

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 Oslo
Postmottak@kd.dep.no

Vår referanse:
18/02379-2 / 008

Deres referanse:
18/643

Dato:
27.06.2018

Høringsuttalelse fra Sykehuset i Vestfold HF til forslag om nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene

Sykehuset i Vestfold HF (SiV) viser til høringsbrev fra Kunnskapsdepartementet (KD) datert 17. april 2018 der det bes om innspill på innhold i nye helse- og sosialfaglige retningslinjer. KD ønsker en vurdering av om retningslinjene er i tråd med tjenestenes og brukernes behov, om omfanget av retningslinjene er gjennomførbare innen rammen av en bachelorutdanning, og om det er mangler eller områder som bør utgå av retningslinjene. Nedenfor følger Sykehuset i Vestfold HF's overordnede kommentarer til høringen. I vedlegg følger spesifikke kommentarer til retningslinjen i sykepleie.

Nytt styringssystem

Praksisstudiene skjer i et samspill mellom helseutdanningene og arbeidslivet, men tjenestene har frem til nå i liten grad hatt mulighet for å påvirke innholdet og utformingen av utdanningene. Det er derfor positivt at det nye styringssystemet for helse- og sosialfaglige utdanninger tar hensyn til dette og etablerer styringsmekanismer som sikrer at innholdet i utdanningene samsvarer bedre med tjenestens faktiske og framtidige behov. At samarbeidet mellom tjenestene og UH-sektoren styrkes er avgjørende for å sikre god fremtidig kvalitet i pasientbehandlingen.

Dimensjonering av studieplasser

Et område som det nye styringssystemet ikke fanger opp, og som bør endres, er helseforetakenes innflytelse på dimensjonering av studieplasser. Helseforetakene har i dag ingen innflytelse på antallet studieplasser som opprettes. Allikevel er vi pliktige til å gi alle studenter, uavhengig av hvor mange de er, et tilbud om praksisplass i sykehusene som tilfredsstiller alle de krav som er satt.

Etter vårt syn bør det nasjonalt utformes et bedre system for å avstemme kapasitet og behov. Det kan synes som om dialogen mellom sektormyndighetene ikke fungerer godt nok innen området. I dag kartlegger Helse- og omsorgsdepartementet kapasiteten i helseforetakene som grunnlag for dialog med KD om fastsetting av kandidatmåltall. UH-sektoren beslutter allikevel ensidig hvor mange studenter de velger å tilby studieplass, uten å være i dialog med tjenestene om deres vurdering av egen kapasitet. Etter vårt syn er dette ikke godt nok. Det bør i stedet etableres et system og en struktur hvor UH-sektor og tjenestene finner mer omforente og koordinerte løsninger. Med tanke på de antatt store rekrutteringsutfordringene vi vil få fremover er det avgjørende at studieplassdimensjoneringen foregår på en tillitsvekkende og fornuftig måte.

Praksisveileders kompetanse

Retningslinjene spriker i stor grad når det gjelder krav til praksisveileders kompetanse. Forskrift om felles rammeplan for grunnutdanningene innen helse- og sosialfag presiserer at veilederne normalt skal ha samme profesjon som studentene, og som hovedregel bør ha formell veiledningskompetanse. I retningslinjen for sykepleie foreslås det at praksisveileder med hovedansvar skal ha veilederutdanning tilsvarende minimum 10 studiepoeng på mastergradsnivå. Retningslinjen stiller altså strengere krav til veileders kompetanse enn forskriften. Dette må KD rydde opp i og avklare. Dersom KD mener at alle veiledere skal ha en veilederutdanning av 10 studiepoeng må dette begrunnes bedre, kostnadsberegnes og det må komme fram hvilke konsekvenser en slik prioritering vil få for helseforetakene.

Nasjonale retningslinjer som pålegger en veilederutdanning av et omfang på 10 studiepoeng er ikke ønskelig. 10 studiepoeng genererer ca. 250 timers arbeidsinnsats fra den enkelte kandidat. Å ta en sykepleier ut av klinisk drift en dag (inkludert sosiale kostnader) beløper seg til ca kr 2800. I tillegg må tilsvarende vikarkostnader inkluderes. Nå vet vi ikke eksakt hvordan studieprogrammet vil legges opp, men 10 studiepoeng tilsvarer ca 34 dager med fravær. Tar vi utgangspunkt i dette, blir kostnaden ved å sende en sykepleier på utdanningen kr 190 000.

SiV har til enhver tid svært mange veiledere. Bare på bachelorutdanningen i sykepleie har vi anslagsvis 150 praksisveiledere. Skal alle disse ta veilederutdanningen på 10 studiepoeng, tilsvarer det en kostnad for sykehuset på kr 28 500 000. Dette er betydelig kostnad og en prioritering innenfor den økonomiske rammen helseforetaket har til rådighet som vi ikke ønsker. Det vil innebære omprioriteringer, nedskalering av personell og gi oss driftsutfordringer. Det er klart at når et omfang av fast ansatte kontinuerlig er under utdanning, og vikarer må dekke deres vakter, vil det få betydning for kvaliteten i pasienttilbudet.

Vi er enige i at veiledernes kompetanse er en vesentlig faktor for å sikre god kvalitet i praksisstudiene. Etter vårt syn kan det sikres godt med en viss differensiering av utdanningstilbudet for praksisveiledere. SiV kan være tjent med at et visst omfang av veiledere har en formalisert veilederutdanning, og at disse fungerer som støtte for andre kollegaer som har veilederkurs av mindre omfang. Like viktig som en akademisk formalisering av veiledernes kompetanse er det å sikre at eget veilederkorps har nok tid til sine oppgaver, følges opp på en god måte, og har de nødvendige arenaene for diskusjon og utvikling.

I tillegg må alle retningslinjene inneholde læringsutbyttebeskrivelser som sikrer veilederkompetanse, slik at den enkelte student kvalifiserer for denne oppgaven. Veiledning er en kontinuerlig oppgave for alt helse- og sosialfaglig personell, og kompetansen som ligger til grunn kan benyttes både til pasienter, pårørende, kollegaer og studenter.

UH-ansattes rolle i praksisstudiene

Det foreslåtte veilederkompetansekravet må ses i sammenheng med hva som skal være universitets- og høgskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine studier i praksis. Det er positivt at retningslinjen for sykepleie spesifiserer at lærer skal være oppdatert i praksisstedets problemstillinger og sikre kontinuitet, sammenheng og progresjon i studiet. Men sykehuset mener lærers rolle og krav til oppfølging må defineres tydeligere. Det kan ikke være opp til det enkelte helseforetak og den enkelte utdanningsinstitusjon å fremforhandle løsninger på dette. Sykehuset støtter derfor forslaget om at det utarbeides nasjonale maler for samarbeidsavtaler hvor blant annet utdanningsinstitusjonenes ansvar for oppfølgingen av studenter i praksis operasjonaliseres tydeligere.

Ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN) legges det nå opp til en formalisert hospiteringsordning som skal bidra til at fagpersonalet ved USN har god kjennskap til praksisfeltets oppgaver, utfordringer og

arbeidsmetodikk. Ordningen gjøres obligatorisk for fagpersonale uten relevant yrkeserfaring fra de siste årene, og sykehuset har støttet etablering av ordningen. At lærer deltar i de alminnelige arbeidsoppgavene i praksisfeltet i en gitt periode og at dette gjennomføres som en regelmessig aktivitet, vil være et godt tiltak for å bidra til at studentene tilbys en utdanning med helhet og sammenheng.

Lokal autonomi vs sentral styring

Det nye styringssystemet forsøker å kombinere lokal handlefrihet og institusjonell tilpasning for UH-sektoren med sentral styring og regulering av innholdet i utdanningene. Dette er en vanskelig kombinasjon. For sykehuset er det vesentlig at læringsutbyttebeskrivelsene er så detaljerte og konkrete som mulig. Uavhengig av hvor i landet utdanningen foregår må arbeidsgiver være trygg på hvilken sluttkompetanse studentene har. Dette er viktig for pasientsikkerheten og for kvaliteten på tjenestetilbudet. Det vil fremdeles være behov for lokal opplæring ved ansettelse, men det blir alt for rigid og tungvint om nyansattprogrammer må tilpasses ut fra hvor kandidatene har studert.

Det er uklart hvor ensartede utdanningene kommer til å bli på grunnlag av retningslinjene. Dette til tross for at læringsutbyttebeskrivelsene er mange og til dels detaljerte. Det ligger en vekting i begrepsbruken (taksonomien), men så lenge det ikke er knyttet studiepoeng til emner er det vanskelig å vite hvordan dette slår ut i praksis. Vi er klar over at det ligger utenfor mandatet til arbeidsgruppene, men etter vårt syn må departementet igangsette tiltak slik at det etableres relativt ensartede og gjenkjennelige utdanninger på tvers av landet.

Vennlig hilsen

Bente Krauss
HR-direktør
Sykehuset i Vestfold HF

Sykepleierutdanningen – tilbakemelding fra Sykehuset i Vestfold HF

Generelle spørsmål om retningslinjen

1. 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'

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐ Vet ikke

2. Begrunn svaret

Spesialisthelsetjenesten er i stor endring. I fremtiden vil pasientene i større grad bli behandlet poliklinisk, gjennom dagbehandling, i primærhelsetjenesten eller i hjemmet. 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. SiV HF 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. Det er et klart forbedringspotensial når det gjelder å bygge opp dette emnet gjennom alle tre studieårene.

Sykehuset 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.

Sykehuset mener kunnskap knyttet opp mot pårønderollen og ivaretagelse av dem, bør komme inn enda tydeligere frem. Pårørende er og blir en viktig ressurs inn i behandling og oppfølging av den syke.

- 3. 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

4. Begrunn svaret

Ses i sammenheng med begrunnelsen som er gitt i spørsmål 2. Siden pasienter ligger kortere i sykehus og i større grad behandles i kommunene eller 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.

SiV HF 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 oppfølging hjemme.

- 5. 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

6. Begrunn svaret

Se Sykehuset i Vestfolds overordnede kommentarer i eget brev.

- 7. Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?**

Ernæring er ikke særskilt nevnt i retningslinjen, men det er mulig dette blir tilfredsstillende dekket av læringsutbyttet «har bred kunnskap om menneskers grunnleggende behov».

8. 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

9. Begrunn svaret

Den sluttkompetansen som beskrives i retningslinjen bør kunne dekkes gjennom et treårig bachelorprogram.

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

- ☒ Ja
☐ Nei
☐ Vet ikke

11. 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 side 8 i retningslinjen er ikke selvforklarende. Vi savner at grunnleggende sykepleie er et gjennomgående tema i alle tre studieårene. Et forslag er å fjerne tabellen, men da må det eksplisitt beskrives at legemiddelhåndtering skal være et gjennomgående tema i alle tre studieårene. Vi mener også at det bør presiseres at anatomi, fysiologi og sykdomslære i tillegg til farmakologi må få større plass i studiet og være gjennomgående i alle tre årene.

Mindretallet i programgruppen mener det er tilstrekkelig å fastslå at praksisstudiene skal inkludere døgkontinuerlig 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 (à 7 uker) (alternativ B).

12. Hvilket alternativ anses å være mest hensiktsmessig og gjennomførbart?

- ☐ A
☒ B
☐ Vet ikke

13. Begrunn svaret

Sykehusets erfaring med å veilede studenter i praksis, er at de i gjennomsnitt trenger minimum 8 uker på oppnå læringsutbyttebeskrivelsene for praksisperiodene. SiV HF støtter derfor forslaget om at studentene bør sikres et minimum antall uker med sammenhengende praksis i minimum to praksisperioder med døgntilstand 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 ramme faktorer. Dette handler om å få anledning til å utvikle tilstrekkelig selvstendighet og kunne få tid til å anvende yrkesetikken i henhold til læringsutbyttebeskrivelsene. Et annet argument for å ha praksisperioder av en viss varighet, er å ha nok tid til å vurdere studentene; inklusiv skikkethet til yrket.

14. Er det andre høringsinnspill?

- SiV HF 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.
- Vi foreslår at overskriften «Kunnskapsområder» endres til «Sykepleiens kompetanseområder». Dette begrunnes med at ved å bruke betegnelsen kompetanseområder inkluderes både kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse og blir dermed mer dekkende. Det er også ønskelig at begrepet sykepleie benyttes for å synliggjøre at kompetanseområdene som er listet opp, er knyttet til dette fagområdet.
- Sykehuset er fornøyd med at pre – og postoperativ sykepleie er nevnt eksplisitt. Kirurgisk behandling er en viktig del av pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten. Vi foreslår at det suppleres med intervensjonsbehandling, siden dette er en behandlingsform som vil bli mer og mer benyttet i fremtiden.
- Vi er usikre på om tallhenvisningene på kunnskapsområdene og læringsutbyttene er ment som et uttrykk for hva som defineres som viktigst. Dersom det er ment som en prioritering er vi uenig i rekkefølgen. Sykehuset mener følgende skal prioriteres i sykepleierutdanningen:
 - A. HELSE OG SYKDOM
 - B. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET
 - C. ETIKK, KOMMUNIKASJON OG SAMHANDLING
 - D. FAGLIG LEDELSE OG TJENESTEUTVIKLING
 - E. INNOVASJON, HELSETEKNOLOGI OG DIGITAL KOMPETANSE
 - F. VITENSKAPSTEORI OG FORSKNINGSMETODE
- Se for øvrig Sykehuset i Vestfolds overordnede kommentarer til praksisveileders kompetanse som følger i eget brev.