praksis er i dag på minimum 32 uker. Vi mener at dette er tilstrekkelig. I tillegg ønsker vi oss en formulering om at praksis bør være fordelt over minst 3 ulike perioder og at det bør være en viss variasjon i hvilke steder man er utplassert. Vernepleiere jobber i dag innenfor mange ulike fagfelt og en bred erfaring fra ulike praksissteder og med ulike brukergrupper vil være en stor fordel. Med tanke på at vernepleiere spesielt bør ha kunnskap om personer med utviklingshemning (se svar på spørsmål 113 og 114), ønsker vi at dette spesifiseres ytterligere også i forbindelse med praksis. Vernepleiere bør i løpet av studiet ha hatt minst én praksisperiode i tjenester for personer med utviklingshemning. Dette er i tråd med de anbefalinger som ble gitt i Universitets- og høgskolerådets prosjektrapport om kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning (Universitets- og høgskolerådet, 2016, s. 27).
- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
  - 3

- Begrunn svaret
  - De kunnskapene og ferdighetene som LUBene beskriver er kjent for oss som vernepleiere, og vi kan ikke se at det har blitt tilført store områder hvor ny kompetanse som kreves. Vi mener derfor at omfanget er realistisk innenfor et 3-årig bachelorprogram. Læringsutbyttene er imidlertid mange og kan med fordel kortes ned til færre punkter. Vi merker oss at mange av LUB'ene er overlappende og til dels lite presise. Våre forslag til endringer av disse er besvart under tidligere spørsmål
- Er det viktig å nevne særskilte grupper i formålet slik retningslinjen beskriver?
  - Ja
- Begrunn svaret
  - Vernepleierutdanningens historie er sterkt knyttet til omsorg og tjenester for personer med utviklingshemning. Dette gir en unik kompetanse som de fleste land ikke har en egen utdanning for. Heller ikke i Norge er det noen av de andre helse- og sosialfaglige utdanningen som fokuserer spesifikt på denne målgruppen. Personer med utviklingshemning er en svært sårbar gruppe med helt særskilte behov, samtidig som de trenger en tilnærming og et tjenestetilbud som er likeverdig hva alle andre får. Personer med utviklingshemning har en historie preget av feilbehandling, diskriminering og overgrep (Fjermeros, 2018). Vernepleierprofesjonen har spilt en vesentlig rolle i endringen av synet på disse menneskene, selv om det fortsatt er en vei igjen å gå. Vi mener det er riktig å trekke frem vernepleierfagets særkompetanse om personer med utviklingshemning slik formålsbeskrivelsen gjør. Samtidig vet vi at vernepleiere i dag jobber på mange ulike arenaer og med mange ulike målgrupper, f.eks. innen rusomsorg, skole, psykiatri mv. Det er derfor fint at ordlyden ikke utelukker muligheten for å kunne jobbe med flere ulike målgrupper, ved å beskrive at vernepleiere har kunnskap om mennesker med funksjonsnedsettelse generelt og om utviklingshemning spesielt. Dette mener vi viser mangfoldet i den kompetansen vernepleiere innehar, samtidig som det viser en spesialkompetanse om utviklingshemning som ingen andre profesjoner vektlegger i samme grad. Vi tenker at denne

spesialkompetansen faktisk kan komme enda tydeligere frem. Slik utkastet fremstår nå, dukker dette først opp når det er snakk om vern av rettigheter. Avsnitt 2 i formålsbeskrivelsen foreslås derfor endret til: «Utdanningen tar utgangspunkt i kunnskap om funksjonsnedsettelse og om samfunnsmessige forhold som skaper funksjonshemming. Spesielt vektlegges kunnskap om utviklingshemning. Utdanningen er i tråd med nasjonale og internasjonale regler og har som formål å fremme, verne om og sikre rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne og da spesielt personer med utviklingshemning.»

- Hvilke konsekvenser vil dette ha for utdanningsinstitusjonene?
  - Vi ser at det vil være en stor fordel for studentene dersom det legges til rette for at man kan bytte studiested underveis i utdanningsløpet, og gir vår støtte til dette. Dette fordrer imidlertid et samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen for å tilstrebe at hvert studieår inneholder de samme læringsutbyttene, slik at man kan bytte studiested dersom man har fullført ett helt studieår.
- Er det andre høringsinnspill?
  - Vi merker oss at det i retningslinjen for vernepleiere ikke er nevnt noe om hva den engelske tittelen skal være. Dette er et emne som har vært mye debattert, ettersom vernepleierutdanningen er en nokså særnorsk ordning. Pr. i dag brukes vanligvis «social educator», men mange mener dette ikke synliggjør den helsefaglige kompetansen vernepleiere har. Et alternativ hadde vært å bruke den engelske tittelen «learning disability nurse», da dette nok er den europeiske utdanningen som likner mest på vernepleie. Denne utdanningen finnes i Storbritannia og krever kun få tilleggskurs for å godkjennes der. I forskriften står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse. HSØ har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. De læringsutbyttene som omhandler veiledning i retningslinjen må kvalifisere for denne oppgaven. Krav om kompetanse som kreves for de sykehusansatte veilederne, må ses i sammenheng med hva som skal være universitets- og høgskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine

praksisstudier. HSØ støtter formuleringen i forskriften om at utdanningsinstitusjonen har ansvar for å følge opp studentene hos praksistilbyder, skal være oppdatert i praksistilbyders problemstillinger og bistå i pedagogiske spørsmål inkludert planlegging av læringsaktiviteter, veiledningsmetodikk, vurdering av skikkethet og evaluering. Pr i dag fungerer dette altfor tilfeldig, da lærers rolle og hvilke krav som stilles til oppfølging fra utdanningsinstitusjonens side er for lite tydelig definert. Det kan ikke være opp til det enkelte helseforetak og den enkelte utdanningsinstitusjon å fremforhandle løsninger på dette. HSØ ønsker at dette tydeliggjøres i retningslinjen og stemmer overens med innholdet i forskriften. HSØ ønsker videre at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler som operasjonaliserer de ulike aktørers roller og ansvar. Læringsutbyttebeskrivelsene (LUB) er mange og til dels svært omfattende. Vi mener at det er mulig å optimalisere dette noe mer.

## Gi tilbakemelding

Tjenesten er levert av [www.questback.com](http://www.questback.com) - Questback Essentials