
Fra: Kari Raaum Hovde <UXKAVD@ous-hf.no>
Sendt: 25. juni 2018 17:00
Til: Postmottak KD
Kopi: KD-RETHOS
Emne: Høringssvar RETHOS fra Oslo universitetssykehus. Sak 18/643
Vedlegg: RETHOS sykepleie OUS.docx; RETHOS sykepleie OUS vedlegg.docx;
RETHOS ergoterapi OUS.docx; RETHOS radiografi OUS.docx; RETHOS
vernepleie OUS.docx

Til Kunnskapsdepartementet

Gjelder sak 18/ 643: Høringssvar RETHOS.

Følgende høringssvar leveres separat pga begrensninger i antall tegn i questback'en:

1. Sykepleierutdanning som inkluderer to dokumenter
2. Ergoterapiutdanning
3. Radiografi
4. Vernepleie

Høringssvar for de fire andre utdanningene (sosionom-, fysioterapi-, bioingeniør- og barnevernutdanningen) er levert via questback.

Fint å få en bekreftelse på at høringssvarene er mottatt.

Vennlig hilsen
Kari R. Hovde
Assisterende utdanningsleder
Direktørens stab
Oslo universitetssykehus HF
Ikke sensitivt innhold

Sak 18/643. Høringssvar RETHOS sykepleie – fra Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus stiller seg bak høringssvaret fra Helse Sør-Øst, men velger også å levere inn eget. Høringssvaret sendes inn som eget dokument da flere av svarene inneholder mer enn 4000 tegn, som var begrensningen i questbacken.

88. *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

89. Begrunn svaret

Spesialisthelsetjenesten er i stor endring. Pasientene vil i større grad bli behandlet poliklinisk, gjennom dagbehandling og i hjemmet i fremtiden. Samtidig vil inneliggende pasienter i sykehus være alvorlig syke med komplekse og sammensatte behov.

Vi støtter derfor vektingen av de naturvitenskapelige fagene i kombinasjon med fokus på sykepleierens vurderings- og handlingskompetanse, samt at sykepleiere kan planlegge og gjennomføre sykepleie til alle pasientgrupper. Dette vil være nødvendig kjernekompetanse å ha for sykepleiere nå og i fremtiden, uavhengig av hvilket tjenestenivå pasienter/brukere befinner seg på.

For spesialisthelsetjenesten er det også særs viktig at sykepleiere kan legemiddelhåndtering.

Begrunnelsen for dette utdypes nærmere under spørsmål 101; andre høringsinnspill.

90. *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

91. Begrunn svaret

Ses i sammenheng med begrunnelsen som er gitt i spørsmål 89. Siden pasienter ligger kortere i sykehus og i større grad behandles hjemme, er det nødvendig å styrke fokuset på sykepleierens kompetanse innen helsepedagogikk og helseveiledning, som grunnlag for pasienters/brukeres læring, mestring og medvirkning. Det er positivt at samvalg er nevnt i retningslinjen. Samvalg er en metode for at pasienter/brukere kan ta informerte valg. Kunnskap som må ligge til grunn hos sykepleiere er at de har nødvendige ferdigheter innen kommunikasjon, slik at de kan formidle og kvalitetssikre at informasjon og opplæring er mottatt og forstått. Mange pasientklager i sykehuset er knyttet til nettopp dette. Områdene er inkludert i retningslinjen, men kan bli tydeligere formulert og spisset mot det som beskrives i dette avsnittet. Dette bør også være et fokusområde i studentenes praksisperioder. Vår erfaring er at sykepleiere ikke fullt ut har forstått hvilket ansvar de har knyttet til den lovpålagte oppgaven i spesialisthelsetjenesten om pasient – og pårørendeopplæring.

OUS støtter at det er et eget kunnskapsområde innen innovasjon, helseteknologi og digital kompetanse. Det er nødvendig for å imøtekomme fremtidens behov, og er i tråd med den generelle utviklingen hvor pasienter i større grad får behandling og videre oppfølging hjemme.

92. *Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'*
5

93. Begrunn svaret

Det er viktig for OUS at læringsutbyttebeskrivelsene er så detaljerte som de er foreslått. Vi er opptatt av å vite hvilken sluttkompetanse nyutdannede sykepleiere har, uavhengig av hvor de er utdannet. Dette er viktig for pasientsikkerheten og for kvaliteten på det tjenestetilbudet OUS er ansvarlige for å gi. Det er selvfølgelig nødvendig med nyansattprogram og lokal opplæring ved ansettelse, men denne kan ikke være tilpasset ut fra hvilken høyskole/universitet kandidatene er utdannet på.

Det er uklart hvor standardiserte utdanningene kommer til å bli på grunnlag av denne retningslinjen, selv om læringsutbyttebeskrivelsene er mange og til dels detaljerte. Det ligger en vektning i begrepsbruken (taksonomien), men så lenge det ikke er knyttet studiepoeng til emner er det vanskelig å vite hvordan dette slår ut. Vi er klar over at det lå utenfor mandatet til arbeidsgruppen, men velger likevel å kommentere det.

For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH sektoren er likeverdig representert også på programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Pr i dag er dette ikke tilfelle. Et forslag er å etablere et fora under den nasjonale arbeidsgruppen som er likeverdig sammensatt mellom tjenestene og UH sektoren. Denne gruppen må ha et mandat som sikrer samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene på programplannivået. Alternativt må tjenestene representeres i større grad i det eksisterende «profesjonsrådet» som nå heter «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen sykepleie».

94. Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

Vi vurderte å etterlyse ernæring, men forventer at det er dekket av læringsutbyttet «har bred kunnskap om menneskers grunnleggende behov».

95. 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

96. Begrunn svaret

Den sluttkompetansen som beskrives i retningslinjen bør kunne dekkes gjennom et treårig bachelorprogram. Det er i hvert fall denne kompetansen vi forventer at en ferdigutdannet sykepleier har etter endt utdanning.

97. Er forslaget til oppbygging av studiet tilstrekkelig for å sikre helhet og sammenheng i utdanningen?

Ja

98. Begrunn svaret

Det støttes at studiet bygges opp fra det basale og grunnleggende til det komplekse og sammensatte. Videre støttes det tidlig introduksjon til basalfag og grunnleggende sykepleie, og at første studieår inneholder både teoretiske og praktiske studier.

Tabellen på s 8 er ikke selvforklarende. OUS savner at grunnleggende sykepleie er et gjennomgående tema i alle tre studieårene. Et forslag er å fjerne tabellen, men da må det eksplisitt beskrives at legemiddelhåndtering skal være et gjennomgående tema i alle tre studieårene.

99. Mindretallet i programgruppen mener det er tilstrekkelig å fastslå at praksisstudiene skal inkludere døgnkontinuerlig oppfølging av pasientene (alternativ A), mens flertallet mener at det i tillegg er nødvendig å tallfeste antall uker sammenhengende praksisstudier i minst to av praksisperiodene (å 7 uker) (alternativ B).

Alternativ B

100. Begrunn svaret

OUS sin erfaring med å veilede studenter i praksis, er at de i gjennomsnitt trenger minimum 8 uker på oppnå læringsutbyttebeskrivelsene for praksisperiodene. OUS støtter derfor forslaget om at studentene bør sikres et minimum antall uker (OUS ønsker å tallfeste dette til 10 – 12 uker) med sammenhengende praksis i minimum to praksisperioder med døgntilstand og oppfølging av pasienter. Studentene møter en kompleks helsetjeneste og de trenger tid til å utvikle seg i rollen som fremtidig sykepleier; uten til stadighet å måtte forholde seg til nye pasient-/brukergrupper og nye rammefaktorer. Dette handler om å få tid og anledning til å knytte teori til praksis og praksis til teori, oppnå læringsutbyttene for perioden, samt å utvikle tilstrekkelig identitet og begynnende selvstendighet. Et annet argument for å ha praksisperioder av en viss varighet, er å ha nok tid til å vurdere studentene; inklusive skikkethet til yrket, samt at studentene kan få tid og rom til å anvende yrkesetikken.

101. Er det andre høringsinnspill?

1. Formålet med sykepleierutdanningen

OUS støtter beskrivelsen av formålet med sykepleierutdanningen. Det er godt beskrevet. Det er viktig at ferdigutdannede sykepleiere er i stand til å håndtere komplekse pasienttilstander og sykdomsbilder. Dette er hverdagen for sykepleiere både i primær- og i spesialisthelsetjenesten.

2. Kunnskapsområder

OUS foreslår at overskriften «Kunnskapsområder» endres til «Sykepleiers kompetanseområder». Dette begrunnes med at ved å bruke betegnelsen kompetanseområder inkluderes både kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse og blir dermed mer dekkende. Det er også ønskelig at begrepet **sykepleie** benyttes for å synliggjøre at kompetanseområdene som er listet opp, er knyttet til dette fagområdet.

3. Konkrete innspill på læringsutbyttebeskrivelsene

OUS har noen konkrete innspill på læringsutbyttene. Disse fremkommer vha «spor endring» i vedlagte dokument. Det er knyttet korte begrunnelser til endringsforslagene i samme vedlegg. Til de læringsutbyttene hvor det ikke står noen kommentarer eller endringsforslag er OUS fornøyd med formuleringene, bortsett fra en ønsket tydeliggjøring som beskrives under spørsmål 91.

Eksempelvis er OUS fornøyd med at pre – og postoperativ sykepleie er nevnt eksplisitt. Bare i dette helseforetaket opereres ca. 60 000 pasienter årlig, så kirurgisk behandling er en viktig del av pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten. OUS foreslår at det suppleres med intervensjonsbehandling, siden dette er en behandlingsform som blir mer og mer benyttet i fremtiden.

OUS har en noe lengre begrunnelse ift å styrke kompetansen innen legemiddelhåndtering. Dette svaret er utarbeidet i samarbeid med Legemiddelkomiteen i sykehuset, som er direkte underlagt administrerende direktør.

OUS støtter formuleringen som fremkommer under generell kompetanse: «*Har innsikt i forsvarlig legemiddelhåndtering*». Å kunne håndtere medikamenter er en kompleks prosess hvor feil kan oppstå i alle ledd i kjeden. Det er pr i dag slik at opptil 18 % av dødsfall i sykehus skyldes feil ifm legemiddelhåndtering. Erfaringene som OUS i samarbeid med AHUS og nærliggende utdanningsinstitusjoner viser at det pr i dag er et forbedringspotensial når det gjelder å bygge dette emnet gjennom alle tre studieårene.

OUS ønsker at læringsutbyttet under kunnskap endres fra «*Kjenner til farmakologi*» til:

«*Har kunnskap om farmakokinetikk, legemidlers virkninger, bivirkninger, kontraindikasjoner og interaksjoner*».

Dette begrunnes med forskning som viser at sykepleiere har for lite kunnskap om nettopp disse områdene. Adhikari et al. (2014) og Ndosi et al. (2009) viser til i studiene at det er behov for mer

kunnskap om farmakologi. Daouphars et al. (2012) konkluderer mangel på kunnskap om bivirkninger, kontraindikasjoner og interaksjoner. Ved å formulere læringsutbyttet slik, blir begrepet farmakologi knyttet tettere til sykepleie; det snevres inn, samtidig som det løftes til et høyere nivå i taksonomien. Kunnskap om farmakokinetikk bør inngå i utdanningen for å ha en grunnkompetanse til å kunne vurdere dosering og doseringsintervaller, samt varighet av effekter og evt. bivirkninger.

5. Til punktet «krav til praksisstudier»:

I forskriften står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse. I retningslinjen er dette strammet inn til følgende formulering: «Den veilederen som har et hovedansvar for veiledning og vurdering av studenten eller studentgruppen i en definert praksisperiode, skal ha veilederutdanning tilsvarende minimum 10 studiepoeng på mastergradsnivå». OUS oppfatter at det er motstrid mellom innholdet i forskriften og retningslinjen på dette punktet. Dette må KD rydde opp i. En forskrift er høyere i rang enn en retningslinje og bør derfor være gjeldende.

OUS har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Veiledning er en kontinuerlig oppgave for sykepleiere, og kompetansen som ligger til grunn kan benyttes både til pasienter, pårørende, kollegaer og studenter. De læringsutbyttebeskrivelsene som omhandler dette i retningslinjen, må kvalifisere for denne oppgaven. Vi lurte på hva som er bakgrunnen for at læringsutbyttet under kunnskap «kjenner til undervisnings- og veiledningsmetoder» er lagt på et lavere nivå enn læringsutbyttet under ferdigheter «kan anvende kunnskap om....».

Med det store studentvolumet som helseforetaket har et medansvar for å utdanne, vil kravet om minimum 10 studiepoeng veilederutdanning på mastergradsnivå være svært ressurs- og kostnadskrevende. Ti studiepoeng genererer ca. 250 timers arbeidsinnsats fra den enkelte kandidat, som betyr fravær av fast personell som igjen kan ha betydning for pasientsikkerheten.

Sykehuset i Vestfold har gjort en beregning på hva dette vil koste. Å ta en sykepleier ut av klinisk drift beløper seg til ca. kr. 2800 pr dag. I tillegg må tilsvarende vikarkostnader inkluderes. Tar vi utgangspunkt i 250 timers arbeidsinnsats vil dette kreve fravær på 34 dager. Dette gir en kostnad på ca 190 000 pr kandidat. Med tanke på det store studentvolumet som OUS veileder årlig, vil dette være urealistisk å gjennomføre.

Krav om kompetanse på de sykehusansatte veilederne, må ses i sammenheng med hva som skal være universitets- og høgskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine studier i praksis. OUS støtter formuleringen om at lærer skal være oppdatert i praksisstedets problemstillinger og sikre kontinuitet, sammenheng og progresjon i studiet. Lærers rolle og krav til oppfølging fra utdanningsinstitusjonens side er likevel for lite tydelig definert. Det kan ikke være opp til det enkelte helseforetak den enkelte utdanningsinstitusjon å fremforhandle løsninger på dette. OUS støtter derfor forslaget om at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler hvor blant annet utdanningsinstitusjonenes ansvar for oppfølgingen av studenter i praksis operasjonaliseres, basert på beskrivelsen i forskriften.

6. Dimensjonering av studieplasser

Et område som det nye styringssystemet ikke fanger opp, og som i dag har et klart forbedringspotensial, er dialog om dimensjonering av studieplasser. Tjenestene opplever å ha liten eller ingen innflytelse på antallet studieplasser som opprettes. Det bør utformes et bedre og mer forutsigbart system for å avstemme dette behovet. Med tanke på de antatt store rekrutteringsutfordringene som vil oppstå fremover, er det avgjørende at studieplassdimensjoneringen foregår på en tillitsvekkende og fornuftig måte.

HOD kartlegger kapasitet som grunnlag for dialog med KD om fastsetting av kandidatmåltall, men UH sektoren beslutter selv hvor mange studenter de velger å tilby studieplass, uten å være i dialog med tjenestene om kapasitet. Denne utviklingen kan ikke fortsette. Her har UH-sektor og tjenestene mye å hente på økt koordinering og samspill.

7. Tallhenvisninger

OUS anbefaler at tallhenvisninger på kunnskapsområdene og læringsutbyttene fjernes, for å unngå misforståelser knyttet til hva som defineres som viktigst.

Kildehenvisninger

- 1.Ndosi ME, Newell R. Nurses' knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer. *J Clin Nurs* 2009; 18(4):570-580; discussion 620.
- 2.Simonsen BO, Johansson I, Daehlin GK, Osvik LM, Farup PG. Medication knowledge, certainty, and risk of errors in health care: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2011; 11:175.
- 3.Daouphars M, Magali A, Bertrand E, Basuyau F, Violette S, Varin R. Knowledge assessment and information needs of oncology nurses regarding inpatient medication. *Clin J Oncol Nurs* 2012; 16(2):182-187.
- 4.Adhikari R, Tocher J, Smith P, Corcoran J, MacArthur J. A multi-disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice. *Nurse Educ Today* 2014; 34(2):185-190.

Sak 18/643. Vedlegg til Oslo universitetssykehus sitt høringssvar.

Retningslinjer i et nytt system for styring av læringsutbytte i helse- og sosialfagutdanninger – sykepleierutdanning

Utgangspunkt

Retningslinjene skal ha følgende oppbygging:

- 1) Formålsbeskrivelse
- 2) Kunnskapsområder (ikke obligatorisk)
- 3) Læringsutbyttebeskrivelser (LUBer) i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (NKR)
- 4) Studiets oppbygging, herunder praksis hvis ønskelig

Nivå i Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (NKR)

Gjennomføring av sykepleierutdanningen gir bachelorgrad og ligger derfor på nivå 6.2 i NKR.

Detaljeringsnivå

Videre må retningslinjene være på overordnet nivå og institusjonene vil konkretisere de nasjonale retningslinjene i lokale planer.

Formål

Formålet med sykepleierutdanningen er å kvalifisere kandidater til å utøve sykepleie for å fremme helse, forebygge og behandle sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død for og med mennesker i alle livsfaser. Grunnlaget for profesjonsutøvelsen er respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet, faglig forsvarlighet, solid dømmekraft og skikkethet.

Utdanningen skal sikre at kandidaten kan håndtere komplekse pasienttilstander og sykdomsbilder. Kandidaten skal kunne ta ansvar for, og gjøre selvstendige, systematiske kliniske vurderinger, prioriteringer og beslutninger, samt kritisk vurdere effekten av sykepleie og behandling. Utvikling av gode kommunikasjons- og samhandlingsevner skal sikre at kandidaten kan bidra profesjonelt inn i det tverrfaglige samarbeidet med pasient og pårørende. Systematisk kvalitets- og forbedringsarbeid skal vektlegges for å bidra til økt pasientsikkerhet og lik kvalitet i helsetjenesten.

Retningslinjen skal sammen med forskriften sikre at utdanningsinstitusjonene i et forpliktende samarbeid med praksisfeltet, tilbyr en praksisnær, profesjonsrettet og forskningsbasert sykepleierutdanning med høy faglig kvalitet. Retningslinjen skal sammen med forskriften sikre RETHOS – Retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene at utdanningsinstitusjonene sørger for helhet og sammenheng mellom fag, emner, teori og praksisstudier samt undervisningsmetoder og vurdering av studentene.

Sykepleierutdanningen skal være i samsvar med nasjonale og internasjonale helse- og utdanningspolitiske føringer:

- norske lover, forskrifter og politiske beslutninger
- internasjonale deklarasjoner*, standarder og politiske føringer om helsepolitikk, menneskerettigheter og høyere utdanning, herunder konvensjoner som sikrer det samiske folks rett som urfolk til helsetjenester som er tilrettelagt eget språk og kultur

*EU-direktiv 2005/36/EC og 2013/55/EF

Fullført studium gir graden bachelor i sykepleie og grunnlag for å søke autorisasjon som sykepleier i henhold til lov om helsepersonell, og danner grunnlag for opptak til videre utdanning på master- og doktorgradsnivå.

Kompetanseområder innen sykepleie

- I. HELSE OG SYKDOM
- II. ETIKK, KOMMUNIKASJON OG SAMHANDLING
- III. VITENSKAPSTEORI OG FORSKNINGSMETODE
- IV. FAGLIG LEDELSE OG TJENESTEUTVIKLING
- V. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET
- VI. INNOVASJON, HELSETEKNOLOGI OG DIGITAL KOMPETANSE

Læringsutbyttebeskrivelsene organiseres etter disse.

Læringsutbytter

HELSE OG SYKDOM

Kunnskap

1. Har bred kunnskap om menneskekroppens anatomi, fysiologi og biokjemi
2. Har bred kunnskap om menneskets grunnleggende behov
3. Har bred kunnskap om symptomer, sykdommer og sykdomsforløp
4. Har bred kunnskap om sykepleierens behandlende og lindrende funksjon
5. Har kunnskap om sykepleierens habiliterende og rehabiliterende funksjon
6. Har kunnskap om folkehelse, psykisk helse, helsefremmende og forebyggende arbeid
6. Har kunnskap om aldringsprosessen og eldres særegne behov
- 7.
8. Kjenner til barn og unges normale utvikling og særegne behov
9. Kjenner til de vanligste psykiske lidelsene
10. Kjenner til helsemessige utfordringer knyttet til rus og avhengighetsproblematikk
11. Har kunnskap om farmakokinetikk, legemidlers virkninger, bivirkninger, kontraindikasjoner og interaksjoner
12. Kjenner til sosiale og helsemessige utfordringer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer, kunne støtte og bidra til at mennesker med slike utfordringer får relevant oppfølging av helse- og sosialtjenesten

Ferdigheter

1. Kan anvende kunnskap om helse og sykdom til systematiskdatasamling, vurdere, planlegge, iverksette evaluere og dokumentere sykepleie
2. Kan anvende ABCDE-prinsippet, beherske HHLR og utøve livreddende førstehjelp
3. Kan anvende personsentrert sykepleie basert på informasjon fra pasienten og pårørende, oppdatert kunnskap og faglig skjønn

4. Kan anvende kunnskap om kultursensitivitet i vurdering, planlegging, gjennomføring og evaluering av sykepleie, herunder kunnskap om samiske pasienters språk- og kulturbakgrunn
5. Kan anvende kunnskap om folkehelse til å hjelpe enkeltmennesker, familier og grupper for å fremme en sunn livsstil og egenomsorg
6. Kan vurdere situasjoner som kan utvikle seg truende for pasienter og ansatte, og iverksette tiltak for å forebygge slike hendelser

Generell kompetanse

1. Har innsikt i forsvarlig legemiddelhåndtering
2. Kan planlegge og gjennomføre sykepleie til akutt og kritisk syke, kronisk syke og langtidssyke samt mennesker med sammensatte og komplekse behov i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
3. Kan planlegge og gjennomføre sykepleie til pre- og postoperative pasienter, samt til pasienter som skal gjennomgå intervensjonsbehandling.
4. Kjenner til tiltak for å bevare liv og helse ved storulykker, og i krise- og katastrofesituasjoner
5. Kan planlegge og gjennomføre selvstendige vurderinger av sykepleiebehovet til mennesker med urfolk- og minoritetsbakgrunn.

II. ETIKK, KOMMUNIKASJON OG SAMHANDLING

Kunnskap

1. Har kunnskap om hvordan egen og andres profesjoners kompetanse kan brukes i tverrprofesjonelt samarbeid
2. Kjenner til undervisnings- og veiledningsmetoder
3. Kjenner til samers pasientrettigheter, og forståelse for samers status som urfolk
4. Kjenner til inkludering, likestilling og ikke-diskriminering, uavhengig av kjønn, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder

Ferdigheter

1. Kan anvende kunnskap om lærings-, mestrings- og endringsprosesser i veiledning og undervisning av pasienter og pårørende, studenter og relevant personell

Generell kompetanse

1. Har innsikt i yrkesetiske retningslinjer i profesjons- og tjenesteutøvelse
2. Kan planlegge og gjennomføre etisk argumentasjon relatert til pasientnære problemstillinger2. Kan planlegge og gjennomføre kommunikasjon og samhandling med pasienter og pårørende basert på respekt og ivaretagelse av deres integritet
3. Kan utveksle synspunkter og erfaringer i et tverrfaglig, tverrprofesjonelt og tverrsektorielt samarbeid

III. VITENSKAPSTEORI OG FORSKNINGSMETODE

Kunnskap

1. Har kunnskap om ulike kunnskapsformer og kunnskapskilder
2. Har kunnskap om hvordan ny kunnskap kan implementeres i profesjonsutøvelsen
3. Kjenner til sykepleie som fag og vitenskap

Ferdigheter

1. Kan stille kritiske spørsmål, gjennomføre systematiske søk og gjøre kritiske vurderinger av vitenskapelig litteratur
2. Kan anvende faglig kunnskap og relevante resultater fra forsknings- og utviklingsarbeid i teoretiske og praktiske problemstillinger og treffe begrunnede valg.
3. Kan anvende kunnskap og bidra i fagutviklingssprosjekter

Generell kompetanse

1. Kan utveksle synspunkter og erfaringer med andre innenfor fagområdet og gjennom dette bidra til utvikling av god praksis basert på forskning

IV. FAGLIG LEDELSE OG TJENESTEUTVIKLING

Kunnskap

2. Kjenner til sykepleiens historiske utvikling og dens betydning for profesjons- og tjenesteutøvelse
3. Kjenner til hovedtrekkene innenfor norsk helse- og sosialpolitikk og prioriteringer i helsetjenesten
4. Kjenner til de vanligste modellene for organisering og styring av helsetjenesten
5. Kjenner til pasientrettigheter og metoder for samvalg
- 6.

Ferdigheter

1. Kan anvende sykepleiefaglig kompetanse i prioriteringer av arbeidsoppgaver
2. Kan reflektere over egen og andres rolle i tverrprofesjonelt samarbeid

Generell kompetanse

1. Har innsikt i mellommenneskelige relasjoner og samspill mellom medarbeidere med sikte på å etablere et best mulig samarbeidsklima og teamarbeid
2. Kan planlegge og gjennomføre ledelse av egen sykepleieutøvelse og av sykepleietjenesten
3. Kan planlegge og gjennomføre ledelse i et tverrfaglig samarbeid og lede pasienter og pårørende gjennom pasientforløpet
4. Kan planlegge og gjennomføre effektivt og forsvarlig samarbeid med kolleger, annet helse- og sosialpersonell, pasienter/brukere og pårørende

V. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

Kunnskap

1. Har bred kunnskap om mikrobiologi, smittekjeden og hygieniske prinsipper
2. Har kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet innenfor nivåene i helsetjenesten
3. Har kunnskap om relevant lovverk, inkludert tvangsbestemmelser
4. Kjenner til risikofaktorer i helsetjenesten, og prinsipper og tiltak for å redusere pasientskader

Ferdigheter

1. Kan anvende faglig kunnskap for å bryte smittekjeden og forhindre spredning av uønskede mikrober
2. Kan anvende dokumentasjon på en måte som støtter menneskenes behov, mål og overholder faglige og juridiske krav
3. Kan finne og vurdere risikofaktorer av individuell, system og miljømessig karakter og iverksette tiltak
4. Kan beherske kartleggings-, vurderings- og kommunikasjonsverktøy i sykepleieutøvelsen
5. Kan beherske dokumentasjon i samsvar med fastsatte strukturer, termer og begreper

Generell kompetanse

1. Har innsikt i kvaliteten på sykepleie og de tjenestene brukerne mottar, samt justere egen profesjonsutøvelse
2. Har innsikt i hvordan pasienters/brukeres språklige og kulturelle bakgrunn utfordrer ivaretagelse av kvalitet og pasientsikkerhet
3. Kan planlegge og gjennomføre kvalitetsutviklingsarbeid i samarbeid med pasienter og pårørende, og tilpasse tjenestene i tråd med tilbakemeldinger
4. Kan analysere, planlegge og gjennomføre målrettede tiltak for å redusere uønskede hendelser og variasjon i helsetjenesten
5. Kan planlegge og gjennomføre tiltak som sikrer trygg overføring av pasienter mellom ulike enheter og nivåer i helsetjenesten

VI. INNOVASJON, HELSETEKNOLOGI, OG DIGITAL KOMPETANSE**Kunnskap**

1. Kjenner til relevante teknologiske verktøy og innovative løsninger i helsetjenesten
2. Kjenner til ulike digitale løsninger for kartleggings- og vurderingsstøtte i helsetjenesten, samt telemedisinske løsninger

Ferdigheter

1. Kan reflektere etisk og juridisk over bruk av teknologiske verktøy og sosiale medier
2. Kan anvende relevant medisinsk-teknisk utstyr

Generell kompetanse

1. Har innsikt i nye teknologiske verktøy og innovasjoners påvirkning på tjenesteutøvelsen
2. Har innsikt i bruk av teknologiske verktøy som styrker pasienters og pårørendes mestring og medvirkning

3. Kjenner til og kan identifisere og formidle kvalitetsutfordringer på system- og/eller oppgavenivå som krever innovasjon

4. Kjenner til innovasjonsprosesser og kan bidra til tjenesteinnovasjon gjennom nytenkning og kreativitet

Kommentarer til resten av retningslinjen fremkommer i hoveddokumentet.

RETHOS ergoterapiutdanningen. Høringssvar fra Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus stiller seg bak høringssvaret fra Helse Sør-Øst, men velger også å levere inn eget. OUS har samarbeidet med Sunnaas sykehus om dette svaret.

Høringssvaret sendes inn som eget dokument da flere av svarene inneholder mer enn 4000 tegn, som var begrensningen i questbacken.

28) 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

29) Begrunn svaret

Ergoterapeutene ved OUS ser behov for at retningslinjen får en tydeligere struktur. Det savnes en tydelig rød tråd. Noen områder er veldig generelt beskrevet, mens andre er kanskje litt for spesifikke.

For å imøtekomme fremtidig kompetansebehov bør man gå gjennom retningslinjen for å se på begrepsbruk. Dette må samsvare med tjenestens begrepsbruk, både nå og i fremtiden. For eksempel kunnskapsområde nummer II: «Samspill mellom kropp, funksjon, aktivitet og helse». Det bør byttes ut med for eksempel «Samspill mellom person, aktivitet og omgivelse». Et annet eksempel er at begrepene «ADL» og «funksjon» blir brukt i feil sammenhenger og blir upresise. Dette gjør at kompetansen vår i yrkesutøvelsen blir utydelig. Vi savner beskrivelse og tydeliggjøring av ergoterapiprosessen knyttet til kartlegging, vurdering og intervensjon. Vi i tjenesten har et behov for at dette kommer med i formålet, og som en rød tråd gjennom hele dokumentet.

Fremtidens kompetansebehov bør tydeliggjøres noe mer i retningslinjen. Spesialisthelsetjenesten utvikler seg mot å bli en mer spisset virksomhet, som for eksempel akutt/ intensiv, dagbehandling og poliklinisk virksomhet. Dette bør gjenspeiles i retningslinjene, for eksempel under generell kompetanse.

For å tydeliggjøre vår profesjons kompetanse ytterligere er det behov for å gjøre noen endringer knyttet til overskrifter og innhold i de ulike kunnskapsområdene. Forslag:

I. Profesjon, identitet og etikk.

Kommentar:

II. Samspill mellom kropp, funksjon, aktivitet og helse

Kommentar: Forslag til ny overskrift: «Samspill mellom person, aktivitet og omgivelse». Vi savner at en LUB framhever kunnskap og ferdigheter knyttet til aktivitetsanalyse. Kunne man i tillegg fått frem behovet for kunnskap om risikoanalyse knyttet til aktivitet her?

Under kunnskap:

1.«Har bred kunnskap om hvordan samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser påvirker aktivitetsutførelse, deltagelse, helse og livskvalitet gjennom livsløpet.»

Kommentar: Forslag: Har bred kunnskap om hvordan menneskers aktivitet og menneskers helse er fenomener og faktorer som påvirker hverandre gjensidig, og som inngår i samspill med omgivelser og livskvalitet gjennom livsløpet.

2. «Har bred kunnskap om psykososiale forhold og kroppens struktur, funksjon og utvikling som forutsetninger for aktivitetsutførelse»

Kommentar: Vi er litt usikre på hvilket nivå denne kunnskapen er myntet på; betyr funksjon kroppsfunksjon eller fysiologi? Er det utvikling til personen man snakker om her? Altså menneskets utviklingsprosess?

3. «Har bred kunnskap om aktiviteter i dagliglivet (ADL) og hvordan ADL kan brukes for å fremme mestring og selvstendighet»

Kommentar: Hva mener man med «Hvordan ADL kan brukes for å fremme mestring? I samfunnet? Handler dette om relasjoner, hvordan dette påvirker helse og deltagelse? Tenker man på for enkeltpersoner eller på samfunnsnivå eller i grupper? Forslag: Har bred kunnskap om hverdagslivets aktiviteter og hvordan aktiviteter i dagliglivet (ADL) som mennesker er motivert for å utføre, kan brukes for å fremme mestring og selvstendighet.

Generell kommentar: Kommer kunnskapen knyttet til omgivelsenes betydning tydelig nok fram i LUB'ene? Kommer behovet knyttet til hvem individet er (vaner, vilje, roller...) fram?

OBS: Behovet for kompetanse knyttet til sykdomslære er helt fraværende.. Dette må inn.

Under ferdighet:

«1 Kan anvende kunnskap for å bedre ferdigheter knyttet til sansemotorikk-, kognisjon- og kommunikasjon»

Kommentar: Mener man at «å bedre» handler om kartlegging eller trening? Eller kartlegging og trening. Behandle? Hvem sine ferdigheter skal bedres?

«2 Kan anvende ADL som verktøy i kartlegging og intervensjon»

Kommentar: Er ADL et verktøy? Forslag1: Kan anvende aktiviteter i dagliglivet i kartlegging og intervensjon (Metodisk bruk av aktivitet). Forslag 2: Kan anvende aktivitetsanalyse som verktøy i kartlegging og planlagt/tilrettelagte aktivitetssituasjoner som intervensjoner.

Hadde dette blitt tydeligere om man beskrev ferdighetene ut i fra ergoterapiprosessen?

Under generell kompetanse:

«1 Kan planlegge og gjennomføre tiltak basert på aktivitetsanalyse og funksjonsvurdering»

Kommentar: Vi lurer på hva som ligger i begrepet «funksjonsvurdering» Er det vurdering av kroppsfunksjonsnivå? Eller er det vurdering av fungering i aktivitetsutførelse? Basert på vurdering av aktivitetsanalyse, ferdighet- og kroppsfunksjonsnivå?

III. Kunnskapsbasert yrkesutøvelse

Kommentar: Kunnskapen kan knyttes til formålet og ferdighetene må integreres under andre områder. Her er det en del gjentakelser.

IV. Habilitering og rehabilitering

Kommentar: Her mangler punktet «generell kompetanse». Kan vi få inn ergoterapiprosessen her?

Er det mulig å kutte ned/slå sammen noen av kunnskapsområdene? For eksempel at folkehelse blir slått sammen med habilitering og rehabilitering, og at vi får med oss området arbeidsdeltagelse som kommer utydelig fram pr. i dag?

Under kunnskap:

Kommentar: Kunne man få mer aktiv ordbruk her? Vi opplever at generell og spisset ordbruk blandes; for eksempel «vaner og rutiner» hva med resten som roller?

Og «palliativt», er det rehabiliterende? Og man mangler andre området som for eksempel intensiv.

Vi savner tydeliggjøring av mestring. Hva skal man mestre? Her er det mange begreper og utydelig begreper.

For oss i tjenesten bruker man i liten grad «behandlende ergoterapi», hva legger man i dette?

Under ferdigheter:

Hva mener man med «andre fagområder»? Her skriver man «yrkesutøvelse» hvor man har benyttet profesjonsutøvelse tidligere.

Kan man flytte punkt 2, under kunnskap, under området Rettigheter, inkludering og samhandling (Punkt VII) inn under ferdigheter her?

V. Teknologi og hjelpemidler

Kommentar: Hva legger man i begrepet «teknologi»? Dette benyttes av andre profesjoner, men da med en annen betydning.

Under kunnskap:

1.«Har bred kunnskap om hvordan teknologi og hjelpemidler kan fremme deltagelse»

Forslag: Har bred kunnskap om hvordan teknologi og hjelpemidler kan fremme aktivitet og deltagelse.

Under ferdigheter:

1. «Kan anvende teknologi og hjelpemidler for å fremme personens aktivitet og deltagelse.

Kommentar: Forslag: Kan anvende teknologi og hjelpemidler for å fremme personens aktivitetsutførelse og deltagelse.

2.«Kan anvende kunnskap om ergonomi, tilrettelegging av omgivelser og kompensering ved funksjonstap ved bruk av hjelpemidler»

Forslag: Kan anvende kunnskap om ergonomi, tilrettelegging av omgivelser og kompensering ved funksjonsnedsettelse gjennom bruk av hjelpemidler

VI. Folkehelse, kultur og politikk

Kommentar: Skal dette punktet bestå bør arbeidsdeltagelse fremmes, samt betydningen av vår profesjons bidrag til et bærekraftig samfunn. Ergoterapiens kunnskap og ressurser i forhold til mulig gjøring for deltagelse i et mangfoldig samfunn.

Under kunnskap:

1.«Har bred kunnskap om folkehelse og forebyggende virksomhet innen ergoterapi.

Forslag: Har bred kunnskap om hvordan ergoterapi kan bidra innen folkehelse og forebyggende virksomhet.

VII. Rettigheter, inkludering og samfunn

Under kunnskap:

1.«Har bred kunnskap om teorier om rett til aktivitet og medbestemmelse»

Kommentar: Her har man benyttet seg av begrepet «medbestemmelse». Mener man «deltagelse», som er benyttet andre steder i dokumentet?

Under ferdigheter:

3.«Kan planlegge og gjennomføre en rehabiliterings-/ rehabiliteringsprosess i samarbeid med pasient, pårørende og andre aktører.»

Kommentar: Dette bør flyttes under området Habilitering og rehabilitering (Punkt IV).

Under Generell kunnskap:

Kommentar: Hvorfor bare barn og unge? Det refererer ikke til noe annet i teksten foran heller.

VIII. Innovasjon, kvalitetssikring og ledelse

Kommentar: Kan dette punktet hete: Innovasjon, forskning, fagutvikling og ledelse?

Hva med veiledningskunnskap? Ovenfor pårørende, pasienter, studenter osv.

LUB'ene under dette området er noe mangelfulle, her blir det utydelig hva man mener.

30)

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' 1 2 3 4 5 Vet ikke

3

31) Begrunn svaret

Se begrunnelse under punkt 29. I tillegg vil en språkgjennomgang av retningslinjen hjelpe og tydeliggjøre viktigheten av brukerperspektivet i ergoterapiutøvelsen.

32)

Hvordan vurderes **graden av detaljering** med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for **nasjonal standardisering** å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle' 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Vet ikke

Vet ikke

33) Begrunn svaret

Det er uklart hvor standardisert utdanningene kommer til å bli på grunnlag av denne retningslinjen. Det ligger en vektning i begrepsbruken (taksonomien), men så lenge det ikke er knyttet til studiepoeng til emner er det vanskelig å vite hvordan dette slår ut.

Ergoterapeutene i OUS er usikre på i hvor stor grad de nasjonale retningslinjene vil styre hensikten med mer lik sluttkompetanse, når hver utdanningsinstitusjon i stor grad har mulighet til lokal tilpasning av læringsutbyttene. Vi mener det er behov for en tydeligere nasjonal standardisering. Det er nødvendig for tjenestene å vite hvilken sluttkompetanse en nyutdannet ergoterapeut har, uavhengig av hvilken utdanningsinstitusjon vedkommende er uteksaminert fra.

34) Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

Ja, se begrunnelse under punkt 29.

Vi savner tydeliggjøring av:

- Ergoterapiprosessen
- Brukermedvirkning
- Arbeidsdeltagelse
- Bærekraftig samfunn
- Sykdomslære er fraværende
- Aktivitetsanalyse
- Konsekvent språkbruk, mer fokus på «ferdigheter og aktivitetsutøvelse» enn «funksjon og funksjonsvurdering».

35) Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar? Ja Nei Vet ikke

Hensiktsmessig: Ja,

Gjennomførbar: Det kommer an på hvordan man definerer dette.

36) Begrunn svaret

Her trengs det en mer presisering i hva som ligger i de ulike delene av praksisstudiet fra ferdighetstrening kontra eksternt veiledet praksis. Når det gjelder eksternt veiledet praksis mener vi i OUS at det bør være en lengre praksisperiode i hvert studieår, for å sikre øvelse i praktisk utøvelse av faget. Her vil vi henvise til fysioterapeutenes retningslinje, når det gjelder struktur og tydeliggjøring av hensikt og gjennomføring av praksisstudiene.

Den eksternt veilede praksisen kan organiseres på ulikt vis, men det er viktig at studentene får praksis i både spesialist- og primærhelsetjenesten.

Vi stiller oss bak anbefalingene om omfang av eksternt veiledet praksis fra «Praksisprosjektet» og WFOT. Det er viktig at det presiseres i praksisstudiet at man fremhever betydningen av at teori og praksis skal knyttes sammen. Vi vil også fremheve at utdanningen tilstreber at ved eksternt veiledet praksis er hovedregelen at veileder er en norsk autorisert ergoterapeut.

Praksisfeltet og utdanningen bør samarbeide om eksternt veiledet praksis, både når det gjelder tilrettelegging og gjennomføring. Områder for samarbeid bør være utvikling av aktuelle pedagogiske tilnærminger, læringsutbyttebeskrivelser, vurderingsformer og varighet på praksis.

I forskriften står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse». OUS har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Veiledning er en kontinuerlig oppgave for ergoterapeuter, og kompetansen som ligger til grunn kan benyttes både til pasienter, pårørende, kollegaer og studenter. De læringsutbyttebeskrivelsene som omhandler dette i retningslinjen, må kvalifisere for denne oppgaven.

Krav om kompetanse på de sykehusansatte veilederne, må ses i sammenheng med hva som skal være universitets- og høgskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine praksisstudier. OUS støtter formuleringen i forskriften om at lærer skal være oppdatert i praksisstedets problemstillinger og sikre kontinuitet, sammenheng og progresjon i studiet. Det forventes at forskriften er førende, men i retningslinjen står ikke dette omtalt. OUS ønsker at lærers rolle tydeliggjøres og at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler hvor blant annet utdanningsinstitusjonenes ansvar for oppfølgingen av studenter i praksis operasjonaliseres, basert på beskrivelsen i forskriften. Det kan ikke være opp til det enkelte helseforetak og den enkelte utdanningsinstitusjon å fremforhandle løsninger på dette.

37)

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' 1 2 3 4 5 Vet ikke

Vet ikke.

38) Begrunn svaret

For oss som jobber ute i praksis, er det ut i fra denne overordnede retningslinjen vanskelig å si hvor omfattende utdanningen blir. UH sektoren må jobbe videre med dette, men det er viktig at man vektlegger, og muliggjør, læring av kjernekompetanse i faget på bachelornivået. Dette for at studentene skal kunne danne seg et faglig fundament med både kunnskap og

ferdigheter knyttet til kjernekompetansen. Eksempler er aktivitetsanalyse, ergoterapiprosessen og metodisk bruk av aktivitet.

Utdanningene må, ut i fra retningslinjen, vurdere hva som skal prioriteres i grunnutdanningen og hva som skal bli lagt til kurs og videreutdanninger. Her bør samarbeidet mellom praksisfeltet og utdanningene styrkes, slik at dette blir et felles anliggende knyttet til fremtidens kompetansebehov.

Krav til studiets oppbygging:

Dette punktet bør få en mer overordnet framtoning, derav kortes ned og konkretiseres. Vi ser ikke nødvendigheten av å presisere hva som skal gjøres i hvert studieår.

Her blir det også en blanding av presisering og for generelt innhold, dette blir da litt utydelig.

Henviser til fysioterapeutenes retningslinje.

39) Hvordan vurderes mulighetene evt. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?

Felles undervisningsopplegg mellom de ulike ergoterapiutdanningene:

Dette vil være lurt å tilstrebe, i enkelttemner, for å muliggjøre mer samlet eller lik sluttkompetanse, spesielt knyttet til kjernekompetansen i ergoterapifaget.

Felles undervisningsopplegg mellom ulike profesjoner på samme utdanningssted:

Det er viktig at studentene får muligheten til å opparbeide seg kompetanse på tverrprofesjonelt samarbeid og få forståelse for andre profesjoners kompetanse, både gjennom undervisningsopplegg i den teoretiske delen av utdanningen, men også i praksisperiodene. En utfordring med tverrprofesjonell praksis er at praksisperiodene i liten grad er samkjørte mellom de ulike utdanningene. Her må utdanningsinstitusjonene sitte i førersetet og legge opp studieprogrammene slik at dette lar seg gjennomføre. Det kan for eksempel være en punktpraksis, med alle relevante profesjoner. Det anbefales at studentene har kommet like langt i sine studier, for å få maksimalt ut av opplegget. Denne type kompetanse er viktig for praksisfeltet.

40) Er det andre høringsinnspill?

Generelle kommentarer til hele retningslinjen:

Vi ser at seks av åtte programgrupper har valgt å dele inn læringsutbyttebeskrivelsene under kunnskapsområder. Det vil være en fordel om alle profesjonenes retningslinjer har samme struktur og oppbygging. For leservennligheten er det også viktig at kunnskapsområdene blir presentert innledningsvis, før formålet. En gjennomgang av språk og begrepsbruk vil også øke leservennlighet i tillegg til å tydeliggjøre fagprofilen. Viktig at essensielle kjernekompetansebegrep brukes gjennomgående i retningslinjen.

Formålet synes vi gir en god beskrivelse av profesjonen, og det er viktig at kjernekompetanse som metodisk bruk, fremheves her. Likevel bør formålet spisses enda mer, slik at forskjellen fra andre profesjoner blir tydeligere. Ved å benytte kjernebegrepene i enda større grad vil fagprofilen mulig bli enda tydeligere. Et annet viktig element er å tydeliggjøre fagets kompetanse knyttet til aktivitetsproblemer, ikke kun diagnoserelatert

tilnærming. Dette anser vi som viktig å få frem. Ved å jobbe videre med begreper og innhold, som tidligere nevnt, knyttet til overskriftene på kunnskapsområdene og LUB'ene under, kan formålet bli kortere og mer spisset.

I tillegg bør innholdet knyttet til kunnskapsbasert praksis, som pr. i dag står som egen kunnskapsområde, integreres i formålet, og dermed være gjeldende for resten av retningslinjen.

For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH sektoren er likeverdig representanter også på programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Pr i dag er dette ikke tilfelle. Et forslag er å etablere et fora under den nasjonale arbeidsgruppen som er likeverdig sammensatt mellom tjenestene og UH sektoren. Denne gruppen må ha et mandat som sikrer samarbeide mellom utdanningsinstitusjonene på programplannivået. Alternativt bør tjenestene representeres i større grad i det eksisterende «nasjonale profesjonsrådet» som nå heter «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen ergoterapi».

Sak 18/643: Høringssvar RETHOS: Radiografutdanningen. Fra Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus stiller seg bak høringssvaret fra Helse Sør-Øst, men velger også å levere inn eget. Høringssvaret sendes inn som eget dokument da noen av svarene inneholder mer enn 4000 tegn, som var begrensningen i questbacken.

Generelle spørsmål om retningslinjen

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'

1 2 3 **4** 5 Vet ikke

Begrunn svaret:

Ja, hvis intensjonen kan utføres slik retningslinjen er beskrevet.
Se også tekst senere i dokumentet.

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

Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'

1 2 3 **4** 5 Vet ikke

Begrunn svaret.

Maskinene blir mer komplekse i takt med teknologisk utvikling. Nye og flere oppgaver legges over på radiografene fra radiologene. Økt teoretisk kunnskap innen konvensjonell røntgen, CT og MR vil gjøre at retningslinjene er mer i tråd med brukerens behov for kompetanse i tjenesten. For å ivareta brukernes behov for omsorg og pleie er det viktig at studenten får vektlagt også dette under radiologisk praksis.

Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene?

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

1 2 3 4 5 6 7 **8** 9 10 Vet ikke

Begrunn svaret

Retningslinjen er overordnet og gir stor autonomi til den enkelte utdanningsinstitusjon. Vi ser det som gunstig at det er noe mer nasjonal standardisering. Både praksis og teori bør være ytterligere standardisert. Nyutdannet radiograf med utdanning fra Norge bør være på samme nivå for kjernemodalitetene CT/MR/Konvensjonell radiografi. For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH sektoren er likeverdig representert også på programplannivået (nivået

under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Pr i dag er dette ikke tilfelle. Et forslag er å etablere et fora under den nasjonale arbeidsgruppen som er likeverdig sammensatt mellom tjenestene og UH sektoren. Alternativt må tjenestene representeres i større grad i det eksisterende «profesjonsrådet» som nå heter «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen radiografi».

Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

Ikke umiddelbart. Man må være klar for nye kunnskapsområder kan innlemmes raskt, og i takt med teknologisk utvikling. I forskriften står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse. Dette gjentas i retningslinjen. OUS har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Det er altfor kostbart for helseforetakene å etterutdanne alle for å kvalifisere ansatte til å veilede. Det er derfor ønskelig at LUB'er ift veiledningspedagogikk synliggjøres tydeligere i retningslinjen.

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

Ja Nei Vet ikke

Begrunn svaret

Se tekst lenger ned i dokumentet

I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbar 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'

1 2 3 **4** 5 Vet ikke

Under forutsetning av at endringsforslag mhp omfang tas hensyn til

Begrunn svaret

For å utdanne radiografer som svarer til formålet med radiografutdanningen er omfanget i liten grad gjennomførbar innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning. Formålet bør omformuleres og ikke være så ambisiøst. Det kan ikke forventes at kandidaten selvstendig kan planlegge, utføre, vurdere osv etter 3 års utdanning. Dette kan man først selvstendig etter ferdig opplæring på arbeidssted og med arbeidserfaring. Kandidaten skal ha en kompetanse som gjør at de kan motta ytterligere opplæring.

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

Sett i lyset av den utvikling radiografi-faget har hatt de siste 30 år, bør man kanskje se til andre land og sikte inn mot en 4-årig utdanning hvor den enkelte etter tre år spesialisere seg på fjerdeåret.

Radiografutdanningen er foreslått med 30 ukers praksis,

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»

1 2 3 **4** 5 Vet ikke

Begrunn svaret

Dette vurderes som hensiktsmessig og gjennomførbart. Presisere at det antall timer som gjelder (-tilsvarende uker.)

Sikre at praksis blir et definert minimum på de viktigste modaliteter (MR, CT og Konvensjonell). Spesifisere disse perioder i en jevn sammenhengende fordeling. Prøve best mulig å ta hensyn til geografisk område, men praksis på «kjerne-modaliteter er det viktigste.» Forslag: Praksisperioder på 6 uker til henholdsvis CT, MR og Konvensjonell = 18 uker. 12 uker fordelt på to andre modaliteter, eventuelt mer av kjerne- virksomheten, og inkludert en 2-3 ukers klinisk praksis.

30 uker bør være maksimal tid i praksisstudier. Teori har blitt viktigere å kunne når man er ferdig utdannet. OUS bruker mye tid på opplæring på spesifikke maskiner når den nyansatte kommer ut i jobb. Det bør være obligatorisk med klinisk praksis utenfor bildediagnostisk avdeling – min. 2 uker – maks. 3 uker – dette for å trene i å løfte blikket utenfor vår sfære og vektlegge betydningen av tverrfaglig samarbeid, samt få kunnskap om hvordan møte og ivareta pasienter. Kunnskapen og forståelse for pasienthåndtering, praktisk sykepleie og sykehuslogistikk/drift er en viktig og grunnleggende kompetanse vi ønsker at radiografstudenter og ferdige radiografer skal inneha. Uten grunnleggende klinisk

kunnskap/kompetanse, vil radiografer kunne fremstå som mindre profesjonelle. Radiografer har hovedansvaret for pasientomsorgen når pasienten er i bildediagnostisk/stråleterapiavdelingen.

I dag tar praksisperiodene for mye av teoritiden, som ikke er nok vektlagt.

1. år: tidlig observasjonspraksis. Resten av året kun teori. Studenten skal få et innblikk/inntrykk av yrket og evt. vurdere sin egen egnethet. Læringsmål: Hvordan jobber en radiograf? Hvorfor må man lære (kunne) de læringsmål som er satt opp (relater til anatomi, fysikk osv).

2. år med lenger sammenhengende praksisperiode; egnethet vektlegges og teori lenkes opp mot praksis.

3. år: Lenger sammenhengende praksisperioder - helst på samme sykehus. Slippe å være »ny» hver praksisperiode ift studentveileder, RIS/PACS, arbeidsgang, lokaliteter osv. Trygghet begge veier.

Alle skal ha praksis på CT, MR og Konvensjonell. To modaliteter i tillegg i form av: Stråleterapi, Nukleærmedisin, Mammografi, Ultralyd eller Angio/intervensjon.

Hvis det er mangel på praksisplass innen vesentlige modalitet (MR/CT/Konvensjonell) kan studenten ha praksis for eksempel i forbindelse med kveldspoliklinikk.

For ferdighetstrening med fantomer kan utdanningsinstitusjonene arrangere dette i samarbeid med sykehuset og fagradiografer kan involveres.

Praksissted vs utdanningsinstitusjon:

Oppdatert teori: Knytte flere fagradiografer til undervisningen på utdanningsinstitusjonen, samt skape arenaer for å oppnå bedre samarbeid.

Intervju i forbindelse med opptak på studiet vil kanskje kunne sortere de mest uegnet fra å starte på studiet. Hvis man ikke kan skaffe gode og relevante praksisplasser: Er det for mange studenter som tas inn?

Bør retningslinjen inneholde et minimumskrav til innhold i praksisstudiene?

Ja Nei Vet ikke

Begrunn svaret

Ja – se over

Er det andre høringsinnspill?

OUS støtter formuleringen i retningslinjen «utdanningsinstitusjonen og praksistilbyder skal samarbeide for å sikre sammenhengen mellom den teoretiske undervisningen og praksisundervisningen og at samarbeidet skal nedfelles i en forpliktende samarbeidsavtale.

OUS ønsker at det skal utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler hvor aktørenes rolle når studenter gjennomfører praksisstudier tydeliggjøres og konkretiseres.

Rød skrift under angir foreslåtte endringer.

Kapittel	Side	Innspill	Annet
Formål (Nivå 6 NRK må overholdes)	S1	Ha praksis og teoretiske forutsetninger for å « Selvstendig skal kunne planlegge, utføre, vurdere, formidle, lede, utvikle og implementere radiografi, og også ha kunnskaper innen nukleærmedisin og stråleterapi. Videre skal kandidaten kunne gi råd innen undersøkelse, diagnostikk og behandling, herunder risikovurdering, strålevern og pasientsikkerhet.» Mener at uthevet ord ikke bør være et krav etter endt 3-årig bachelor.	Europeisk definisjon må ses i sammenheng
Læringsutbytte I. ANATOMI, FYSIOLOGI, MIKROBIOLOGI OG SYKDOMSLÆRE	S2 Kunnskap S2 Ferdigheter	1. Har bred kunnskap om anatomi, inkludert topografisk anatomi og normalvariasjoner i alle organsystemer samt vite hvordan dette ser ut bildediagnostisk (CT, MR, Konv.) 4. Har bred kunnskap om fysiologi og almen mikrobiologi, samt smittestoffer, smitterisiko og infeksjonsforebyggende tiltak 2. Kan beherske plan/proeksjoner for fremstilling og vurdere vurdering fremstilling av normal anatomi og vanlig forekommende patologi ved konvensjonell røntgen, CT og MR, samt kunne vurdere bildematerialet kritisk i forhold til bildekvalitet og problemstilling Se også i annen tekst i høringssvaret	Fysiologi er viktig pga perfusjons-/diffusjonsteknikker og nukleærmedisin.
II. FYSIKK OG BILDEDANNEELSE, BILDEBEHANDLING OG BILDEKVALITET	S3 Kunnskap Ferdigheter Generell kompetanse	2. Har kunnskap innen fysikk, apparatlære, bildedannelse og opptaksteknikker knyttet til andre relevante modaliteter, som for eksempel ultralyd, nukleærmedisinske modaliteter, SPECT/CT og PET/CT og stråleterapi 3. Har kunnskap om ulike metoder for å vurdere* og måle bildekvalitet i medisinske bilder 4. Har kunnskap om kjenner til bildebehandlingsmetoder og aktuelle algoritmer 5*. Kjenner til prinsipper for bildeprosessering og hva disse betyr for bildekvalitet og diagnostisk bruk 1. Kan anvende faglig kunnskap innen fysikk og apparatlære til å vurdere berettigelsen av og optimalisere en undersøkelse i samarbeid med radiologer og nukleærmedisinere. 2. Kan formidle sentrale ² tekniske spørsmål og utveksle synspunkter i faglige og tverrfaglige team. 3*. Ha innsikt i ulike bildeprosesseringsteknikker og vurdere konsekvensene. Må samsvare med kunnskap pkt 5.	*Hva liggess i å vurdere og måle. Det er drevne radiografer som gjør dette x pkt.5 (kunnskap) og pkt. 3 (generell kompetanse) harmoniserer ikke. ² Hva menes med «sentrale» - upresist definert
III. STRÅLEVERN, strålebiologi, RISIKO	S4 Kunnskap Ferdigheter Generell kompetanse	4. Har kunnskap kjennskap om krav til kvalitetskontroll og kalibrering 1. Kan reflektere over dose opp mot nasjonale verdier, samt ha kjennskap til bruk av verktøy for å beregne doser for ioniserende stråling 2. Ta ansvar for å veilede og kunne formidle om berettigelse og ivaretagelse av strålehygieniske prinsipper	
IV. FARMAKOLOGI	S4-5 Ferdigheter	3. Kan anvende utvalgte, relevante laboratorieanalyser til å vurdere risiko ved legemiddeladministrasjon Legemiddelregning må inn som kunnskap og ferdighet	
V. PASIENTOMSORG, OBSERVASJON OG SMITTEVERN	S5 Kunnskap Ferdigheter	3. Ha kjennskap til akutsituasjoner og kunnskap om akuttberedskap 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. Kandidaten skal kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling eller henvise x videre ved behov 1. Kan beherske kliniske prosedyrer relatert til bildediagnostiske	*Hva menes med å følge opp? xmelde?

	Generell kompetanse	undersøkelser og behandling. Hva menes her? 1. Kan planlegge og utøve omsorg og pleie, samt gi informasjon og råd til pasient og pårørende, med utgangspunkt i det enkelte menneskets behov som er relevant for radiologiske undersøkelser/behandling.	
VI. DIGITALISERING OG E-HELSE	S6 Kunnskap Ferdigheter Generell kompetanse	2. Har digital kompetanse , inkludert computer hardware, medisinske bilde og informasjonssystemer, informasjonsoverføring, bildelagring, teleradiologi 3. Kjenne til optimalisering av arbeidsprosesser ved hjelp av IKT-verktøy innen bildediagnostikk, inkludert potensialet for kunstig intelligens 1. Skal denne med? Er det mange radiografer som kommer til å praktisere denne ferdigheten. 1. Kjenner til e-helsesystemer og kan bidra med å fremme behov ved anskaffelser og konfigurasjon av systemene	
VII. FORSKNING, FAGUTVIKLING OG INNOVASJON	S6 Generell kompetanse		
VIII. ETIKK	S7 Kunnskap Ferdigheter Generell kompetanse		
IX. KOMMUNIKASJON, VEILEDNING OG TVERRPROFESJONELT SAMARBEID	S8 Generell kompetanse		
X. HELSEPOLITIKK OG SAMFUNN	S8 Kunnskap	2. Har kunnskap om og forholder seg til helse- og sosialpolitikk, lover, regelverk innenfor relevante fagområder, *inkludert å kjenne til samers rettigheter, og ha kunnskap om og forståelse for samenes status som urfolk.	*Skal de behandles annerledes enn andre mennesker?
Krav til studiets oppbygging		Kunne være interessant å se fordelingen av STP. Vektlegge kap 1-5 – langt mer enn 6-10	
Krav til praksisstudiene		Omfang av veiledede pasientrettede praksisstudier skal som hovedregel tilsvare minimum 900 timer (30 uker). Det anbefales minst én lengre praksisperiode, 360 timer (12 uker) i løpet av studiet. A) Praksistilbydere skal velges av utdanningsinstitusjonene og skal være offentlige eller private helseinstitusjoner. Praksisstudiene skal som minimum omfatte konvensjonell røntgen, CT og MR. Praksisstudier i andre fagområder som; nukleærmedisin, stråleterapi, mammografi, barneradiografi, intervensjonsradiografi eller ultralyd kan tilbys etter tilgjengelighet. Videre skal praksisstudiene sikre erfaring med tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) og kompetanse i akuttmedisin, pasientobservasjon og basis sykepleie, kommunikasjon og ivaretagelse av kritisk syke pasienter. B)	A) Alle praksisperioder bør være lenger og ha sammenheng Se i samlet kommentar B) Kortere praksis uten for radiologi, styrker tverrfagligheten

Kunnskapsnivå

I dag mener OUS det er for lite teori om CT og MR gjennom utdanningen. De er slått sammen med andre modalitetsområder til en vekting av 5 STP hvilket er veldig lite. Det er ikke oppgitt STP på kunnskapsområder (emner) i ny retningslinje.

Kjernemodalitetene (CT/MR/Konvensjonell) må oppjusteres vesentlig på teori og praksis. Det må bli på bekostning av andre modaliteter som er «kunnskap om». Men studentene bør lære nok til at de får et godt grunnlag for å gå videre til videreutdanning i stråleterapi, intervensjonsradiografi og nukleærmedisin.

Ved OUS øker intervensjoner både i antall og i kompleksitet. Dette er en trend som utdanningsinstitusjonene bør ta inn over seg og implementere godt nok i teori. Sammen med praksisstedene bør det legges til rette for at flest mulig av studentene får en praksisperiode som inkluderer intervensjon, enten ved ultralyd, CT eller Angio/intervensjon.

Studentene har for dårlige kunnskaper innen anatomi og fysiologi i dag. Dette er avgjørende kunnskaper innen bildediagnostikk som må styrkes, ikke kun i forhold til dags behov, men også i forhold til de spesialiserte undersøkelser som det stadig blir flere av, drevet fram av persontilpasset diagnostikk og behandling. Nye modaliteter har fokus på molekylært nivå og da må basis fysiologikunnskap styrkes.

Disse områder er sammen med apparatlære og strålevern/biologi, digital bildebehandling og relevant fysikk, områder som må vektlegges tyngre i nye retningslinjer. Samtidig er pasientomsorg fortsatt viktig.

Sak 18/643 RETHOS; vernepleierutdanningen. Høringssvar fra Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus stiller seg bak høringssvaret fra Helse Sør-Øst, men velger også å levere inn eget. Høringssvaret sendes inn som eget dokument da noen av svarene inneholder mer enn 4000 tegn, som var begrensningen i questbacken.

Spørsmål 102: 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'.

Svar: 4

Spørsmål 103: Begrunn svaret

Svar: Utkastet til retningslinje inneholder mye av det som er i tråd med den kompetansen OUS har behov for. I OUS er det Klinikk Psykisk helse og avhengighet som har flest vernepleiere ansatt. Behovet for kompetanse om psykiatri og rus synes å være noe mangelfullt beskrevet i utkastet. Psykiske lidelser er en global, helsemessig samfunnsutfordring (Siem, 2016). Denne utfordringen berører både spesialisthelsetjenesten og førstelinjen, og det er viktig å ha bred tverrprofesjonell kompetanse til å ivareta pasienter og brukere med psykiske lidelser og/eller avhengighetsproblematikk.

Vernepleiere har siden utdanningen startet opp på 60-tallet hatt et spesielt fokus på kunnskap om utviklingshemning og hvordan tilrettelegge tjenester for denne gruppen mennesker. Forskning viser at personer med utviklingshemning har økt sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser. Symptomene kan imidlertid være atypiske, hvilket krever en helt egen kompetanse for utredning og behandling av denne gruppen (Bakken, 2011). Det er viktig at utdanningen vektlegger kunnskap om psykiske lidelser og spesielt hvordan dette arter seg hos personer med utviklingshemning.

I tillegg ønsker vi å understreke at både kunnskap og ferdigheter i legemiddelhåndtering bør tydeliggjøres i retningslinjen.

Spørsmål 104: 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'.

Svar: 4

Spørsmål 105: Begrunn svaret

Svar: Vi mener at tjenestenes behov for kompetanse og brukernes behov for kompetanse er noe som i stor grad sammenfaller. Det svaret som er avgitt under spørsmål 103 vil dermed også ha relevans for svaret på dette spørsmålet. I tillegg ønsker vi å berøre det som angår brukerne og brukermedvirkning spesielt. Utkastet til retningslinje har med brukerperspektivet - og brukermedvirkning, som et gjennomgående tema. Dette synes å være både riktig og viktig. Vi synes det er positivt at det nevnes i formålsbeskrivelsen at vernepleiere skal ha «kompetanse til å

samarbeide med brukere, pårørende og andre tjenesteytere og aktører for å fremme selvbestemmelse, deltakelse, mestring og livskvalitet».

Når det gjelder kunnskapsområde 2 – Innovasjon, kritisk tenkning og kunnskapsbasert praksis, så mener vi imidlertid at det er rom for en viss forbedring. LUB'ene preges av at det er vernepleieren som treffer valg tilpasset mottakeren. Her synes vi at fokus på medvirkning og samvalg (shared decision making) bør styrkes (Jacobsen, Blinderman, Alexander Cole, & Jackson, 2018). Kunnskapsbasert praksis hviler på tre søyler; forskning, klinisk erfaring og brukererfaringer. Det sistnevnte kunne ha kommet bedre frem.

Spørsmål 106: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'.

Svar: 7

Spørsmål 107: Begrunn svaret

Svar: Nasjonal rammeplan for vernepleiere har vært lite spesifikk. Dette har ført til relativt store ulikheter mellom utdanningsinstitusjonene, noe som blant annet har ført til at enkelte arbeidsgivere konsekvent unngår å ansette vernepleiere som er utdannet ved visse utdanningsinstitusjoner. Vi ønsker derfor det nye styringssystemet velkommen, og tenker at graden av detaljering slik den fremstår i utkastet er positivt. Samtidig ser vi at læringsutbyttene blir mange, og vi er av den oppfatning at dette kan optimaliseres noe mer. Dette er nærmere beskrevet under punkt 116.

Vi stiller forøvrig spørsmål ved at nå som studiepoengene ikke er en del av retningslinjen, så vil det være stort rom for at utdanningsinstitusjonene fortsatt kan vekke de ulike kunnskapsområdene svært forskjellig. For å oppnå relativt like utdanninger på landsbasis, er det viktig at det etableres en varig struktur for samarbeid, hvor «tjenestene» og UH sektoren er likeverdig representert, også på programplannivået (nivået under retningslinjen). Dette bør presiseres i retningslinjen. Et forslag er å etablere et forum under den nasjonale arbeidsgruppen som er likeverdig sammensatt mellom tjenestene og UH sektoren. Denne gruppen må ha et mandat som sikrer samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene på programplannivået. Alternativt må tjenestene representeres i større grad i det eksisterende «profesjonsrådet» som nå heter «nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen vernepleie».

Vi hadde ønsket at det på en eller annen måte kom frem at det vi anser som vernepleiernes kjernekompetanse, dvs. kunnskapsområde IV, V og VI, skal ha en stor plass i studiet.

Spørsmål 108: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

Svar: Viser til svaret på spørsmål 103 og 105

Spørsmål 109: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar? (Ja/nei/vet ikke)

Svar: Nei

Spørsmål 110: Begrunn svaret

Svar: Vernepleie er en praktisk og klinisk utdanning, så praksis bør ha en stor plass i studiet. Det er imidlertid viktig at det teorigrunnlaget som danner grunnmuren for å få utbytte av praksis også vektlegges. Kravet til praksis er i dag på minimum 32 uker. Vi mener at dette er tilstrekkelig. I tillegg ønsker vi oss en formulering om at praksis bør være fordelt over minst 3 ulike perioder og at det bør være en viss variasjon i hvilke steder man er utplassert. Vernepleiere jobber i dag innenfor mange ulike fagfelt og en bred erfaring fra ulike praksissteder og med ulike brukergrupper vil være en stor fordel. Med tanke på at vernepleiere spesielt bør ha kunnskap om personer med utviklingshemning (se svar på spørsmål 113 og 114), ønsker vi at dette spesifiseres ytterligere også i forbindelse med praksis. Vernepleiere bør i løpet av studiet ha hatt minst én praksisperiode i tjenester for personer med utviklingshemning. Dette er i tråd med de anbefalinger som ble gitt i Universitets- og høyskolerådets prosjektrapport om kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning (Universitets- og høyskolerådet, 2016, s. 27).

Spørsmål 111: 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'.

Svar: 3

Spørsmål 112: Begrunn svaret

Svar: De kunnskapene og ferdighetene som LUBene beskriver er kjent for oss som vernepleiere, og vi kan ikke se at det har blitt tilført store områder hvor ny kompetanse som kreves. Vi mener derfor at omfanget er realistisk innenfor et 3-årig bachelorprogram. Læringsutbyttene er imidlertid mange og kan med fordel kortes ned til færre punkter. Vi merker oss at mange av LUB'ene er overlappende og til dels lite presise. Våre forslag til endringer av disse er besvart under spørsmål 116.

Spørsmål 113: Er det viktig å nevne særskilte grupper i formålet slik retningslinjen beskriver? (Ja/nei/vet ikke)

Svar: Ja

Spørsmål 114: Begrunn svaret

Svar: Vernepleierutdanningens historie er sterkt knyttet til omsorg og tjenester for personer med utviklingshemning. Dette gir en unik kompetanse som de fleste land ikke har en egen utdanning for. Heller ikke i Norge er det noen av de andre helse- og sosialfaglige utdanningen som fokuserer spesifikt på denne målgruppen. Personer med utviklingshemning er en svært sårbar gruppe med helt særskilte behov, samtidig som de trenger en tilnærming og et tjenestetilbud som er likeverdig hva alle andre får. Personer med utviklingshemning har en historie preget av feilbehandling, diskriminering og overgrep (Fjermeros, 2018). Vernepleierprofesjonen har spilt en vesentlig rolle i endringen av synet på disse menneskene, selv om det fortsatt er en vei igjen å gå. Vi mener det er riktig å trekke frem vernepleierfagets særkompetanse om personer med utviklingshemning slik formålsbeskrivelsen gjør.

Samtidig vet vi at vernepleiere i dag jobber på mange ulike arenaer og med mange ulike målgrupper, f.eks. innen rusomsorg, skole, psykiatri mv. Det er derfor fint at ordlyden ikke utelukker muligheten for å kunne jobbe med flere ulike målgrupper, ved å beskrive at vernepleiere har kunnskap om mennesker med funksjonsnedsettelse generelt og om utviklingshemning spesielt. Dette mener vi viser mangfoldet i den kompetansen vernepleiere innehar, samtidig som det viser en spesialkompetanse om utviklingshemning som ingen andre profesjoner vektlegger i samme grad.

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

Spørsmål 115: Programgruppen har foreslått at det skal legges rette for studentmobilitet, og ber om innspill på forslaget om valgbart fordypningsemne. Hvilke konsekvenser vil dette ha for utdanningsinstitusjonene?

Svar: Vi ser at det vil være en stor fordel for studentene dersom det legges til rette for at man kan bytte studiested underveis i utdanningsløpet, og gir vår støtte til dette. Dette fordrer imidlertid et samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen for å tilstrebe at hvert studieår inneholder de samme læringsutbyttene, slik at man kan bytte studiested dersom man har fullført ett helt studieår.

Spørsmål 116: Er det andre høringsinnspill?

Svar:

Vi merker oss at det i retningslinjen for vernepleiere ikke er nevnt noe om hva den engelske tittelen skal være. Dette er et emne som har vært mye debattert, ettersom vernepleierutdanningen er en nokså særnorsk ordning. Pr. i dag brukes vanligvis «social educator», men mange mener dette ikke synliggjør den helsefaglige kompetansen vernepleiere har. Et alternativ hadde vært å bruke den engelske tittelen «learning disability nurse», da dette nok er den europeiske utdanningen som likner mest på vernepleie. Denne utdanningen finnes i Storbritannia og krever kun få tilleggskurs for å godkjennes der.

I forskriften står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse. OUS har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. De læringsutbyttene som omhandler veiledning i retningslinjen må kvalifisere for denne oppgaven.

Krav om kompetanse som kreves for de sykehusansatte veilederne, må ses i sammenheng med hva som skal være universitets- og høyskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine praksisstudier. OUS støtter formuleringen i forskriften om at utdanningsinstitusjonen har ansvar for å følge opp studentene hos praksistilbyder, skal være oppdatert i praksistilbyders problemstillinger og bistå i pedagogiske spørsmål inkludert planlegging av læringsaktiviteter, veiledningsmetodikk, vurdering av skikkethet og evaluering. Pr i dag fungerer dette altfor tilfeldig, da lærers rolle og hvilke krav som stilles til oppfølging fra utdanningsinstitusjonens side er for lite tydelig definert. Det kan

RETHOS vernepleierutdanningen. Høringssvar fra Oslo universitetssykehus HF

ikke være opp til det enkelte helseforetak og den enkelte utdanningsinstitusjon å fremforhandle løsninger på dette. OUS ønsker at dette tydeliggjøres i retningslinjen og stemmer overens med innholdet i forskriften. OUS ønsker videre at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler som operasjonaliserer de ulike aktørers roller og ansvar.

Læringsutbyttebeskrivelsene (LUB) er mange og til dels svært omfattende. Vi mener at det er mulig å optimalisere dette noe mer.

FORSLAG TIL ENDRING AV LÆRINGSUTBYTTEBESKRIVELSER

Kunnskapsområde I Yrkesrolle, etikk og samarbeid og Kunnskapsområde II Innovasjon, kritisk tenkning og kunnskapsbasert praksis

Slik vi forstår retningslinjen, så er ikke kunnskapsområdene adskilte emner, men områder som går over i hverandre. Det vil i så fall si at f.eks. etisk tenkning skal prege vernepleierens fagutøvelse på alle områder. Slik vi forstår det, er dermed kunnskapsområde I dekkende for de andre kunnskapsområdene. Under generell kompetanse på Kunnskapsområde I og II foreslås dermed LUB nr. 1 fra begge områder slått sammen til en felles LUB med ordlyden: *«Har innsikt i etiske krav og retningslinjer for tjenesteutøvelsen og kan reflektere over relevante etiske problemstillinger.»*

Kunnskapsområde III Likestilling og ikke-diskriminering

Kunnskap

Med tanke på at Norge blir et stadig mer flerkulturelt samfunn og at vernepleiere i sin tjenesteutøvelse møter personer fra mange ulike kulturer bør LUB nr. 9 bør inkludere kulturkunnskap og -forståelse for alle grupper. Ordlyden foreslås endret til: *«Kan anvende kunnskap om kultursensitivitet, herunder kunnskap om samers kulturbakgrunn og status som urfolk.»*

Kunnskapsområde IV Helse, sykdom og funksjonsnedsettelse

Kunnskap

LUB nr. 1 og 4 er svært like. Disse bør kunne slås sammen til ett punkt.

LUB nr. 6 er litt upresist formulert. I tillegg tenker vi at denne LUBen bør høyere opp og falle inn under det vernepleiere skal ha **bred** kunnskap om. Det er også viktig å understreke at ved utviklingshemning vil vurdering av symptomer møte på spesielle utfordringer, både pga. et ofte atypisk sykdomsbilde eller mangelfull evne til å kommunisere. Forslag til reformulering: *«Har bred kunnskap om symptomer på vanlige somatiske sykdommer og psykiske lidelser, hvordan dette arter seg hos personer med utviklingshemning, samt behandling av disse.»*

LUB nr. 7 og 8 handler også om det samme og bør kunne slås sammen til ett punkt. Forslag til reformulering: «Har kunnskap om generell farmakologi, legemidlers virkninger/bivirkninger og forsvarlig legemiddelhåndtering, samt være i stand til å oppdatere sin kunnskap om dette.»

Ferdigheter

Det bør tilføyes en LUB om ferdigheter i legemiddelhåndtering.

Som helsepersonell er vi forpliktet til å inneha kunnskap og ferdigheter til å gi øyeblikkelig helsehjelp i nødssituasjoner jfr. HPL § 7(Helsepersonelloven, 1999). Vi mener derfor at dette kan tydeliggjøres mer i LUB nr. 2. Forslag til tekst: «*Kan utføre livreddende førstehjelp og er i stand til å oppdatere sin kunnskap om dette.*»

Kunnskapsområde V Miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering

Kunnskap

Vi savner en LUB om vernepleieres kunnskap og kompetanse omkring atferdsendrende tiltak. Dette er noe vi anser at kjennetegner vernepleiere som profesjon; kompetansen og evnen til å jobbe målrettet med innlæring av nye ferdigheter og endring av uhensiktsmessig atferd. Det er mulig at LUB nr. 7 var ment å skulle dekke dette, men det synes vi ikke kommer tydelig frem. Noe av det som står i denne LUBen synes vi allerede er dekket godt av f.eks. LUB nr 3 og 4. Vi ønsker derfor heller at LUB nr 7 erstattes med: «*Har kunnskap om prosesser for endring av atferd og på hvilken måte disse kan anvendes målrettet samt faglig og etisk forsvarlig.*»

Ferdigheter

Jfr. LUB med kunnskap om atferdsendring bør det være en LUB med ferdigheter som tilsvarer kunnskapen. Forslag: «*Kan anvende metoder for atferdsendring og reflektere faglig og etisk over anvendelsen av disse.*»

LUB nr. 1 er etter vår mening litt upresist formulert. Vi foreslår denne endret til: «*Kan anvende faglig kunnskap for å analysere problemstillinger og iverksette miljøterapeutiske tiltak, habilitering og rehabilitering.*»

KILDEHENVISNING

Bakken, T. L. (Red.). (2011). *Samhandling med og uten ord : miljøbehandling for mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse*. Stavanger: Hertervig.

Fjermeros, H. (2018). Trekk fra utviklingshemmedes historie - i og utenfor institusjonene. *Samordningsrådets e-Læringskurs*. Lastet ned fra <http://kurs.helsekompetanse.no/andres-hjem/16689> den 7. juni 2018

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell mv. LOV-1999-07-02-64*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> den 6. desember 2017.

Jacobsen, J., Blinderman, C., Alexander Cole, C., & Jackson, V. (2018). "I'd Recommend ..." How to Incorporate Your Recommendation Into Shared Decision Making for Patients With Serious Illness. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(4), 1224-1230. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.12.488

- Siem, H. (2016). Psykisk helse som global utfordring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(04), 340-349. doi: 10.18261/issn.1504-3010-2016-04-06
- Universitets- og høgskolerådet. (2016). *Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: PRAKSISPROSJEKTET*. Oslo: Universitets- og høgskolerådet.