
Fra: QuestBack <noreply@questback.com>
Sendt: 16. juli 2018 15:43
Til: KD-RETHOS
Emne: Respons på Høring RETHOS fase1

- Høringssvaret kommer fra
 - Universitet/høyskole
- Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Høgskulen på Vestlandet
- 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'
 - 4
- Begrunn svaret
 - Stort sett ok, men manglar eit læringsutbytte under ferdigheiter som knyter seg til det å skrive dokument i klientarbeid. For eksempel: kan finne, vurdere og henwise til informasjon og fagstoff og framstille dette slik at det belyser barnets beste. I læringsutbytta under kunnskap er det i liten grad lagt vekt på behovet for kunnskap om strukturelle forholds betydning for barn og unges oppvekstvilkår, og kanskje spesielt betydningen av å vere bevisst maktforhold og strukturar som kan bidrar til avmakt barn.

- 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
 - Stort sett ok, men retningslinjene bør ha med eit punkt som får fram at utdanninga gjev ferdigheiter i korleis involvere brukarar av barnevernstenester på kollektivt nivå. Eks: kan samarbeide med barn, unge og deira familiar for å utvikle kvaliteten i tenestetilbodet.
- 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
 - På ei side er retningslinjene for detaljerte i den forstand at det blir for mange læringsutbytte. Fleire av læringsutbytta burde i staden vore knytt til emnenivået, for eksempel Under kunnskap: - Underpunkta/strekpunkta på 4 - 20 (dette står nevnt i felles retningslinjer for alle helse- og sosialfaglege utdanningar - og kan konkretiserast på emnenivå kva/korleis arbeidsinkludering blir tematisert slik at det blir relevant for barnevernspedagogar) Under ferdigheiter: - 7 (dette blir dekket av andre punkt) - 8 og 9 kan slåast saman - 13-15 (dette er knytt til arbeid i barnevernstenesta og kan tematiserast under eit emne, ev slåast saman og lage ein meir generell LUB for arbeid i barnevernstenesta) Under generell kompetanse: - 3 (dette blir dekket under 11 på kunnskap) På ei anna side er det nokre område som bør standardiserast nasjonalt, for eksempel juss. Kan det på same måte som praksis bli stilt krav til omfang på jussen/juridisk metode?
- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Dette er kommentert i svare over
- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?

- Nei
- Begrunn svaret
 - I teksten blir det uklart om dei to siste (av fem) avsnitta gjeld kravspesifikasjon til heile praksisperioden eller berre dei 14 vekene som gjeld samanhengande praksis. Dette må tydeleggjerast. Vil det vere krav til individuell oppfølging og rettleiing ved all type praksis, viss ein deler praksis opp i fleire periodar? Kan det tolkast slik at det er tilstrekkelig med ein praksisperiode berre den er til saman 20 veker? Svaret på dette vil ha betydning for kor gjennomførbart dette er. Det vil vere store ressursmessige, administrative og praktiske utfordringar knytt til å gjennomføre to praksisperiodar med omfattande individuell oppfølging. Fagleg sett vil det på ei anna side auke kvaliteten på utdanninga å gjennomføre ei slik endring, men det vil vere ei problemstilling for institusjonen om det er praktisk gjennomførbart (ifht å få tak i praksisplassar)
- 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
 - I all hovudsak er retningslinjene i tråd med slik me har lagt opp vår barnevernsutdanning i dag, bortsett frå det som gjeld praksis. Dette er kommentert i svaret over.
- Er det andre høringsinnspill?
 - Det språklege er svakt, og må jobbast med, feks ferdighetsmål 4 (kan anvende relasjonar...) Eller 13-15: trengs det anvende kunnskap for å...i staden for – «kan iverksette og evaluere hensiktsmessige tiltak» Det er uklart nivå på LUBane- og kunnskap og ferdigheiter blir blanda. Det kan verke som om det som står under kunnskap blir direkte omgjort til ein ferdigheit ved at ein skal anvende kunnskapen (for eksempel under kunnskap 7: ha kunnskap om konvensjon, lov forskrift blir til ein ferdigheit 5 kan anvende kunnskap om...osv. Vårt spørsmål: Anvnde til kva/i kva situasjonar?). Det bør vere eit tydelegare skilje mellom kva kunnskap ein bør få, og kva konkrete ferdigheiter som trengs i forhold til dei arbeidsoppgåvene som skal gjerast.

- 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'
 - 3
- Begrunn svaret
 - Dokumentet fremstår per i dag som en noe uferdig, ustrukturert og upresis tekst. Vi mener man bør endre strukturen på dokumentet. Se forslaget til Radiografutdanningen. Vi ønsker å ta inn "kunnskapsområder" på samme måte. Vi mener en slik struktur vil bli mer oversiktlig og ryddig. Læringsutbyttebeskrivelser for hvert kunnskapsområde vil da bli mer detaljert, og ikke så vide og ulne slik de er presentert i dette dokumentet. Vedrørende opprømsing av ulike fagområder under Kunnskap, pkt 1 og Ferdigheter, pkt 1, vi foreslår at dette fjernes. En ser muligheter for at navn og definisjoner av disse fagområdene slik de er i dag, vil endres og er mindre hensiktsmessige i fremtiden. Vedrørende Kunnskap, pkt 6. Dette punktet bør i større grad omhandle andre typer donasjoner enn kun blod. En ser i økende grad at høsting, oppbevaring og bruk av ulike typer stamceller innen pasientbehandling, er naturlig at bioingeniører er involvert. Man burde også samle punkter under fremtidig kompetansebehov og ikke spre dem utover. Spesifikke punkter som særskilt oppleves som diffust/uklart: Kunnskap (punkt 15), Ferdigheter (punkt 9, siste setning ut i eget punkt), (punkt 10, formidle og veilede). Generell kompetanse (ullent i punkt 10). For øvrig ser vi ikke at all fremtidig kompetansebehov er dekket (kunnskaper innenfor IKT, automasjon, robotteknologi og annen digital teknologi, TPS, organisering av helse- og velferdstjenester, primærhelsetjenesten, karv om ekstern praksis, diagnostisk partner).
- 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
 - Her er "bruker" forstått som pasienten. Dersom man ser bort ifra at dokumentet fremstår per i dag med en noe uferdig, ustrukturert og upresis tekst, så oppleves utkastets innhold å dekke brukerens

framtidige behov for kompetanse. I fremtiden vil pasienten også ha behov for å møte bioingeniører som er dyktige på tverrfaglig samarbeid, kunnskapsdeling, pasientnær analysering og veiledning av pasient. Vedrørende Kunnskap, pkt 9 og Generell kompetanse, pkt 3: Per i dag har også døde og fremmedspråklige rett til å bli møtt på eget språk. "Veiledningskompetanse" bør eksplisitt ivaretas i ett av læringsutbyttebeskrivelsene. Jmf. Kommentar over til Ferdigheter, punkt 10.

- 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
 - Teksten synes å være så uferdig, uoversiktlig og upresis at det er vanskelig å bedømme. Helhetlig ser det ut som det er noe balanse mellom autonomi og lokal påvirkning. Men behovet for nasjonal standardisering i forbindelse med ekstern, klinisk praksis er ikke ivaretatt. Rapporten «Kvalitet i praksisstudier i helse og sosialfaglig utdanning» anbefaler at dagens «omfang av praksisstudier i sum videreføres, men med en større grad av harmonisering av omfang mellom studiestedene». Praksis fra autentiske yrkessituasjoner er viktig for utvikling av studentens bioingeniørfaglige kompetanse. Erfaringskunnskap og ferdigheter fra ekstern praksis MÅ inn – og da minimum 10% av studiet omfang. Vi har konkret framlegg til endring av læringsutbytter: Vi mener disse bør kategoriseres under kunnskapsområder slik som for radiografutdanningen. NB! Pga teiknbegrensing kjem Kunnskap her og ferdigheter og generell kompetanse i neste kommentarfelt. KUNNSKAP En ferdig utdannet bioingeniør 1. Har kunnskap om metoder, laborieutstyr og bioingeniørfaglige arbeidsoppgaver innen ulike medisinske laboratoriespesialiteter. 2. Har kunnskap om hvordan celler, vevsstrukturer, biokjemiske analytter og mikroorganismer analyseres og undersøkes som et ledd i diagnostikk, oppfølging og behandling av sykdom 3. Har kunnskap om riktig behandling av ulike typer

humanbiologisk prøvemateriale og hvordan pre- og postanalytiske forhold påvirker analysesvar 4. Har kunnskap om korrekt blodprøvetaking av voksne, barn og nyfødte 5. Har kunnskap om kvalitetssystemer ved norske sykehus, system for behandling og oppfølging av uønskede hendelser og risikovurdering. Kjenner til sertifisering- og akkrediteringsordninger i medisinske laboratorier. 6. Har kunnskap om regelverk og relevante prosedyrer knyttet til blodgivning og videre behandling av tappet blod. 7. Har kunnskap om smittekjeden, hygieniske prinsipper og aseptiske arbeidsprosedyrer 8. Har kunnskap om regelverk for HMS i medisinske laboratorier, om risikovurdering og om system for oppfølging av uønskede hendelser 9. Har kunnskap om tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon til beste for pasienten, samt andre profesjoners roller i det norske helsevesen 10. Har kunnskap om bioingeniørens rolle i faglige beslutningsprosesser, i screeningprogram, ved oppfølging av pasienter og persontilpasset medisin. Kjenner til den medisinske laboratorietjenestens historie og tradisjoner. 11. Har kunnskaper om pasienters rettigheter, medbestemmelse og samhandling, herunder døve, samiske og fremmedspråklige pasienters rett til bruk av eget språk. 12. Har kunnskap om hvordan pasientnær analysering og pasienters selvtesting utføres og kvalitetssikres. 13. Kjenner til lover og regler som regulerer opprettelse, godkjenning og bruk av biobank innen fagområdet medisin og helse 14. Kjenner til forsknings- og utviklingsarbeid innenfor bioingeniørens fagområde 15. Kjenner til at norske helsetjenester har rutiner for å følge opp og henvise mennesker med spesielle utfordringer.

- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - • Høyere IKT-kompetanse etterspørres fra praksisfeltet. IKT i en biomedisinsk setting, med vekt på persontilpasset medisin og medisinsk databasebruk. I tillegg IKT-lab/pasient-systemer. • Anvendt bioinformatikk forsvinner litt i teksten og med tanke på framtiden og økende behov av informatikk, så bør dette komme tydeligere fram. • Kommunikasjon og veiledningskompetanse bør eksplisitt ivaretas i et av læringsutbyttebeskrivelsene. • TPS (Tverrprofesjonell samarbeidslæring) er et viktig punkt i «Felles

retningslinjer for utdanninger i helse- og sosialfagene». Det er ikke vektlagt tilstrekkelig i retningslinjen. • Kjennskap til stamcellerarbeid • Begrepet "erfaringskunnskap" må inn. • Utdanning for livslang læring. • Krav om bacheloroppgave FRAMHALD konkret framlegg til endring av læringsutbytter: Ferdigheter En ferdig utdannet bioingeniør

1. Kan anvende instrumenter og utstyr som benyttes i medisinske laboratorier og har gode ferdigheter i basale laboratorieteknikker.
2. Kan anvende fagterminologi.
3. Kan anvende medisinsk, statistisk og laboratorieteknisk kunnskap til å vurdere analyseresultatets pålitelighet ut fra gjeldende kvalitetskrav.
4. Kan utføre bioingeniørfaglig arbeid strukturert, nøyaktig og etter gjeldende lover, forskrifter og prosedyrer, samt vurdere metoders muligheter, begrensninger og feilkilder.
5. Kan tappe blodgivere under veiledning og sikre pasienten trygge blod og blodprodukt.
6. Kan utføre kapillær- og venøs blodprøvetaking av voksne etter gjeldende forskrift. Kan utføre kapillær- og venøs blodprøvetaking av barn under veiledning.
7. Kan hente informasjon og oppdatere relevant kunnskap innenfor relevante naturvitenskapelige og biomedisinske fagområder, samt medisinsk laboratorieteknologi.
8. Kan følge gjeldende retningslinjer for vern mot skadelig ioniserende stråler, kjemiske stoffer og biologisk materiale. Kan utføre tiltak ved uønskede hendelser. Forstår og kan forklare virkning av skadelig eksponering på organismen, samt deres miljømessige konsekvenser.
9. Kan utføre statistiske analyser og metodevalidering. Kan kartlegge og vurdere tilfeldige og systematiske feil for en laboratorieanalyse.
10. Kan tilegne seg bruk av digitale verktøy, datasystem og relevant automatisert teknologi for håndtering av store mengder humanbiologisk materiale med tilhørende resultater og informasjon.
11. Kan bistå i utvikling av bioingeniørfaglig arbeid og bistå praksis i medisinsk laboratorieteknologi.
12. Kan formidle bioingeniørfaglig kunnskap til pasienter og andre, samt bidra til tverrfaglig samarbeid.

GENERELL KOMPETANSE - SJÅ NESTE RUBRIKK

- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Nei

- Begrunn svaret
 - Setningen "Minst 10 % av studiet bør minst være eksterne praksisstudier". Her må "BØR" erstattes med "SKAL". Her støtter HVL fullt ut innspillet fra Nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen bioingeniørfag (sent på mail til Tor Rynning Torp 31. Mai 2018) som konkluderer med at: «Vi mener at de nye nasjonale retningslinjene for bioingeniørutdanning må inneholde et krav om minimum ti prosent ekstern praksis i et autentisk arbeidsmiljø på medisinske laboratorier i et helseforetak». For øvrig fremviser setningen "Minst 10 % av studiet bør minst være eksterne praksisstudier" at teksten i dokumentet FRAMHALD konkret framlegg til endring av læringsutbytter: Generell kompetanse En ferdig utdannet bioingeniør 1. Kan formidle korrekte prøvesvar på norsk både skriftlig og muntlig, og til rett tid. 2. Kan identifisere og håndtere yrkesetiske problemstillinger i bioingeniørfaglig arbeid 3. Kan ivareta mennesker på en respektfull og medisinsk forsvarlig måte. Kan ivareta pasientens behov og rettigheter, herunder døve, samiske, og fremmedspråklige pasienters rett til å bli møtt på eget språk. 4. Kan forstå og følge forskrifter og prosedyrer for bioingeniørfaglige arbeidsoppgaver og kjenner til hvordan disse utarbeides og revideres i et akkreditert laboratorium 5. Kan formidle problemstillinger og løsninger og kan delta i forskningsprosjekt i tråd med etiske krav og retningslinjer under veiledning. 6. Har samarbeids-, relasjons- og kommunikasjonskompetanse og bidrar til å sikre likeverdige bioingeniørfaglige tjenester for alle grupper i samfunnet. 6. Kan planlegge og gjennomføre varierte arbeidsoppgaver alene og som deltaker i en gruppe. Kan ta imot tilbakemeldinger, tilegne seg ny kunnskap og reflektere over egen faglig utøvelse. 7. Har innsikt i bioingeniørfaglige problemstillinger, kan samle informasjon for å ta begrunnede valg i tråd med kunnskapsbasert praksis. Kan forholde seg kritisk til fagstoff fra ulike kilder og formidle bioingeniørfaglig kunnskap gjennom muntlige og skriftlige presentasjoner på norsk. 8. Kan utveksle synspunkter og erfaringer med andre og delta i både faglige og tverrfaglige diskusjoner, på tvers av virksomheter og nivåer, og initiere slik samhandling. 9. Kjenner til nytenkning og innovasjonsprosesser i

helsetjenesten og kan bidra til innovasjon og systematiske, kvalitetsforbedrende arbeidsprosesser. 10. Kjenner til relevante lover og regelverk som regulerer bioingeniørfaglig arbeid innen det norske helsevesen

- 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
 - Studiet har omfattende kompetansekrav for et bachelor program. Det vil bli vanskelig å dekke alt innen Bachelorstudiet (nytt stoff/tema inn betyr at noe eksisterende stoff/tema må ut – hva skal ut?). Fagfeltet er i rivende utvikling og stadig nye kompetansekrav kommer til. Man bør nå på nasjonalt nivå, diskutere utvide utdannelsen til 5-årig masterutdanning. Spesifikk kommentar: Under Kunnskap, pkt 3. "Har kunnskap om riktig behandling av alle typer human biologisk prøvemateriale og hvordan pre- og postanalytiske forhold påvirker analysesvar". Tekst bør endres til "... riktig behandling av ULIKE typer humanbiologisk...", ellers er dette et meget omfattende pålegg.
- Er det andre høringsinnspill?
 - Forslaget til nye retningslinjer for Bioingeniørfag virker generelt sett ikke godt gjennomarbeidet både med tanke på struktur, organisering av innhold, og språk. Vi anbefaler at dokumentet oppgraderes og kan med fordel omstruktureres (se for eksempel høringsutkastet fra radiograf med kunnskapsområder: Dette ville gitt mer spisset læringsutbyttebeskrivelser). Vi anbefaler språkvask og spissing av tekst. Og vi anbefaler en ny gjennomgang av struktur på dokumentet. Det mangler en logisk oppbygning i rekkefølgen på noen av de ulike punktene slik disse er gitt per i dag. Vi har konkrete forslag til endringer av læringsutbytter. Disse er gitt i rubrikkene over. «Krav til studiets oppbygging» bør ryddes. For eksempel Immunologi nevnt to ganger (både under 1 og 3).
- 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'
 - 2

- Begrunn svaret
 - Vi mener at kompetansebehovet er noe snevert fremstilt, da det i stor grad fokuserer på kompensering og tilrettelegging, ved endring av omgivelsene eller tilrettelegging/kompensering for gap som er oppstått. Vi mener det i større grad må rettes fokus på person og personers forutsetning for aktivitetsutførelse, inkludert et fokus på vurdering og trening/behandling. Dette er viktig kompetanse i spesialisthelsetjeneste og i rehabiliteringsarbeid på ulike nivå. Vi synes ikke det er en tydelig rød tråd gjennom formål og læringsutbytterbeskrivelser (LUB'er) og anbefaler at dette blir jobbet videre med for å sikre at LUB'er er knyttet opp mot formål. Vi foreslår at kunnskapsområdene omorganiseres/slås sammen, og at overskriftene spesifiseres mer. Vi foreslår også at det kunnskapsområdet som i størst grad betegner ergoterapi som profesjon, kommer først. Følgende kunnskapsområder/overskrifter foreslås: I: Samspill mellom person, aktivitet og omgivelser II: Kunnskap, kvalitetssikring og ledelse (evt. flytte lenger ned) III: Habilitering, rehabilitering og samhandling IV: Innovasjon og teknologi V: Folkehelse, kultur og politikk VI: Rettigheter, inkludering og etikk En endring av kunnskapsområdene innebærer at flere LUB'er bør flyttes til andre kunnskapsområder enn der de er presentert i eksisterende utkast. Vi har følgende forslag: I. Profesjon, identitet og etikk – slettes som kunnskapsområde: K1, F1 og F3 flyttes til habilitering, rehabilitering og samspill. K2 og GK1 flyttes til rettigheter, inkludering og etikk. F2 flyttes til samspill mellom person, aktivitet og omgivelser. II. Samspill mellom kropp, funksjon, aktivitet og helse – ny overskrift foreslått i spm 29: K3 og K4 bytter rekkefølge. K5 flyttes til habilitering, rehabilitering og samhandling. Ferdighetsmålene framstår som noe snevre, og vi foreslår derfor å omformulere F1 til: «Kan anvende kunnskap for å bedre ferdigheter knyttet til personers aktivitetsutførelse» og F2 til: «Kan anvende aktivitet som verktøy i kartlegging og intervensjon». III. Kunnskapsbasert yrkesutøvelse – ny overskrift «kunnskap, kvalitetssikring og ledelse»: K1 flyttes til ferdighets-LUB. F2, F3, F4 og GK4 slettes. F5 flyttes til samspill mellom person, aktivitet og omgivelser. F6 omformuleres: «Kan etterspørre, finne og anvende

kunnskap til å dokumentere, kvalitetssikre, vurdere og formidle egen praksis». F4 fra fysioterapeutenes kunnskapsområde «kunnskap, kvalitetssikring og innovasjon» tas inn i dette kunnskapsområdet. GK1 omformuleres: «Kan planlegge og lede ergoterapeutiske intervensjoner individuelt og i gruppe». IV. Habilitering og rehabilitering – Endringer er foreslått under de ulike kunnskapsområdene i spm 29, og i spm 31. V. Teknologi og hjelpemidler – endres til Teknologi og innovasjon: K1 omformuleres til «Har bred kunnskap om hvordan teknologi og hjelpemidler kan fremme personers aktivitet og deltakelse». F1 slettes. F2 omformuleres «Kan anvende kunnskap om ergonomi, tilrettelegging av omgivelser, kompensering og teknologi.» Flytte alle LUB'ene fra «VIII. Innovasjon, kvalitetssikring og ledelse» flyttet til «Teknologi og innovasjon». VI. Folkehelse, kultur og politikk: K1 omformuleres: «Har bred kunnskap om folkehelse, helsefremmende og forebyggende virksomhet innen ergoterapi på ulike arenaer». Ta inn F5 fra fysioterapeutenes kunnskapsområde «folkehelse». GK1 omformuleres: «Kan identifisere og følge opp mennesker med sosiale og helsemessige problemer som har utfordringer med aktivitet og deltakelse, og iverksette nødvendige tiltak eller henvise videre ved behov». VII. Rettigheter, inkludering og samhandling – endres til Rettigheter, inkludering og etikk: F2 omformuleres til: «Kan anvende ulike kartleggings- og intervensjonsmetoder for tilrettelegging og inkludering på ulike arenaer». F4 flyttes til folkehelse, kultur og politikk. Ta inn F3 fra radiografi sitt kunnskapsom.. «D

- 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'
 - 2
- Begrunn svaret
 - Dette spørsmålet henger i stor grad sammen med begrunnelsen for spørsmål 28. I tillegg mener vi at kunnskapsområdet «IV. Habilitering og rehabilitering» er for snevert framstilt, og ikke dekker brukernes behov for kompetanse i tjenestene. Dette kunnskapsområdet bør derfor utdypes. Retningslinjen for fysioterapeututdanningen har

inkludert flere LUB'er som er relevante også for ergoterapeututdanningen. Vi foreslår følgende endringer for dette kunnskapsområdet: 1) Da tverrprofesjonelt samarbeid er en forutsetning i habilitering/rehabilitering, mener vi at LUB'er knyttet til dette temaet burde gjenspeile slikt samarbeid. Vi foreslår derfor at dette kunnskapsområdet endrer tittel til «Habilitering, rehabilitering og samhandling». Det vil da være logisk å flytte noen av LUB'ene som omhandler samhandling til dette kunnskapsområdet. Se forslag i spm 29. 2) Dette kunnskapsområdet mangler generelle kompetansemål, noe som må inkluderes. Vi foreslår at LUB 1 og 2 under generell kompetanse for habilitering, rehabilitering og samhandling fra fysioterapi tas inn i retningslinjen for ergoterapi. Det samme gjelder F4 under samme kunnskapsområde for fysioterapi, men at dette tas inn under generell kompetanse i retningslinjen for ergoterapi. LUB K2 fra fysioterapi foreslås også som en kunnskaps-LUB for ergoterapiretningslinjen. 3) Videre mener vi at LUB K1 for habilitering og rehabilitering bør inkludere «...rehabilitering og habilitering på ulike nivå». K2, K3, F1 og F3 foreslås slettet, da disse ses som for detaljerte for en retningslinje. K4 foreslås omformulert til: «Har kunnskap om palliativ behandling», og flyttes til kunnskapsområdet «rettigheter, inkludering og etikk», da palliativ behandling i seg selv ikke er rehabilitering. Videre foreslår vi å flytte K2 (evt. slette, hvis for overlappende med K2 fra fysio sin retningslinje), F1, F3, F5 og F6 fra kunnskapsområdet «rettigheter, inkludering og samhandling» til kunnskapsområdet «habilitering, rehabilitering og samhandling».

- 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
 - Vi mener at en del av LUB'ene er for spesifikke. I tillegg stiller vi spørsmål ved om det er for mange LUB'er. Vi mener at det er viktig å være tydelig på hva som er minstestandard på kunnskapsnivå og at

ikke for mye overlates til hver enkelt utdanning. Nivået på LUB'ene må derfor vurderes, for å sikre at sluttkompetansen er forholdsvis lik ved de ulike utdanningsinstitusjonene. Vi er usikre på om det er mulig å oppnå en nasjonal standardisering, når antall studiepoeng knyttet til hvert tema ikke skal være spesifisert i retningslinjene. Videre mener vi at det er for detaljstyrende i en retningslinje å spesifisere at de ulike utdanningsinstitusjonene skal gjennomføre et felles nettbasert undervisningsopplegg i løpet av studiet. Vi ønsker derfor å ta dette ut av retningslinjen, og heller prøve å implementere dette når LUB'er skal operasjonaliseres på institusjonsnivå.

- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Vi synes at retningslinjene burde hatt et større fokus på: 1) praktiske ferdigheter – selve «håndlaget» vi utøver som ergoterapeuter på ulike nivå og ulike arenaer. Sammenhengen mellom teori og praktisk kunnskap kunne også med fordel kommet tydeligere fram i LUB'ene. Dette samsvarer også med høringsinnspill fra Ergoterapiavdelingen på Haukeland universitetssjukehus. 2) Personers forutsetninger for aktivitetsutførelse, inkludert vurdering og trening/behandling. 3) Helsefremmende arbeid - ikke «bare» folkehelse.
- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- Begrunn svaret
 - Vi mener at det bør være mulig å gjennomføre minimum 30 uker praksisstudier i løpet av 3 år, med minimum 8 uker sammenhengende praksisperioder. Sammenhengende praksisperioder er viktig for studentenes modning og utvikling. Vi mener at studentene bør veiledes av ergoterapeuter i alle tre årene, og at presiseringen «spesielt i første og andre studieår» i 2. avsnitt under «krav til praksisstudiene» bør slettes. I 3. avsnitt under samme overskrift, mener vi at følgende setning bør slettes: «Variasjon innbefatter også at studentene gjennom praksis får mulighet til å bistå personer på arenaer som omhandler ergonomi, hjelpemidler, tilrettelegging og inkludering i arbeidslivet, innovativt arbeid knyttet til for eksempel universell utforming og boligtilrettelegging.» Årsaken er

at denne kan misoppfattes, slik at setningens innhold ikke viser til variasjon, men til en innsnevring av ergoterapi som bare fokuserer på tilrettelegging og kompensering.

- 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
 - Vi er kritiske til det høye antallet LUB'er, da vi er usikre på om det er mulig å sikre at studentene innehar sluttkompetanse som dekker alle disse. Samtidig mener vi at noen av LUB'ene er for spesifikke/detaljerte, og derfor framstår som for snevre. Som nevnt, er vi også usikre på om det er realistisk å kunne gjennomføre et felles nettbasert undervisningsopplegg samtidig ved alle utdanningsinstitusjonene, og foreslår derfor å ta dette ut av retningslinjen. Når det gjelder beskrivelse av krav til studiets oppbygging, forslår vi at første setning i 2. avsnitt omformuleres til: «I det andre studieåret lærer studentene om sammensatte problemstillinger knyttet til ergoterapeuters arbeidsfelt», slik at en ikke spesifiserer noen arbeidsfelt og samtidig ekskluderer andre.
- Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - Se kommentar over. Dersom dette skal kunne gjennomføres, bør tema og tidspunkt ikke spesifiseres i retningslinjen. Da vil i stedet utdanningsinstitusjonene i fellesskap kunne komme fram til aktuelt tema, og når i studieløpet det er mest hensiktsmessig og mest praktisk å kunne gjennomføre dette. Relevante tema vil dessuten kunne variere etter brukernes og tjenestenes kompetansebehov.
- Er det andre høringsinnspill?
 - 1) Formål: Dette bør tydeligere beskrives med fokus på det ergoterapeuter har særskilt kompetanse i. Vi støtter derfor forslag til formålsbeskrivelse sendt inn av Norsk Ergoterapeutforbund, med noen endringer (understreket): Formålet med ergoterapeututdanningen er å utdanne fagpersoner med særskilt kompetanse i å fremme og legge til rette for personers aktivitet, deltakelse og inkludering i samfunnet. Dette innebærer kunnskap om

samspeillet mellom person, aktivitet og omgivelser.

Ergoterapeututdanning skal gi kandidatene bred kunnskap om personers forutsetninger og omgivelsenes innvirkning på aktivitet. Kandidatene skal ha en forståelse av at helse er relatert til aktivitet og deltakelse og at helsen påvirkes og skapes i samspill mellom person, aktivitet og omgivelser. Kandidatene skal ha ferdigheter til å gradere og anvende meningsfull aktivitet for å oppnå deltakelse og inkludering for personer i alle aldre, livsfaser og på ulike arenaer. Kandidatene skal etter endt utdanning ha en sterk faglig identitet, ha grunnleggende fagkunnskap og ferdigheter, vise profesjonalitet og bidra til å utvikle ergoterapi som fagfelt og profesjon. Studiet skal kvalifisere kandidatene til selvstendig arbeid på alle områder der deltakelse og inkludering hindres av individuelle eller strukturelle barrierer. Utdanningen skal være praksisnær og gi kandidatene ferdigheter og generell kompetanse til å praktisere kunnskapsbasert, i samarbeid med andre og med mål om å finne løsninger og utvikle ny praksis. Kunnskapsområdene bør presenteres etter formålet, for å tydeliggjøre hvilke områder retningslinjen beskriver. 2) Felles LUB'er: Disse må ha samme formulering som i forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, slik at en sikrer at LUB'ene virkelig er felles.

- 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 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- Begrunn svaret
 - Det må komme bedre frem at fysioterapeuter skal jobbe med og behandle syke mennesker på tvers av alle aldre, og mennesker med sammensatte og komplekse helseplager. Pasientbegrepet bør brukes. Vektleggingen i retningslinjen synes å være på utdanning av fysioterapeuter som primært skal jobbe forebyggende og helsefremmende. Det må også komme bedre frem at fysioterapeuters kompetanse primært er klinisk, som innebærer at grunnleggende fagkunnskap omsettes til praktisk handling og samhandling i møte med mennesker og deres behov for hjelp med helse og funksjon.

- 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
 - Brukerperspektivet er ikke eksplisitt nevnt, heller ikke ivaretagelse og behandling av det syke mennesket. Pasientens handlingskompetanse øker, ikke minst på grunn av teknologi, hvilket medfører at de pasientene som har mulighet til det, får/tar stadig mer ansvar. Dette vil sette andre krav til fysioterapeutens kompetanse og dialog i møtet med pasienten.
- 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 ulike retningslinjer for ulike bachelorutdanninger, og vi ser at 4 av de 7 kunnskapsområdene (IV, V, VI og VII) ikke er direkte fagspesifikke. Disse vil være relevante for flere helsefagutdanninger. Det er et spenningsfelt mellom generell samfunnskunnskap og spesifikk fysioterapikunnskap der vektleggingen av generell kunnskap ser ut til å gå på bekostning av det fagspesifikke. Dette er uheldig. Overordnet mener vi det er viktig at de ulike fysioterapeututdanningene gir en så lik kompetanse som mulig. Dette for å sikre en lik forståelse - og imøtekommelse av samfunnsmandatet. Som igjen gjør det mulig å være enhetlig, i møte med befolkning og oppdragsgivere, på hva fysioterapeuter kan bistå med. Det er likevel hensiktsmessig med noe autonomi i forhold til valg av delemner. Hvis disse emnene ble lagt til et fast tidspunkt i studieforløpet, kan dette fremme ønsket mobilitet mellom utdanningene. I de foreslåtte retningslinjene for fysioterapeututdanningen er det noen muligheter for autonomi, bl.a. med et minimumskrav for praksis. Vi mener at praksisperioder på 7 uker er for korte til å gi nødvendig læring, uavhengig av tjenestenivå.

Jfr nyere politiske føringer og deres målsetting om overføring og utvikling av oppgaver til primærhelsetjenesten bør det vurderes om praksisperioden på dette tjenestenivået bør få en større plass.

- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - • Fysioterapifaget vektlegges for lite. Kjernen i fysioterapi; kunnskap om det syke (og friske) mennesket, bevegelsesanalyse, funksjonsanalyse, klinisk resonnement og handlingskompetanse. o Patologi som påvirker menneskets bevegelse, funksjon og interaksjon med andre mennesker, omgivelsene og samfunnet o Behandling må fremheves o Palpasjon og håndteringskompetanse («hands-on») o Psykosomatikk; sykelig overvekt; o Teknologi; velferds-, omsorgs-, rehabiliteringsteknologi bør studentene ha noe kunnskap om o Journalføring og dokumentasjon • Bacheloroppgaven bør løftes frem • Fysioterapeuter er selvstendige yrkesutøvere, og det settes ikke lenger krav til henvisning fra lege. Fysioterapeuter undersøker og diagnostiserer funksjonsproblemer, velger tiltak, evaluerer og progredierer behandling. Kompetanse på differensialdiagnostikk er derfor også viktig. • Interkulturell kompetanse • Global helse gjennom undervisning og internasjonalisering.
- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Nei
- Begrunn svaret
 - • Fra forslaget: «Veileder for fysioterapistudenter skal som hovedregel være fysioterapeut med norsk autorisasjon og ha formell veilederkompetanse». Dette er for svakt. Veileder skal være fysioterapeut, kun unntaksvis ved f.eks. hospitering i barnehage, kan dette prinsippet fravikes. • Vi synes at kunnskapsområdene I, II og III (Kropp, undersøkelse, behandling) drukner i forslaget, og at det i forslaget vektlegges overordnede føringer i stor grad; folkehelsearbeid, samhandling, samfunn. Fysioterapeutens kjernekompetanse må tydeligere frem i retningslinjene. Fysioterapeuter skal ha avansert kompetanse innen undersøkelse, differensialdiagnostikk og behandling innenfor kjerneområdene,

spesielt innenfor muskel-/ skjelettlidelser. • Vi mener at tverrprofesjonell samarbeidslæring er sentralt. I tillegg til dette mener vi det bør nevnes at samarbeidslæring der flere studenter fra samme utdanning samarbeider, er nyttig som læringsform. Både fagspesifikk og tverrprofesjonell samarbeidslæring medfører at studenter kan lære av hverandre, samt se flere ulike problemstillinger i praksis.

- 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
 - Der er allerede i dag sterkt press på utdanningen. Vi ønsker derfor en utredning av en 5-årig grunnutdanning. Nyere politiske føringer, deriblant forskrift om felles rammeplan for helse – og sosialfagutdanningene, tilsier at fysioterapeututdanningene i fremtiden må jobbe enda mer med tema som differensialdiagnose, teknologi, folkehelsearbeid, global helse, utviklingskompetanse og sammenhengen mellom fagutøvelse og nasjonal- / global kontekst. Turnusåret bør være inkludert i en fem årig utdanning. Turnusåret er viktig for å dyktiggjøre fysioterapeuter til egen yrkesutøvelse, der de får trene mer på undersøkelse, diagnostisering, utøve klinisk resonnement og evaluere behandling, der de jobber selvstendig men samtidig under veiledning. Etter dette er de mer skikket til å utøve fysioterapifaget på en selvstendig og god måte.
- 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'
 - 5
- Begrunn svaret
 - Antall uker er et minimumskrav. Vi ønsker at lengden på praksisperiodene, både når praksis er i primær- og i spesialisthelsetjenesten, økes. Dette for å gi kontinuitet, godt læringsutbytte i praksis og tilstrekkelig tid til å utvikle relasjonen mellom student og veileder, samt gi veileder nok tid til å gi tilbakemelding til studentene og vurdere dem. Også det å få innsikt i tverrprofesjonelt arbeid tar tid. Til sammen gir dette studentene større mulighet til å bli tryggere i rollen som fysioterapeut.

- 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
 - Svaret handler om veilederkompetanse. Det bør etterstrebes at alle veiledere har formell veilederkompetanse. For å være gjennomførbare for flest mulig, bør veilederutdanning tilbys i ulikt omfang og form, for eksempel e-læringskurs, kortere veiledningskurs og veiledning på veiledning fra veileder med formell kompetanse. Og der de ulike delene bygger på hverandre. Et slikt system er ikke på plass pr i dag.
- Er det andre høringsinnspill?
 - Det er ikke hensiktsmessig at form, struktur og nivå på de åtte forslagene til nasjonale retningslinjer for helse – og sosialfagutdanninger er svært ulike. Det er ønskelig at disse harmoniseres. Vi mener at utkastet til retningslinjer for fysioterapiutdanningene er et godt utgangspunkt for videre arbeid og har følgende innspill: Kjernekompetansen til fysioterapeuter må utdypes. Det er spesielt viktig å synliggjøre at profesjonskunnskapen er klinisk, med handlingskompetanse som svært viktig del. Kunnskapen bør prøves i egnet vurderingsform, deriblant en endelig klinisk eksamen. Det bør fremheves i større grad at fysioterapeuter har selvstendig behandleransvar, der mange også er egne arbeidsgivere og behandler uten henvisning fra andre. Fysioterapeuter må ha kunnskap om egen kompetanse, og når de skal/bør henvise til andre. Formål «Formålet med fysioterapistudiet er å utdanne kandidater som kan bidra til å skape bedre forutsetninger for helse, livskvalitet og utfoldelse for personer i alle aldre og livsfaser.» Her mener vi at ordet mestring er bedre enn utfoldelse. «Fysioterapistudiet skal være praksisnært, kunnskapsbasert og samfunnsrelevant, og vektlegge evne til samhandling, kritisk refleksjon og livslang læring.» Begrepet samhandling er uklart i denne sammenheng og bør utdypes noe. Samhandling kan være interaksjon mellom mennesker, eller samhandling mellom tjenester og institusjoner, eller på tvers av og mellom ulike helsenivåer. Kunnskapsområder Under Formål i utkast til retningslinje har KD bl. a. fremhevet Undersøkelse, vurdering og

diagnostisering knyttet til kropp, bevegelse og funksjon;
Behandlende, habiliterende og rehabiliterende virksomhet. Under Kunnskapsområder savnes flere av disse stikkordene, bl. a. II. mangler Diagnostisering knyttet til kropp, bevegelse og funksjon og III. mangler Behandlende virksomhet. Kunnskapsområde I Kropp, bevegelse og funksjon Kunnskap: Her bør det føyes til 5. Har kunnskap om patologi som påvirker bevegelse og funksjon. Ferdigheter: Føye til bevegelsesanalyse under pkt 2 da dette er en forutsetning for å kunne stille en funksjonsdiagnose. Kunnskapsområde II Undersøkelse, vurdering, diagnostisering og tiltak Diagnostisering må tas med i tittel. Kunnskap Her mangler pkt. 1 4. «Har kunnskap om framgangsmåter for klinisk resonnering». Dette er for teoretisk og mekanisk når det legges opp til framgangsmåter for klinisk resonnering. Eventuelt kan begrepet framgangsmåter erstattes med modeller. Refleksjon over egen kunnskap og klinisk resonnering må skrives som et ferdighetsmål. Ferdigheter Her bør det føyes til et pkt 8: Kan vurdere funksjon, resonnerer klinisk, stille funksjonsdiagnose og tilpasse tiltak og endre/progrediere disse til individet: personsentrert behandling Ferdigheter innen palpasjon og håndtering («hands-on») for både undersøkelse, diagnostisering og behandling er sentralt i fysioterapeutens yrkesutøvelse og må føyes til. Kunnskapsområde III Behandling, habilitering, rehabilitering og folkehelsearbeid Behandling og folkehelsearbeid må tas med i tittel. Samhandling bør flyttest til pkt V, og stå sammen med etikk. Kunnskap Vi savner noe om teknologi i dette avsnittet, men uten at det skal ta for stor plass. Ferdigheter Pkt. 3. Dette gjelder vel alle uansett alder? Vi undrer oss over at kun barn, unge og eldre er tatt med. De fleste steder i samfunnet møter fysioterapeuter personer og pasienter i alle aldre. Se kommentar om palpasjon og håndtering under Kunnskapsområde II. Kunnskapsområde IV Folkehelsearbeid er integrert i kunnskapsområde III. Kunnskapsområde V Etikk og kulturforståelse. Pkt utvides med samhandling, slik at området heter Etikk og samhandling. Kulturforståelse tas bort, for å integreres i pkt VII. Kunnskapsområde VI Feil nr Kunnskapsområde VII Endres til

Samfunnsforståelse, et begrep som inneholder forståelse for strukturelle forhold, sosio

- 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 i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- Begrunn svaret
 - Begrunnelse: I Formål bør radiografprofesjonen løftes frem; se f.eks bioingeniørutd/ergo og spl Det er vanskelig å lese en profesjonsutdanning inn i måten retningslinjen er skrevet på. Studiet gir kompetanse til radiografaglig arbeid i helsevesenet der ioniserende stråler, bølger, magnetfelt brukes som for diagnose og behandling. Krav som er fastsatt i UH-loven bør ikke beskrives i retningslinjene – bør fjernes Begrepsbruk: Bruk radiografstudiet der det er tjenlig fremfor radiografutdanningen. Bruk av radiograf vs radiografi. Se f.eks side 5 pkt V Ferdigheter pkt 5; Riktig begrep her er «radiografipraksis». Retningslinjen bør indikere at en skal være aktiv selv for å oppnå kompetansemål. Struktur: Det er hensiktsmessig å samkjøre struktur ifht til hvor retningslinjene er hjemlet mm. Foreslår følgende formålspittel: Formål Radiografiutdanningen skal utdanne ansvarsbevisste, reflekterte og faglig kompetente yrkesutøvere. Radiografi er læren om å framskaffe informasjon om menneskekroppen gjennom egnet data og bildemateriale i den hensikt å oppdage eller behandle/lindre sykdom og lidelser. En nyutdannet radiograf skal kunne planlegge, utføre, vurdere, formidle, lede, utvikle og implementere radiografi. Videre skal radiografen kunne gi råd og informasjon innen undersøkelse, diagnostikk og behandling, samt foreta risikovurdering og være ansvarlig for strålevern og pasientsikkerhet. Radiografifaget omfatter kunnskap om medisinsk diagnostisk utredning og behandling som baserer seg på bildediagnostisk utstyr samt kunnskap om strålebehandling og nukleærmedisinsk undersøkelse og behandling. Grunnlaget for profesjonsutøvelsen er respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet, faglig forsvarlighet, solid dømmekraft og skikkethet. Radiografaglig arbeid innebærer blant annet: Å utføre undersøkelser med avansert teknologi, ved hjelp av røntgenstråler,

ultral lyd, radioaktive isotoper og/eller magnetisme og radiobølger. I varetta pasienter og pårørende Iverksette nødvendige tiltak overfor akutt syke pasienter Tverrprofesjonelt samarbeid Radiografstudiet skal være profesjonsrettet og praksisnært og i tråd med samfunnsmessig, vitenskapelig og teknologisk utvikling. Studiet skal være bidragsyter til livslang læring. Kandidaten skal få et reflektert forhold til at ulike kunnskapstradisjoner påvirker fagutøvelse, forskning og utvikling, og gi kandidaten forutsetninger til å utvikle radiografi som kunnskapsfelt og profesjon, Kandidaten skal ha sluttkompetanse i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse angitt ved læringsutbyttebeskrivelser (LUB). Radiografstudiet skal være i samsvar med nasjonale og internasjonale helse- og utdanningspolitiske føringer. Fullført studium gir graden Bachelor i Radiografi. Studiet danner grunnlag for opptak til videre utdanning ved universitet og høyskoler.

- 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
 - En kan også stille seg spørsmålet; hvilken posisjon vurderer radiografene selv å ha mht kompetanse i fremtid? Gir retningslinjen mulighet for radiografer å innta en selvstendig rolle i radiologisk diagnostikk og behandling? Er kunnskaper relatert til strålebehandling ivaretatt eller signaliserer retningslinjer tydelig skille mellom diagnostikk og terapi? Begrepsforståelse: Det antas at brukernes fremtidige behov kan være; radiografens evne til kritisk refleksjon og vurdering, informasjon og veiledning om undersøkelse/behandling, inkl digital kommunikasjon, medisinsk ivaretagelse gjennom tverrprofesjonelt samarbeid (omsorg, nødvendige tiltak osv), men også selvstendighet/autonomi. Begrunnelse: Det vil i økende grad være behov for informasjon og veiledning samt åpne mer opp for samvalg.
- 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'

○ 3

- Begrunn svaret
 - Retningslinjen åpner for lokal tilpasning. Likevel synes den å være på et detaljert nivå. Den fremstår langt på vei som en studieplan. Særs omfattende og til dels gjentakende/overlappende læringsmål.
- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Det savnes kompetanseområde som beskriver det radiografifaglige kunnskapsgrunnlag som inkluderer bildetaking («håndverket») både metodologisk og som praktisk gjennomføring. Anbefaler å spesifisere «andre modaliteter» som feks nukleærmedisin, Ultralyd og mammografi. Nukleærmedisin og ultralyd vil være viktig framover i tid. Disse deler av fagområdet burde vært mer løftet frem, bl.a gjennom praksisstudier. Mammografi kan legge grunnlag for videreutdanning og gi mulighet til å arbeide med mammografi etter grunnutdanning. Er fagområde/teori i stråleterapi dekket? (hva er poenget med praksis på en stråleterapi avdeling dersom en ikke har hatt teori innen faget?). Stråleterapi er nevnt under praksis. Retningslinjen utydelig mht krav innen omsorgsfag /sykepleie. TPS er svakt beskrevet. Taksonominivå er lavt i en del LUB'er. Feks er «kjenne til» svakt ifht kunnskaper og foreslår «har (bred) kunnskap om» eller «har innsikt i». Forslag til LUB'er (endringer) I ANATOMI, FYSIOLOGI, MIKROBIOLOGI OG PATOLOGI (ikke sykdomslære) Kunnskap 1. Har bred kunnskap om anatomi, fysiologi, mikrobiologi og patologi i alle organsystemer og hvordan disse fremstilles med ulike modaliteter 2 og 3 kan gå ut 4. er OK Ferdigheter 1. Kan anvende faglig kunnskap om anatomi, fysiologi og patologi for å oppnå god bildediagnostisk kvalitet og kritisk vurdere fremstillingen Nr 2 kan utgå 3. er OK Generell kompetanse er OK II. FYSIKK OG BILDEDANNELSE, BILDEBEHANDLING OG BILDEKVALITET Generelt: uklart skille mellom begrepene bildebehandling og bildeprosessering. Kunnskap 1,2 og 3 er OK 4. Kjenner til bildebehandlingsmetoder og aktuelle algoritmer 5. Kjenner til prinsipper for bildeprosessering og hva disse betyr for bildekvalitet

og diagnostisk bruk Forslag: slå sammen LUB 4 og 5: Har kunnskap om prinsipper og metoder for bildebehandling og bildeprosessering og dens betydning for bildekvalitet og diagnostisk bruk. Ferdigheter 1. er OK 2. Kan vurdere teknisk og diagnostisk bildekvalitet 3. Ta bort LUB3 4. Kan anvende bildeprosesseringsteknikker og vurderesammenhenger mellom ulike bildeprosesseringsteknikker og bildekvalitet Generell kompetanse 1. Har innsikt i oppbygning og virkemåte for utstyret som brukes i medisinsk bildeframstilling og behandling 2. Kan formidle og utveksle synspunkter om sentrale tekniske aspekter i en faglig og tverrfaglig kontekst. 3. er OK III. STRÅLEVERN, RISIKO Kunnskaper 1. er OK 2. er OK 3. Har kunnskap om ... 4. Har kunnskap om prinsipper og metoder for kvalitetskontroll og kalibrering Ferdigheter er OK Generell kompetanse 1. og 2 er OK 3. Har innsikt i ...radiografens profesjonelle IV. FARMAKOLOGI Kunnskaper er OK 1. Har kunnskap om generell farmakologi, inkludert legemidlenes dynamikk, kinetikk, interaksjoner og bivirkninger 2. Kjenner til om relevant lovgivning og forskrifter for legemiddelbruk, herunder dokumentasjon og avvikshåndtering 3. Har kunnskap om kontrastmidler anvendt ved bildediagnostiske undersøkelser samt diagnostisk og terapeutisk radiofarmaka Ferdigheter 1. Kan beherske administrering av kontrastmidler, radiofarmaka og andre medikamenter 2.og 3 erOK Kan anvende faglig kunnskap til å iverksette tiltak ved komplikasjoner knyttet til legemiddelbivirkninger, kontraindikasjoner og akutt legemiddelreaksjon 3. Kan anvende laboratorieanalyser til å vurdere risiko ved legemiddeladministrasjon Generell kompetanse er OK 1. Kan formidle legemiddelinformasjon om bruk, bivirkninger og identifisere risikofaktorer ved bruk av kontrastmidler, radiofarmaka og andre medikamenter Øvrige forslag til endringer av LUB'er er presentert under rubrikken andre høringsinnspill)

- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- Begrunn svaret
 - Vi har forslag til ny tekst: Krav til praksisstudiene Praksisstudiet er en integrert del av studiet som foregår i autentiske yrkessituasjoner og

studentene veiledes av en person med relevant profesjonskompetanse, veiledningskompetanse og kompetanse i å jobbe kunnskapsbasert. Utdanningsinstitusjonene skal tilby utdanning i veiledning, og legge til rette for at undervisningen tilpasses praksisstedets organisering og drift. Partene skal samarbeide om en plan for gjennomføring av veiledningsutdanning. Praksisstudier inngår som en viktig del av radiografutdanningen for å oppnå læringsutbytter. Utdanningsinstitusjonen og praksistilbyder (klinisk undervisningssted) skal samarbeide for å sikre sammenhengen mellom den teoretiske undervisningen og praksisundervisning. Samarbeidet skal nedfelles i en forpliktende samarbeidsavtale. Dette inkluderer samarbeid om utvikling av læringsutbyttebeskrivelser og vurderingsformer som er tilpasset praksisperiodenes varighet, egenart og innhold. Avtalen skal også sikre tilstrekkelig tilgang til egnede og kvalitativt gode praksisplasser. I alle praksisperioder skal studentene møte variasjon, få tilstrekkelig veiledning og bli vurdert. De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av studenter dekkes innen helseregionen, jfr. Lov om spesialisthelsetjenesten §3-5. Omfang av veilede pasientrettede praksisstudier skal som hovedregel tilsvare minimum 30 uker. Det anbefales minst én lengre praksisperiode, 12 uker) i løpet av studiet. Avvik fra minimumsgrensen kan gjøres i enighet mellom utdanningsinstitusjonen og praksistilbyder når avviket er pedagogisk begrunnet (f.eks. utprøving av nye undervisningsformer/undervisningsteknologi).. Praksisstudiene skal som minimum omfatte konvensjonell røntgen, CT og MR. Praksisstudier i andre fagområder som; nukleærmedisin, stråleterapi, mammografi, barneradiografi, intervensjonsradiografi eller ultralyd skal tilbys etter tilgjengelighet. Videre skal praksisstudiene sikre erfaring med tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) og kompetanse i akuttmedisin, pasientobservasjon, kommunikasjon og ivaretagelse av kritisk syke pasienter, blant annet gjennom praksis ved relevant somatisk avdeling.

- 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
- 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'
 - 5
- Begrunn svaret
 - Ønskelig med 36 uker og inkludere fire uker somatisk praksis. Arbeidsuken kan økes fra 30 til 37,5 timer. Praksis bør være en stor del av en profesjonsutdanning. Kandidaten bør få erfaring med yrkeslivet og derfor er 30 timers uke for lite – det tilsvarer ikke full stilling. Studentene har stort læringsutbytte i praksis bla fordi praksis bidrar til å se relevansen av og å forstå teori.
- Bør retningslinjen inneholde et minimumskrav til innholdet i praksisstudiene?
 - Ja
- Begrunn svaret
 - JA – somatisk avdeling, i tillegg til et godt utviklet og velfungerende TPS gjennom bla simulering. Det er krav til radiografer å kunne ivareta pasienter og pårørende samt sette i gang tiltak overfor akutt og kritisk syke pasienter. Praksis ved somatisk avdeling vil bidra til å heve slik kompetanse. TPS styrkes ved at studenter har praksis ved andre avdelinger og derved samarbeider med andre yrkesgrupper der dette er naturlig. Forslag til LUB'er (endringer)forts. for iX og X - sjå frå V i rubrikken under. IX. KOMMUNIKASJON, VEILEDNING OG TVERRPROFESJONELT SAMARBEID Kunnskaper 1. Kjenner til kommunikasjon- og veiledningsteoriersamt metoder og kan forstå betydningen av disse i forhold til kommunikasjons- og relasjonsbygging 2. – utgå 3 OK Ferdigheter - OK Generell kompetanse 1. Kan formidle sentralt fagstoff og veilede brukere, pasienter og pårørende og relevant personell og studenter som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser X. HELSEPOLITIKK OG SAMFUNN Kunnskaper 1 OK 2 Har kunnskap om og forholder seg til helse- og sosialpolitikk, lover, regelverk innenfor relevante fagområde. 3 OK Ferdigheter 1 OK 2 Kan anvende kunnskap om kultursensitivitet i vurdering, planlegging, gjennomføring og evaluering av radiografifaget, herunder kunnskap om samiske pasienters språk – og kulturbakgrunn Generell Kompetanse OK

- Er det andre høringsinnspill?
 - •Krav til studiets oppbygging er mangelfullt formulert - forslag til tekst: Ferdighetstrening bør starte i første studieår og være kontinuerlig gjennom hele studieløpet. Det tilrettelegges for praksis ved bildediagnostisk avdeling i løpet av første studieår., som observasjonspraksis og/eller ordinær praksis. Studenten gis mulighet til fordypning i selvvalgt emne i løpet av siste studieår. Studenten gis mulighet til internasjonal utveksling i andre eller tredje studieår
 - Radiografstudiet er organisert på en måte som fremmer integrering av ferdighetstrening, teori og praksis. Emnene skal bygge på hverandre og det skal sikres progresjon av studentenes kunnskaper, ferdigheter og generelle kompetanse. Det skal være en klar og sammenheng mellom teori, praksis, læringsutbytter og eksamensformer.
 - De 10 læringsutbytter i forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger står ikke gjennomført som selvstendige læringsutbytte, men er i enkelte tilfeller «skrevet inn» i retningslinjen og kan være vanskelig å spore.
 - Krav om kunnskap innen fysikk vs opptaksregler. Er det kunnskap innen fysikk eller er det spesifikt strålefysikk? Forslag til LUB'er (endringer)forts V. PASIENTOMSORG, OBSERVASJON OG SMITTEVERN Kunnskaper 1. Har bred kunnskap om symptomer, sykdommer og sydomsforløp 2. Kjenner til menneskets grunnleggende fysiske, psykiske, sosiale og kulturelle behov 3. og 4 er OK 5. Har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus og sosioøkonomiske problemer og kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer. Ferdigheter 1. Kan gjennomføre kliniske prosedyrer relatert til bildediagnostiske undersøkelser og behandling 2. Kan utføre pasientobservasjon og gi tilpasset omsorg til pasienter, herunder identifisere risiko eller endring i pasientens tilstand, og iverksette nødvendige tiltak og/eller behandling 3. Kan anvende faglig kunnskap for å bryte smittekjeden og forhindre spredning av uønskede mikrober 4. Kan beherske hygieniske prinsipper, aseptiske og septiske prosedyrer 5. Kan vurdere risiko for uønskede hendelser for pasient, pårørende og ansatte, og iverksette nødvendige tiltak 6 – flyttes til Generell kompetanse pkt 1 Generell kompetanse 1 Kan

vurdere balansen mellom tekniske, kliniske og psykososiale sider ved undersøkelse eller behandling 2 Kan planlegge og utøve omsorg og pleie, samt gi informasjon og råd til pasient og pårørende, med utgangspunkt i det enkelte menneskets behov VI. DIGITALISERING OG E-HELSE Kunnskaper 1. utgå 2. Har bred digital kompetanse i computer hardware, medisinske bilde og informasjonssystemer, informasjonsoverføring, bildelagring, teleradiologi 3. er OK Ferdigheter 1. Kan beherske å kommunisere med andre relevante profesjoner over digital plattform og ivareta informasjonssikkerhet og behandling av sensitiv informasjon. 2. er OK 3 utgå Generell kompetanse 1. utgå 2. Har innsikt i og kan bistå i utviklingen av og bruke egnet teknologi både på individ- og systemnivå 3. utgå VII FORSKNING, FAGUTVIKLING OG INNOVASJON Kunnskaper 1. Har bred kunnskap om forskningsprosessen, forskningsetikk og vitenskapsteori 2. OK 3. Har bred kunnskap om kunnskapsbasert praksis som metode for kvalitetsforbedring 4. OK 5. OK Ferdigheter 1. OK 2. Kan anvende kunnskapsbasert praksis relatert til kliniske problemstillinger Generell kompetanse – LUB'er bør slås sammen 1. Uklar 2. OK 3. OK 4. OK 5. Kan formidle og dokumentere faglige kunnskap VIII. ETIKK Kunnskaper 1. Har bred kunnskap om teorier og problemstillinger og yrkesspesifikke etiske retningslinjer Ferdigheter 1. Kan anvende faglig kunnskap til å identifisere, reflektere over og håndtere etiske problemstillinger i sin tjenesteutøvelse, alene og sammen med andre 2. OK Generell kompetanse 1. OK SJå IX og X i rubrikken over (vart ikke plass her)

- 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 i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- Begrunn svaret
 - Tilsette ved sosionomutdanninga ved Høgskulen på Vestlandet vurderer at utkastet til retningslinjene er i tråd med tenestene sine framtidige kompetansebehov. Vi vurderer det som ei styrke at retningslinjene vektlegg sosionomen si koordinerande rolle i arbeid med samansette vanskar på individ, gruppe og samfunnsnivå. Samtidig vil vi påpeike at omgrepet «familie» bør inkluderast

systematisk i retningslinjene der det er nemnt individ, grupper og samfunn.

- 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 vurderer at utkastet til retningslinjene er i tråd med brukarane sine framtidige behov for kompetanse i tenestene. Vi vurderer det som ei styrke at det er presisert at kandidatane skal meistra å reflektere kritisk over eigen profesjon og profesjonsutøving i samhandling med andre.
- 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
 - Vi vurderer at det er for mange læringsutbytter og at dei er på ulike detaljeringsnivå. Nokon læringsutbytteskildringar er meir konkrete enn andre, f.eks. i høve til målgruppe og metodikk. Vi ønsker å legge vekt på betydinga av at utdanningsstadane framleis får fridom til å operasjonalisere retningslinjene på studieprogram-/fagplannivå, og at det vert mogeleg å utvikle ein lokal profil på utdanningane. Behovet for nasjonal standardisering er teke i vare i retningslinjene.
- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Vi saknar omtale av brukarinvolvering i utdanning og brukarinnvolvering i forskning. Retningslinjene viser i for liten grad til korleis den erfaringsbaserte kunnskapen skal inkluderast i utdanninga. Retningslinjene knytt til ferdigheiter kring arbeid med rus og psykisk helse bør ha tilsvarande formuleringar som dei retningslinjene som er knytt til ferdigheiter innan arbeid med vald og overgrep. Det er viktig å få tydelegare fram at sosialt arbeid er ein

praktisk og akademisk disiplin. Sosialt arbeid er eit internasjonalt fag og del av ein internasjonal fagtradisjon

- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar?
 - Ja
- Begrunn svaret
 - Vi er samd i forslaget til retningslinjene som legg vekt på to praksisperiodar. Finanseringskategorien må justerast tilsvarande iom praksisoppfølging er ressurskrevjande. Studentane må få god og tilstrekkeleg rettleiing i praksis for å nå læringsutbytta.
- I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innanfor 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
 - Retningslinjene er, slik vi vurderer det, gjennomførbare innanfor ramma av ein 3-årig bachelorutdanning. Samtidig vil vi igjen påpeike at dette føresette ein auka fagleg og økonomisk merkamheit frå oppdragsgivaren og eigar fordi det ikkje er mogeleg for utdanningsinstitusjonen å gjennomføre desse læringsutbytta med den finansieringskategorien som vert nytta i dag. For å få til den målsettinga som ligg i RETHOS-dokumentet, må denne kategorien regulerast.
- Er ferdighetstrening i utdanningen tilstrekkelig vektlagt? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'absolutt ikke tilstrekkelig' og '5' betyr i 'absolutt tilstrekkelig'
 - 4
- Begrunn svaret
 - Ferdighetstrening er eit viktig pedagogisk verkemiddel for å sikre kandidatane sin sluttkompetanse.
- 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 er samd i forslaget til retningslinjene som legg vekt på to praksisperiodar samt ferdighetstrening som eit viktig pedagogisk verkemiddel for å sikre kandidatane sin sluttkompetanse.

Retningslinjene fastset ikkje rammer for praksis (tal veker), dette er gjort i retningslinjene som handlar om BVP og VPL-utdanningane. Alternativ B med to praksisperiodar er mest hensiktsmessig å gjennomføra for sosialt arbeid ved Høgskulen på Vestlandet.

- Er det andre høringsinnspill?
 - Vi meina at forslaget langt på veg sikrar heilskap og samanheng i studiet. Forslaget om at deler av sosionomstudiet kan gjennomførast saman med andre studieretningar er bra, men det føreset tilsvarende retningslinjer for BVP og VPL. Vi meiner det er hensiktsmessig at slike faglege føringar for oppbygging av studiane vert gjort likt for dei ulike BSV-utdanningane då desse tradisjonelt er nært knytt til kvarandre. Retningslinjene gjev føringar for korleis studiestadane skal sikre fagleg progresjon gjennom studiet. Det er midlertidig ikkje sagt noko om det er ønskeleg å legge til rette for større studentmobilitet mellom ulike studiestadar, auka studentmobilitet vil krevje ein relativt høg grad av samordning.
- 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
 - Retningslinja ser ut til å kunne bli ei god ramme for utdanninga, og intensjonen med arbeidet vert støtta av HVL. HVL trur og at retningslinja kan bli meir framsynt enn dagens rammeplan, når utkastet er omarbeida. Slik utkastet framstår i dag vil det vere behov for ein omfattande revisjon for å sikre at retningslinja er i tråd med det framtidige behovet i tenesta. Vi trur at ei revidert retningslinje vil kunne vere med å forme utdanningsprogrammet på ein slik måte at profesjonsutøvarar som vert utdanna stettar tenestene sine behov i framtida. Før ein kjem så langt ser HVL eit behov for å kome med innspel til endringar i retningslinja som vil kunne gjere utdanninga betre. Det overordna spørsmålet er vanskeleg å svare på utan at ein ser på detaljane i retningslinja, dermed vil høyringssvaret vere prega av både overordna kommentarar og meir detaljerte kommentarar som går direkte på læringsutbyttebeskrivelsane (LUB) i utkastet. HVL meiner det er viktig at skikkaheit er nemnt særskilt i retningslinja, og

det vert peika på eit behov for at danningaspektet må tydlegare inn i sjukepleiarutdanninga i framtida. Dette må vise att i retningslinja og vil ha konsekvensar for om kandidatane har den ønska kompetansen etter endt utdanning. Retningslinja gjev eit uklart inntrykk av kva profesjon det handlar om og bør difor tydelegare vise kva som skal vere sjukepleiaren sitt bidrag inn i tenesta, sjølv om HVL meiner å sjå at sjukepleiaren sitt samfunnsansvar kjem tydlegare fram i utkastet enn i dagens rammeplan. Det krev ei klargjering av kva ein forstår som sjukepleiaren sin særeigne funksjon og kjernekompetanse. Sjukepleiaren har som sin særeigne funksjon å pleie menneske. Pleie må forståast i vid forstand. Det er ingen andre profesjonar som tek seg av pleie utanom dei som sjukepleiaren har delegert disse oppgåvene til. Ivaretaking av grunnleggjande behov er difor sentralt. Til dømes kan ei slik synleggjering av sjukepleiefaget gjerast ved å rangere rekkefølge på kunnskapsområde I Helse og sjukdom, slik at sjukepleie kjem først (setje LUB 2, 4, 5 og 6 før 1 og 3. Samanfatte 4, 5 og 7), og at ein slår saman LUB, t.d. flytte velferdsteknologi og knytte det til innovasjon. Når ein skal vurdere innhaldet i retningslinja må ein og forstå omgrepsbruken. Ein stiller spørsmål ved om Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR) sin taksonomi er forklarande nok, og om brukarane av retningslinja (studentar, utdanningsinstitusjonar, praksisfelt) vil kunne ha ei lik forståing av innhaldet i LUB. Ei avklaring av omgrepa kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse bør vurderast å leggjast ved retningslinja, i tillegg til ei forklaring på taksonomien og nivået i den. HVL meiner at det til ein viss grad er for lågt nivå på mange LUB i kunnskapsområda, og ein opplever at det ikkje stemmer overeins med det studentane faktisk skal lære. Nokre stemmer meiner at om ein samanliknar sluttkompetansen det er lagt opp til at kandidatane skal ha ved endt utdanning ifølgje utkastet, mot dagens utdanning, så er der ein stor divergens mellom dei. HVL meiner at måten pasientforløp er trekt fram på i retningslinja kan vere med å sikre at dette er kunnskap dei nyutdanna kandidatane vil sitje att med når dei er utdanna. Føremålet ser ut til å vere mykje likt med ICN sin «definition of nursing», og vi ønskjer difor at også punkt (2)-(4) i ICN sin definisjon vert teke med. Definition of a Nurse: The nurse is

prepared and authorized (1) to engage in the general scope of nursing practice, including the promotion of health, prevention of illness, and care of physically ill, mentally ill, and disabled people of all ages and in all health care and other community settings; (2) to carry out health care teaching; (3) to participate fully as a member of the health care team; (4) to supervise and train nursing and health care auxiliaries; and (5) to be involved in research.

- 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'
 - Vet ikke
- Begrunn svaret
 - Høyrings spørsmål 2 heng tett saman med spørsmål 1 og kan vanskeleg sjåast åleine. HVL finn det utfordrande å skulle svare på dette og håpar at brukarorganisasjonar nyttar høvet til å gje innspel i samband med høyringa. Vi ønskjer likevel å kome med nokre kommentarar til dette punktet. Den framtidige helsetenesta treng sjukepleiarar som har kompetanse til å ivareta heile mennesket i eit livsløpsperspektiv, og dette skal retningslinja vere med å bidra til. Eitt av dei viktigaste framtidige kompetansebehova til helsetenesta er sjukepleiarar som er utdanna med ei heilskapleg forståing av mennesket og som kan utøve sjukepleiefaget på eit etisk grunnlag. Det framtidige helsevesenet med bruk av meir teknologi i omsorg og behandling krev evne til etisk refleksjon og fagleg integritet. Faren for at ein i aukande grad «tingleggjer» menneska er stor. Bruk av tekniske hjelpemiddel krev ei etisk forståing av kva det er å vera menneske. Dermed meiner HVL at kunnskapsområde II bør styrkast. Ein kan også stille spørsmål ved kven er brukarane opp i alt dette? Det vil difor også vere viktig å trekkje fram pårørande og nettverket til pasientane i samband med dette punktet og på den måten sikre at ein får fram familieperspektivet i sjukepleieutdanninga. Det å skulle ta vare på pasientens verdighet og autonomi er veldig viktig og må løftast tydelegare fram.
- 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'

○ 2

- Begrunn svaret
 - HVL ser at dette er ein særdeles vanskeleg balansegang, som truleg ikkje er godt nok ivareteke i dagens utkast. I tillegg ser ein at det er store forskjellar mellom utkasta til retningslinjer for helse- og sosialutdanningane, slik at detaljeringsgraden er svært ulik i utkasta til retningslinjer. Dette bør etter HVL sitt syn gjennomgåast og harmoniserast i større grad. Om ikkje vil dette vere problematisk å forhalde seg til for dei utdanningsinstitusjonane som har mange ulike helse- og sosialutdanningar. Dei nye retningslinjene blir utarbeida for å lage sjukepleiarutdanninga i Norge meir lik, uavhengig av kva institusjon du som student tek utdanninga di ved. Det skal ikkje bety noko om du er utdanna frå HVL eller frå Oslo Met. Då må også retningslinjene reflektere dette ønsket, og ei konkretisering av mange av punkta i retningslinja er naudsynt for å sikre dette. Eitt av spørsmåla vi stiller oss er korleis ein kan oppnå meir einsarta utdanningar når det er opp til kvar enkelt institusjon å avgjere vektning mellom dei ulike delane i utdanninga og studiepoengfordeling mellom emna i studiet? Dette er eit vanskeleg tema, og HVL er klar over at det ikkje låg i mandatet til programgruppa å sjå på studiepoengfordeling. Vi meiner likevel at departementet bør vurdere dette på nytt, om det skal vere realistisk å oppnå det resultatet departementet ønskjer med retningslinja. Om ikkje det vert gjeve føringar for studiepoengfordeling kan ein risikere at utdanningsinstitusjonane vektlegg kunnskapsområda svært ulikt, og det vil kunne føre til stor ulikskap mellom utdanningane. Gjennom dei interne høyringane i HVL har graden av operasjonalisering av LUB blitt skildra både som svært detaljert og på særers varierende abstraksjonsnivå. Dette er vanskeleg å forhalde seg til. Når LUB i retningslinja vert så detaljerte at det kan samanliknast med LUB på emnenivå, er det vanskeleg å sjå korleis institusjonen kan ha autonomi i utarbeidinga av eige studieprogram og eigne emneskildringar. Utdanningsinstitusjonen ønsker seg stor grad av fridom, samstundes som ein ønskjer seg tydelege signal om kva

utdanninga skal innehalde. Dette gjeld både omfanget av retningslinja og innhaldet i den. Det ser mellom anna ut til at det manglar LUB som legg nivået på «brei kunnskap» innanfor samfunnsvitskaplege fag. Ved gjennomgang og drøfting av retningslinja ser ein at den er både overordna og svært detaljert, dette gjer det vanskeleg å svare på grad av detaljering sett opp i mot lokal autonomi. Om ein får retningslinjer på overordna nivå og i tillegg ei norm for fordeling av studiepoeng så meiner vi at det vil vere mogleg å ivareta både autonomi og ein nasjonal standard. Ein vil på den måten lettare kunne sikre at dei nyutdanna kandidatane har lik kompetanse. Retningslinja bør i utgangspunktet vere på eit overordna nivå, om ein går over på eit detaljnivå i.f.t eitt område så må dette også gjerast på andre område. Om ikkje må det presiserast kvifor det er viktig å framheva nokre område. Det bør visast til studiepoengfordeling innanfor kvart kunnskapsområde, om ikkje risikerer ein stor grad av ulikskap mellom utdanningsinstitusjonane og dette vil vanskeleggjere studentmobilitet mellom utdanningsinstitusjonar. Det bør minimum vere lagt ved skildring av vekting på dei ulike hovudområda, helst gjennom studiepoeng. Det er behov for nokre definisjonar eller ei type ordliste som kan klargjere omgrep og avgrense lokal usikkerheit - og på den måten vere med å sikre behovet for nasjonal standardisering. Er LUB tilstrekkelige for å sikre studentmobilitet, likskap og rettferd? Dette meiner HVL at dei ikkje er. LUB må ryddast i og sjukepleie må tydeleggjerast og spesifiserast. På den måten kan ein sikre gode yrkesutøvarar.

- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - HVL opplever at kunnskapsområda ikkje er dekkande slik dei er formulerte i dag. Ein ønskjer seg ei formulering i overskrifta som følgjer: «Sykepleiens kunnskapsområder» Alternativt ønskjer HVL omformulering av enkelte av kunnskapsområda: I. SYKEPLEIE, HELSE OG SYKDOM, evt HELSE, OMSORG OG SYKDOM II. ETIKK, KOMMUNIKASJON OG SAMHANDLING III. VITENSKAPSTEORI OG FORSKNINGSMETODE IV. FAGLIG LEDELSE OG TJENESTEUTVIKLING V. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET VI. INNOVASJON OG HELSETEKNOLOGI

(OG DIGITAL KOMPETANSE) Forslag om tillegg under formål:
«Utdanningen skal sikre at kandidaten kan håndtere komplekse og sammensatte pasienttilstander og...» Menneske generelt, og spesielt pasientgruppene som vert trekt fram i kunnskapsområde 1, krev at sjukepleiaren har kompetanse til å møte pasienten sine eksistensielle spørsmål og kunne gå i dialog med den sjuke om slike tema. Menneske som treng hjelp er sårbare, ofte einsame og framandgjorte. Innovasjon og etisk refleksjon er nesten berre nemnd i Kunnskapsområde VI. Refleksjon og innovasjon er svært relevant i alle punkt. Kan det vere med i innleiinga? Eit anna alternativ er å ta bort kunnskapsområde VI, og flytte det inn i IV. Teknologi og digital kompetanse er middel som vert brukt for å oppnå andre LUB. Å sette studenten i stand til kritisk refleksjon, danning og innovasjon i yrket er sakna i utkastet. Det same gjeld palliasjon som er svært lite behandla. Kunnskapsområda: I Helse og sykdom: Kunnskap, punkt 12: for stor detaljering. Forslag om ny LUB: Har bred kunnskap om sykepleie som fag, rolle og funksjon. Ferdigheter, punkt 2: kritisk refleksjon bør komme inn her. Alternativ formulering: Kan systematisk vurdere og handle i akutte, kritiske situasjoner. Under dette punktet bør det kome inn LUB som inneheld klinisk vurderingskompetanse. Generell kompetanse, punkt 3: slettast. Punkt 4: skilnad på storulykke og katastrofe? Samfunnsrolla er viktig å tydeleggjere. Mikrobiologi er sakna i LUB her. II Etikk, kommunikasjon, samhandling: Dette kunnskapsområdet bør styrkast. Utkastet skildrar i liten grad kunnskapsområder og LUB som omhandlar samfunnsvitskaplege emner. Etikk ser på mange måtar ut til å vere avgrensa til yrkesetiske retningslinjer. Dette bør korrigerast. Kunnskap, punkt 3: slettast. Forslag om ny LUB: Har kunnskap om etikk, kommunikasjon og samhandling i helsetjenesten. Generell kompetanse, punkt 2: leggast til ...og verdighet i setninga. Forslag om ny LUB: Kan reflektere over etiske problemstillinger i møte med pasienter og medarbeidere i helsetjenesten. IV Faglig ledelse og tjenesteutvikling: Kunnskap, punkt 5: forslag om endring til Har bred kunnskap om pasientrettigheter. Punkt 6: slettast. Vi meiner at pasientrettar er like for alle pasientar og brukarar av helsetenesta. V Kvalitet og pasientsikkerhet: Kunnskap, punkt 1: slettast.

Ferdigheter, punkt 1: slettast. Dette kan ivareta gjennom kunnskapsområde I. Punkt 5, slettast. VI Innovasjon, helseteknologi og digital kompetanse: Ferdigheter: forslag om ny LUB: Kjenner til tverrprofesjonell, digital journalføring som sikrer kontinuitet i komplekse pasientsituasjoner. Store læringsutbytter, særskilt under generell kompetanse. Kunnskapen som er skildra i LUB bør vere dekkande for kva som kan oppnåast på bachelornivå. Ferdigheter blir snevert handsama i retningslinja, særleg viser dette seg i kunnskapsområde I og II. Ferdigheter er meir enn å anvende kunnskap. Sjukepleiaren treng situasjonsforståing (forstå pasienten sin situasjon ut frå kunnskap) for å handtere vanskelege situasjonar. I generell kompetansen dannelsesprosessen kome til syne. Omsorgsomgrepet bør synleggjerast knytt opp til sjukepleie i LUB. Meistring burde vore tydlegare løfta fram i retningslinja, ikkje berre knytt til teknologiske verktøy og rettleiing og undervising. Internasjonalisering bør løftast tydlegare fram. Tydeleg LUB på medikamentrekning bør vere med i retningslinja.

- 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
 - Bachelor i sjukepleie bør ha same omfang som andre bachelorgrader, tre år. Dermed må innhaldet i retningslinja tilpassast dette tidsperspektivet. Dette kan vere ambisiøst, men bør også vere realistisk. Integrering mellom teori og praksis kan vere med å vanskeleggjere og nå dette målet. Det vil ikkje vere hensiktsmessig å ha eit eige praksisprogram i retningslinja som vert rigid. Nokre LUB kan flyttast til føremålet i staden, mellom anna «historiens betydning». Spesifikke tema som bør vektleggjast, treng ikkje nødvendigvis vise att i LUB. T.d. ABCDE og HHLR, i tillegg til samane sine rettar. Leiing tar kanskje for stor plass, men samstundes kan ein knytte dette tydeleg til sjukepleiaren sin funksjon og rolle og at med ei slik kopling vil dette verte tydeleg. Punktet om tenesteutvikling kan gjerne tonast ned noko med tanke på at kunnskapsområda V og VI også omhandlar delar av same tematikk,

blant anna kvalitet og innovasjon. HVL saknar kunnskapsbasert praksis som omgrep, sjølv om LUB i kunnskapsområde III handlar mykje om dette. Det kan takast inn i kunnskapsområde V, omskrive og redusere tal LUB under generell kompetanse. Det vil også vere bra med ei rydding i nivå av vide og spesifikke LUB, og dette vil gjere det enklare å teste studentane i at dei har oppnådd rett nivå.

- Er forslaget til oppbygging av studiet tilstrekkelig for å sikre helhet og sammenheng i utdanningen?
 - Ja
- Begrunn svaret
 - HVL meiner at det er positivt at LUB som dekkjer grunnleggande ferdigheiter er tenkt å gjennomførast i 1. studieår, og at omgrep som til dømes folkehelse og komplekse tilstandar i kommunehelsetenesta kjem seinare i utdanningsløpet. Eit spørsmål som vert reist er kva skal ligge til 2. utdanningsår? Er det her tenkt at ein skal ha teori og praksis knytt til spesialisthelsetenesta? År 1 og 3 viser tydeleg i tabellen og er skildra, medan år 2 ikkje er omtalt. Om tabellen skal vere med bør den vere forklarande for alle tre utdanningsår. Det kan også synast at fleksibilitet mellom dei ulike utdanningsåra vert det lite av, og det er frå HVL sitt syn ønskjeleg med ein viss fleksibilitet mellom særskilt 2. og 3. utdanningsår. Kunnskapsområde II Etikk, kommunikasjon og samhandling, kan evnt endrast til eit gjennomgåande tema. Valfag bør og bli gjennomgåande og bør synleggjerast meir i retningslinja. Andre gjennomgåande tema kan til dømes vere tverrprofesjonell samarbeidslæring, pasientforløp og sjukepleie. Internasjonalisering bør vise tydelegare att i retningslinja, no er det nesten fråverande. Innovasjon og etisk refleksjon blir no smalna på nokre område, men bør vera gjennomgåande og løftast fram.
- Begrunn svaret
 - På dette punktet var det ingen konsensus i sjukepleiemiljøet i HVL om det var alternativ A eller B som ville vere best for utdanninga. Det var argumentasjon som gjekk på at så lenge ein ikkje har data som seier noko om kva lengde ein ideelt sett bør ha på ein praksisperiode så var det vanskeleg å talfesta veker i praksis. Om 7, 8 eller 14 veker er det ideelle talet veker i praksis, kunne ingen svare på. Men likevel

ser ein at praksisperiodar av ei viss lengde er viktig med tanke på læringsprosessar og rettleiarane sitt høve til å vurdere studentane på eit tilstrekkeleg grunnlag. Også med tanke på vurdering av skikkaheit er det viktig at praksisperiodane ikkje vert svært korte. Poliklinikkar og dagkirurgi bør i større grad enn i dag nyttast som praksisplassar for å spegle endringa i helsetenesta. Kommunale ØH-senger vil kunne definerast som medisinsk praksis, og ein vil på den måten kanskje få ein større fleksibilitet i gjennomføringa av praksisperiodar. Det vil vere viktig å behalde kravet til kirurgisk praksis (her ligg det føringar i EU-direktivet). Det vil vere klokt og riktig å bryte ned det sterke skiljet mellom praksis i kommune- og spesialisthelsetenesta som eksisterer i dag. Dette vil det vere viktig at retningslinja legg til rette for.

- Er det andre høringsinnspill?
 - HVL meiner at ein i retningslinja bør bruke formuleringa «Sjukepleie ved grunnleggande behov», i staden for «Grunnleggande sjukepleie». Gjennom dei interne høyringane i HVL kom det tydeleg fram eit behov for ei avklaring av kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring og omgrepa kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Forslaget her er at det bør leggjast ved ei avklaring av omgrepa og taksonomien som ligg til grunn for retningslinja. På den måten kan ein sikre at alle som skal forhalde seg til retningslinja har ei lik forståing av innhaldet og nivået. HVL synes det er spanande med høve til valfag, og ein vil følgje dette opp framover når retningslinja vert ferdigstilt og godkjent. Det kan vere ei utfordring å skulle sikre erfaring med pediatri for alle bachelorstudentar slik EU-direktivet krev. Kan simulering her nyttast til å erstatte praksis eller t.d. praksis i barnehage med helsebodskap, eller bamsesjukehus? Kva inneber «pediatrisk sjukepleie»? Kan det omgjerast til «erfaring med barn»? Born som pårørande kjem studentane hyppigare i kontakt med, enn sjuke born. Dette er ei sak som er utfordrande ved alle utdanningsinstitusjonar med sjukepleieutdanning. Burde dette vore sett på, på nasjonalt nivå? Kan det vere aktuelt å trekkje inn samars rettigheter i føremålet: «inkludert samenes rettigheter». I staden for slik som det er gjort no der det er trekt fram i eigne læringsutbytter nokon få plassar?

- 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 i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- Begrunn svaret
 - Vernepleierutdanningen ved HVL vurderer utkastet til retningslinjer til en viss grad være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov. Med dette menes at deler av utkastet oppleves som dekkende, mens andre deler av utkastet treng videre bearbeidelse. Vi ønsker et større fokus på mestring og ressurser, heller enn problemer. Videre bør hverdagslivet i større grad tydeliggjøres som sentralt fokus. Retningslinjene forslår at praksis skal være knyttet til reelle yrkessituasjoner. Dette vurderes å være i tråd med tjenestens fremtidige kompetansebehov og vil kunne gi tett samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfeltet, samt at studentene gjennom studietiden gis gode muligheter til å anvende tilegnet teoretisk kunnskap i reelle yrkessituasjoner. Slik retningslinjene er utformet i dag, syns vi generelt at de har et for negativt fokus i kunnskapsområdene og læringsutbyttebeskrivelsene. Ved HVL ønsker vi derfor forslå noen endringer knyttet til dette. Kunnskapsområder, rekkefølge: Det forslås å endre rekkefølgen på emnene, slik at den vernepleiefaglige profesjonen kommer tydeligere frem. At vernepleiefaglig arbeid og profesjonens arbeidsprosesser kommer i første rekke. Det foreslås å endre kunnskapsområde 3 fra likestilling og ikke-diskriminering til Inkludering og deltaking. Videre foreslås det at kunnskapsområde 2 «Innovasjon, kritisk tenkning og kunnskapsbasert praksis» bør dekkes av en mer samlende overskrift, da kunnskapsområdets overskrift nå består av 3 forskjellige tema. Når det gjelder kunnskapsområdet 4 foreslår vi at sykdomsbegrepet kommer til slutt i overskriften, eventuelt tas bort for å tydeliggjøre helse som et vidt begrep som omhandler mer enn frihet fra sykdom.
- 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
 - Utkastet dekker i stor grad en fremtidsrettet utdanning, men vi ønsker enda større fokus på mestring og ressurser, heller enn problemer. Videre tenker vi at hverdagslivet i større grad bør tydeliggjøres som sentralt fokus.
- 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
 - Slik utkastet i dag står er det kunnskapsområder og LUBer som gir økt grad av autonomi samtidig som nødvendige nasjonale standardiseringer settes. Dette er bra! Det vi ser som vesentlig er at studentmobilitet ikke blir et skal krav, fordi det gir for store nasjonale føringer som blir til hinder for muligheter til lokale tilpasninger.
- Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Evalueringsarbeid savnes spesifisert. Videre mangler lub knyttet til kvalitetsforbedring og innovasjon. Risikoanalyse står under kunnskapsområde 3, men kunne med fordel vært flyttet inn i emne om vernepleiefaglige arbeidsprosesser under ferdigheter. Dette er et så sentralt element i det vernepleiefaglige arbeidet at det blir viktig at vi ikke mister det fokuset i forhold til ferdigheter. Her gjelder det risikovurdering på alle nivå; individ, gruppe og samfunn. Vi foreslår en ny ferdighetsLUB: «Kan anvende risikovurderingsverktøy og håndtere uønskede hendelser, samt håndtere varslings- og avvikssystemer på en systematisk måte».
- Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar?
 - Nei
- Begrunn svaret
 - Ved HVL er det enighet om at det er svært positivt at det i utkastet er presisert at praksis skal være i reelle brukerrettede yrkessituasjoner. Samtidig er det enighet om at forslaget om 35 uker i reell yrkesrettet

praksis ikke er gjennomførbart. Det foreslås at det i retningslinjene legges opp til minimum 30 ukers praksis. Vi stiller også spørsmål ved hvorfor det i «Krav til praksisstudiene» er input styrteog ikke output styrt, tilsvarende de ulike kompetanseområdene? Dette bør vurderes på nytt.

- 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'
 - 2
- Begrunn svaret
 - Omfanget på retningslinjen vurderes til å være gjennomførbar dersom krav om studentmobilitet og valgfrie emner formuleres som «bør» framfor «skal». Videre vil retningslinjen også være mer anvendbar dersom antall LUBer reduseres,. Dette kan gi mer autonomi til utdanningsinstitusjonene, noe som også er formålet med nye retningslinjer.
- Er det viktig å nevne særskilte grupper i formålet slik retningslinjen beskriver?
 - Vet ikke
- Begrunn svaret
 - Det er uenighet i fagmiljøet vårt om det er viktig å nevne særskilte grupper i formålet, men et marginalt flertall er for at vernepleieprofesjonens målgruppe, mennesker med utviklingshemming, bør tas med i formålsbeskrivelsen. Videre bør brukerperspektivet og -medvirkning komme tydeligere frem. Diskusjon knyttet til hvilke begrep som skal brukes på målgruppen. Begrepet er under endring og vi mener vi bør følge ICD-11 sine begrep. (ICD11: Disorder of intellectual development). Ulike begrep som benyttes i dag er personer med fysisk og intellektuell funksjonsnedsettelse, mennesker med utviklingshemming.
- Hvilke konsekvenser vil dette har for utdanningsinstitusjonene?
 - Ved HVL er det enighet om at det er viktig å legge til rette for studentmobilitet. Samtidig er det enighet om at slik det i dag står i retningslinjene «Utdanningsstedet skal legge til rette for...» i for stor grad vil begrense utdanningsinstitusjonenes autonomi. Videre tenker man et «skal legge til rette» kan gjøre at enkelte studiesteder

opplever at studenter stadig ønsker bytte samt at det generelt kan gjøre at studenter søker om studiestedsbytte hyppigere enn nødvendig. Det foreslås derfor at det i retningslinjene stå: «Utdanningsinstitusjonen bør legge til rette...». I forhold til valg av fordypningsemne kan dette være positivt med tanke på studiemobilitet, samtidig kan det gi utfordringer knyttet til utdanningsinstitusjonene. Eksempel på utfordringer kan være planlegging av ressurser knyttet til et valgfritt emne.

Arbeidsgruppene har derfor samlet foreslått at det i retningslinjene, i likhet med forslaget til studentmobilitet, står at utdanningsinstitusjonene bør ha et valgbart fordypningsemne. På den måten kan den enkeltes institusjon muligheter til å ha valgbart fordypningsemne ivaretas.

ANDRE HØRINGSINNSPILL - FRAMHALD FRA SISTE RUBRIKK De overordnede metodene (kunnskapsområde 5) som støtter vernepleiernes profesjonelle og systematiske tilnærming er arbeidsmodellene. Kunnskapen om fasene i arbeidsmodellene, observasjon, utredning, målutforming, tiltaksutforming og evaluering er tatt inn i kunnskapsområde 6. De systematiske arbeidsmodellene har vært til god støtte og hjelp i arbeidet med større samarbeidsprosesser som miljøterapi, habilitering og rehabilitering og vi mener det derfor er et godt pedagogisk grep å slå kunnskapsområdene 5 og 6 sammen. Nå kan det selvfølgelig være at Rethos gruppen har en god begrunnelse for den to-delingen de har foreslått. De vil kunne hevde at de ulike arbeidsmodellene som er tatt inn i kunnskapsområde 6 skal kunne brukes som støtte for systematisk arbeid også med alle andre forhold, eksempelvis helse og sykdom. Slik sett kan en se at kunnskap om helse og sykdom er sentrale elementer i arbeidet med miljøterapi, habilitering og rehabilitering. Det er derfor ikke slik at vi har «giftet» oss med denne sammenslåingen av kunnskapsområder, det vil mer være å regne som en foreløpig løsning. En oppdeling på et senere tidspunkt, eller en tydeliggjøring i studieplaner og overfor studentene om hvordan vi kan bruke arbeidsmodellene, kan også være en løsning.

C. Diskusjon: Urbefolkning – hvorfor? Det er et punkt som er med i alle helse og sosialprofesjonene, sametinget har fått dette inn, politiske føringer. Det er urealistisk å tro at vi skal

kunne få dette til i alle vernepleierutdanningene i løpet av kort tid. Det foreslås derfor at det etableres en e-læringsgruppe som kan kvalitetssikre kunnskap om urbefolkning til alle utdanningene. D: Spesifikke kommentarer til læringsutbyttebeskrivelser: Innovasjon, kritisk tenking og kunnskapsbasert praksis. Kunnskaper: Vi foreslår at 2 og 1 bytter plass og dermed følgende: Lub 1: Har kunnskap om forskningsmetode og prinsipper for kritisk vurdering av vitenskapelig kvalitet. Lub 2: Har kunnskap om forsknings- og utviklingsarbeid innenfor fagområdet Lub 3: Har kunnskap om metoder for systematisk innhenting av brukerkunnskap, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap. Ferdigheter: Foreslår følgende endringer: Lub 1: «Kan kritisk vurdere, anvende og henvise til...» Lub 2: Kan beherske innhenting, dokumentering og formidling av fagkunnskap tilpasset formål og målgruppe. Lub 4: Kan reflektere over etiske problemstillinger i yrkesutøvelsen og evaluere og treffe begrunnende valg. Generell kompetanse: Foreslår følgende endringer: Lub 1: Har innsikt i relevante etiske problemstillinger i forsknings- og utviklingsarbeid innen fagområdet. Lub 2 Forstår

- Er det andre høringsinnspill?
 - A. Spesifikke kommentarer på formålsbeskrivelsen: Kommentar til andre avsnitt: Vi foreslår en endring: Utdanningen er i tråd med nasjonale og internasjonale regler og har som formål å sikre og fremme rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne. Kommentar til tredje avsnitt: Vi foreslår en endring: Utdanningen gir kompetanse til å samarbeide med brukere, pårørende, tjenesteytere og andre aktører for å fremme selvbestemmelse, deltakelse, mestring, helse og livskvalitet. B. HVL foreslår å slå sammen de to kunnskapsområdene 5: Miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering, og 6: Vernepleiefaglig arbeid og profesjonens arbeidsprosesser. Ny tittel: «Vernepleiefaglig arbeid og profesjonens arbeidsprosesser» hvor miljøterapeutisk arbeid, rehabilitering og habilitering kommer som delområder under hovedtittel. Begrunnelse for sammenslåing: Vernepleierutdanningen er som Rethos - gruppen skriver, «en kunnskapsbasert og praksisrettet helse – og sosialfaglig utdanning». Det er en profesjonsutdanning der yrkeshandlingene utgjør ferdigheter som skal gjenspeile kunnskapen. En utdanning der

studentene skal tilegne seg forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, men også lære hvordan disse må veies og vurderes mot brukers livsbetingelser, ønsker og verdier. Vi ser at alle kunnskapsområdene i forslaget henger sammen, men noen er enda mer vanskelig å skille fra hverandre enn andre. Når det gjelder oppbyggingen av forslaget fra Rethos – gruppen, kan det se ut som om den første læringsutbyttebeskrivelsen under kunnskap i hvert kunnskapsområde er en oppsummering av det som mer konkret er formulert i de følgende læringsutbyttebeskrivelsene. Eksempelvis under kunnskapsområdet: Helse, sykdom og funksjonsnedsettelse, lyder den første læringsutbyttebeskrivelsen: «Har bred kunnskap om sammenhenger mellom helse, funksjonshemming, funksjonsnedsettelse og sykdom i et individ-, samfunns- og livsløpsperspektiv» og under følger beskrivelser som er mer konkret og knyttet til årsaker til kognitive funksjonsnedsettelse, anatomi, fysiologi, helsesvikt sykdom og sykdomsforebygging. I begrunnelsen for den sammenslåingen vi foreslår, vil vi derfor bare ta utgangspunkt i de to første læringsutbyttebeskrivelsen i kunnskapsområdet 5 og 6. Det første læringsutbytte på kunnskap under kunnskapsområde 5 (som, slik vi ser det, kan forstås som en oppsummering av de som kommer etter) lyder som følger: «Har bred kunnskap om teorier, problemstillinger, prosesser og metoder som kreves for å tilby koordinert, sammenhengende og kunnskapsbasert habilitering og rehabilitering, med mål om å oppnå best mulig funksjons- og i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet» Det første læringsutbytte under kunnskap i kunnskapsområde 6 lyder: «Har bred kunnskap om problemløsning på individ-, gruppe- og systemnivå. Problemløsningen innebærer observasjon, utredning, utforsking av verdier, ønsker og livsbetingelser, målutforming, tiltaksutforming og evaluering» I kunnskapsområde 5 ser vi at Rethos gruppen er opptatt av «koordinert, sammenhengende og kunnskapsbasert habilitering og rehabilitering». Det forutsetter, slik vi ser det, å ha «bred kunnskap om problemløsning på individ-, gruppe- og systemnivå» som er en del av det første læringsutbytte på kunnskapsområde 6. Habilitering og rehabilitering handler om mestringsevne, selvstendighet og deltagelse (kunnskapsområde 5)

og forutsetter utforsking av personens verdier, ønsker og
livsbetingelser (kunnskapsområde 6). SJÅ FRAMHALD I RUBRIKK
OVER - STARTAR MED KUNNSKAPSOMRÅDE 5.....

[Gi tilbakemelding](#)

Tjenesten er levert av www.questback.com - Questback Essentials