

# Hørings svar RETHOS fase 1 fra Helse Bergen HF

---

## Bioingeniørutdanningen

16)

*I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1-5.*

Alternativ: 4

### 17) Begrunn svaret

Utfordringen med å dekke tjenestens fremtidige kompetansebehov er omfanget av ny kompetanse som skal inn i bachelorutdanningen. Utdanningen er en generalistutdanning og gir ikke rom for spesialisering innen fagfelt.

*18) 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.*

Alternativ: 4

### 19) Begrunn svaret

For at bioingeniørene skal oppfylle brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene er det vesentlig at oppdatering av kunnskap finner sted slik som beskrevet under **Læringsutbytter**. Den teknologiske utviklingen skjer raskt og nødvendiggjør kontinuerlig oppdatering.

*20) 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-*

Alternativ: Vet ikke

### 21) Begrunn svaret

Ingen kommentar.

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

Laboratoriene har behov for bioingeniører med kunnskap innen informasjonsteknologi. Denne kompetansen er nødvendig på mange områder i laboratoriene. Den er nevnt under ferdigheter, men bør i større grad tas inn i utdanningen.

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

Alternativ: Nei

*24) Begrunn svaret*

Omfanget av den eksterne praksisen er meget vesentlig for å oppnå praksis i autentiske yrkessituasjoner. Det er gjennom ekstern praksis læring omkring daglige prosedyrer og prioritering av arbeidsoppgaver foregår. I forslaget står det at 10% av studiet bør minst være eksterne studier. Denne teksten må endres til at minst 10% av studiet **skal** være eksterne studier. Dette er i tråd med slik de fleste utdanningene har det i dag. Andelen må ikke reduseres. Eksterne praksisstudier er en viktig arena for at helseinstitusjonene skal være med på å gi studentene oppdatert praksis med det nyeste og mest moderne innen laboratorieteknologi. Utdanningene har ingen mulighet for å ha tilsvarende utstyr til interne praksisstudier.

Bachelorutdanningen for bioingeniører er en generalistutdanning. Gjennom eksterne praksisstudier får studentene innsikt i ulike deler av yrkesutøvelsen innen spesialisthelsetjenesten.

Eksterne praksisstudier er også en arena for tverrfaglig samhandling og læring.

*25) I hvilken grad er omfanget av retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5.*

Alternativ: 4

*26) Begrunn svaret*

Det er stor utvikling innenfor bioingeniørfaget både når det gjelder teknologi, repertoar og metoder, og det blir derfor stadig mer kunnskap som skal inn i studiet. Det er ikke alltid aktuelt å ta ut elementer av studiet for å gi plass til nytt. Det nærmer seg en grense for hvor mye som kan innpasses i studiet innenfor nåværende studielengde på 3 år.

*27) Er det andre høringsinnspill?*

Det understrekes at avtaler mellom foretak og utdanningene må ivareta at det blir sikret et tilstrekkelig antall eksterne praksisplasser til alle studenter. De Regionale Helseforetakene bør involveres i arbeidet, gjerne via de regionale samarbeidsorganene for utdanning. Dette er spesielt viktig for blant annet Bioingeniørutdanningen fordi denne utdanningen kun har et utdanningssted i Helse-Vest.

Det må være god samhandling mellom utdanningene og veilederne i praksisfeltet.

Det må arbeides med å heve veiledningskompetansen hos praksisveilederne. Gjennom eksterne praksisstudier møter studentene ofte mange praksisveiledere. Krav til veiledningskompetansen må være realistisk å gjennomføre.

## Ergoterapiutdanningen

### 28) I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov?

Alternativ: 2

### 29) Begrunn svaret

Vi synes ikke det er **en tydelig rød tråd gjennom formål og læringsutbytter** og anbefaler at dette blir jobbet videre med for å sikre at læringsutbytter er knyttet opp mot formål. Likedan tenker vi det må komme tydeligere frem at praktisk kunnskap og teori henger sammen, er det mulig å integrere de bedre i hverandre gjennom læringsutbyttebeskrivelsene? Kunnskap og teori fremstår som atskilt, dette blir spesielt tydelig når krav til praksisstudier beskrives for seg etter læringsutbyttene er presentert. Vi mener de **praktiske ferdighetene i større grad kan fremheves i læringsutbyttene**. Ergoterapi er et praktisk yrke, men selve «håndlaget» og den kliniske kompetansen kommer ikke godt nok frem.

**Under følger konkrete innspill på kunnskapsområdene II-IV, innspill på kunnskapsområdene VI-VIII er lagt inn i spørsmål 31, se under.**

### II Samspill mellom kropp, funksjon, aktivitet og helse

Vi foreslår at «kropp» i overskriften byttes ut med «person» for å være mer i tråd med ergoterapifagets grunnsyn.

Punkt 1 om ferdigheter: «*Kan anvende kunnskap for å bedre ferdigheter knyttet til sansemotorikk, kognisjon og kommunikasjon*». Vi stiller spørsmål ved valg av de nevnte områdene og synes det er noe snevert og begrensende.

### III Kunnskapsbasert yrkesutøvelse

Viktigheten av å praktisere kunnskapsbasert ergoterapi er tydeliggjort i formålsbeskrivelsen. Nivået av kunnskap beskrevet i læringsutbyttebeskrivelsen synes lavt og ikke i samsvar med dagens krav til å arbeide kunnskapsbasert. En presisering av at kandidaten skal ha *bred kunnskap om læring, veiledning, kommunikasjon og relasjonsbygging*, vil kunne bidra til å tydeliggjøre at kunnskapsbasert praksis (KBP) er et viktig grunnleggende kunnskapsområde i ergoterapi som i all høyere utdanning.

Videre er ergoterapeuter forpliktet gjennom yrkesetiske retningslinjer til å begrunne KBP ut fra brukerperspektiv, erfaringer og forskning. Dette fokuset på ulike perspektiver i KBP mener vi må fremkomme tydelig også i læringsutbyttebeskrivelsen.

I tillegg bør det tydeliggjøres at KBP er en systematisk og trinnvis prosess som studentene bør kjenne til f.eks ved følgende formulering:

*Ferdigheter:*

*Kan etterspørre, finne og anvende kunnskap til å dokumentere, kvalitetssikre, vurdere og formidle egen praksis.*

Angående generell kunnskap så har vi vansker med å se hva formuleringen *1. Kan planlegge og lede ergoterapeutiske gruppeintervensjoner*, har med KBP å gjøre.

#### **IV Habilitering og rehabilitering**

Sentralt i all rehabilitering er samhandling, både med bruker og andre yrkesgrupper. Vi finner det derfor uheldig at læringsutbyttebeskrivelsen fokuserer nesten utelukkende på ergoterapeutens bidrag i rehabiliteringsprosessen. En viktig forutsetning for samarbeid er kunnskap om andre profesjoners kompetanseområde og brukers behov. Videre mener vi også at en god forståelse av rehabiliteringsbegrepet er en viktig forutsetning i alt rehabiliteringsarbeid. Dette bør fremkomme tydelig i læringsutbyttebeskrivelsen. Generelt synes vi at dette kunnskapsområdet er for tynt beskrevet og læringsutbytter under «Generell kompetanse» bør utarbeides og inkluderes. Her mener vi at fysioterapeututdanningen har lyktes bedre med sine formuleringer og kan brukes som veileder.

Vi støtter at palliativ og behandlende ergoterapi fremheves under dette kunnskapsområdet. Vi er enig i at dette er viktig kunnskap for ergoterapeuter og grunnet økt fokus på området mener vi også at nivået på kunnskapen bør heves til «bred kunnskap».

Innspill på resten av kunnskapsområdene er lagt inn i spørsmål 31.

*30) I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidig behov for kompetanse i tjenestene?*

Alternativ: 2

*31) Begrunn svaret*

Svar på spørsmål 29 fortsetter:

#### **Om kunnskapsområdene**

#### **VI Folkehelse, kultur og politikk**

Læringsutbyttebeskrivelsen vektlegger folkehelse og forebyggende virksomhet. Vi finner det uheldig at helsefremmende arbeid og kunnskap rettet mot den enkeltes mulighet til selv å påvirke sin livssituasjon ikke er inkludert i beskrivelsen. I tillegg bør kjennskap til andre sentrale aktører vektlegges. Arbeidshelse burde også vært inkludert her. Forebyggende virksomhet fremstilles noe diffust og overordnet. En kunne med fordel konkretisert forebyggingen slik som andre har gjort gjennom f.eks smittevern, hygiene, kosthold og ernæring. Dette er områder som vi i praksisfeltet ser behov for å sikre bedre kompetanse i.

#### **VII Rettigheter, inkludering og samhandling**

Vi synes denne står litt for seg selv og inneholder ulike læringsutbytter som kan tilhøre de andre kunnskapsområdene. Vi foreslår derfor at kunnskapsområdet slettes og at man flytter læringsutbyttene til andre kunnskapsområder som er naturlig, noen læringsutbytter kan en vurdere å slette. Forslag:

K1 – Kunnskapsområde 1

K2 - Kunnskapsområde IV (noe av det vi savnet der)

F1 – Kunnskapsområde III  
F2 – ivaretatt Kunnskapsområde IV F3. Slettes?  
F3 - Kunnskapsområde IV  
F4 - Kunnskapsområde VI  
F5 - Kunnskapsområde IV  
F6 – Er dette egentlig nødvendig å skrive? Slettes?  
GK1 – 3 - Kunnskapsområde I

### **VIII Innovasjon, kvalitetssikring og ledelse**

Innholdet i denne synes vi er så lite at den enten må videreutvikles eller slås sammen med annet kunnskapsområde.

Vi mener for øvrig at det er viktig at sentrale begreper blir brukt og slik gjenspeiler essensen i tema for læringsutbyttet. F.eks er tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling med bruker sentralt i rehabilitering uten at begrepene er brukt i læringsutbyttebeskrivelsen.

*32) Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonenes behov for autonomi og behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene?*

Alternativ: Vet ikke

*33) Begrunn svaret*

Vi mener det er viktig å være tydelig på hva som er minstestandard på kunnskapsnivå og at ikke for mye overlates til hver enkelt utdanning. Vi mener at sluttkompetansen må være forholdsvis lik uavhengig av utdanningsinstitusjon.

#### **Nivåene på læringsutbyttebeskrivelsene.**

Sett i lys av blant annet formålsbeskrivelsen er det vanskelig å forstå hvorfor kandidaten etter endt utdanning skal ha bred kunnskap om f.eks folkehelse og kunnskap på et lavere nivå knyttet til kunnskapsbasert yrkesutøvelse. Vi mener det er viktig å sikre at vi legger oss på riktig kunnskapsnivå på hvert enkelt læringsutbytte. Vi må sikre at vi ikke legger oss på et lavere nivå på f.eks rehabilitering / habilitering enn sammenlignbare og samarbeidende grupper som fysioterapeuter og sykepleiere.

Siden ønsket om lokale tilpasninger er fremhevet så mener vi at det ikke harmonerer med å øke praksis til 30 uker. Dette fremstår noe rigid. Som praksistilbyder forsøker vi hele tiden å strekke oss langt for å tilby praksisplasser. Vi har forstått det slik at det er i 1. år man eventuelt vil øke praksislengden. Vi har erfaring med 7 uker praksis for 1. år og med utgangspunkt i en observasjonspraksis så mener vi dette er tilstrekkelig praksislengde. Vi foreslår derfor at en legger seg på nivå med WFOT med et krav om 27 uker.

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

Vi mener kompetanse er noe snevert fremstilt og **savner beskrivelse av kompetansebehovet i somatisk spesialisthelsetjeneste**. Gjennomgående i retningslinjen er fokus rettet mot å endre omgivelsene eller gjennom tilrettelegging kompensere for gap som er oppstått. Dette er lite i

tråd med fokuset og kompetansebehovet i somatisk spesialisthelsetjeneste. Vi mener det i større grad må rettes fokus mot å øke personers forutsetning for aktivitetsutførelse samt ergoterapeuters bidrag i endringsprosesser som påvirker aktivitetsutførelse. Dette er blitt et stadig viktigere område for ergoterapeuter hvor en må sikre kompetanse og videreutvikle denne.

Videre gjengir vi i stikkord siden det ellers er nevnt i høringssvaret under andre spørsmål.

- Kompetanse rettet mer mot somatisk helse i spesialisthelsetjeneste med vekt på trening og behandling. Fokus mot praktiske ferdigheter vi utøver som ergoterapeuter (selve «håndlaget» )
- Kompetanse om endringsprosesser som påvirker aktivitetsutførelse
- Helsefremmende arbeid
- Arbeidshelse

### *35) Er beskrivelse av den delen av utdanningen som foregår i praksis hensiktsmessig og gjennomførbar?*

Alternativ: Nei

### *36) Begrunn svaret*

Vi mener første del av beskrivelsen av praksisstudier bør omformuleres og har laget forslag til ny tekst: *Praksisstudier forstås som den del av utdannelsen hvor studentene lærer å planlegge, gjennomføre og evaluere ergoterapeutisk fagutøvelse. Det er en viktig arena for å praktisere og lære yrkesutøvelsen gjennom erfaring knyttet til praktisk / klinisk arbeid med klienter og andre former for ergoterapi.*

*Praksisstudier skal utgjøre minimum 27 uker. Det avholdes en praksisperiode hvert studieår på 8 uker sammenhengende (unntatt for 1. studieår), som omfatter den faktiske tiden studentene er i praksis. Gjennom praksis styrkes studentenes profesjonsidentitet og det er derfor viktig at studentene veiledes av ergoterapeuter. Det anbefales at man tilstreber i størst mulig grad å tilby studentene variert og ulik praksis for hver periode, slik at studentene får praksiserfaring fra ulike og varierte praksisfelt. Alle studenter skal derfor ha praksis både i spesialist- og primærhelsetjenesten i løpet av studiet. I tillegg kan praktiske ferdigheter oppnås gjennom ferdighets- og simuleringstrening på campus og/eller i praksis.*

Videre i beskrivelse av praksisstudier fremheves behovet for variasjon i arbeidsområder og i 3. avsnitt står følgende: «*Variasjon innbefatter også at studentene gjennom praksis får mulighet til å bistå personer på arenaer som omhandler ergonomi, hjelpemidler, tilrettelegging og inkludering i arbeidslivet, innovativt arbeid knyttet til for eksempel universell utforming og boligtilrettelegging*» Dette mener vi ikke er en variasjon i arbeidsområder, men heller en snever fremstilling med ensidig fokus mot omgivelser og kompensering som tiltak. Dette arbeidsområdet er lite benyttet i somatisk spesialisthelsetjeneste. De nevnte oppgavene er i hovedsak et kommunalt ansvar og studentene kan ikke forvente at denne kompetansen blir tilegnet gjennom praksis i spesialisthelsetjenesten. I stedet får de en praksis hvor fokus er på utredning av ferdigheter og aktivitetsutførelse og deretter trening og behandling for å oppnå størst mulig grad av mestring av daglige aktiviteter. Videre fokuseres det også på å bistå personer i de endringsprosesser de er gjennom som følge av skade og sykdom i den hensikt at de skal oppnå mestring og deltagelse. Når forutsetningen for aktivitetsutførelse ikke lenger er

mulig er det aktuelt å iverksette kompenserende tiltak i form av hjelpemidler og tilrettelegging. I dette stadiet utskrives pasienten til kommunen / hjem.

I beskrivelsen av «Krav til studiets oppbygging» nevnes at studentene i 3 år kan arbeide med samfunns- og tjenesteutvikling med fokus på innovasjon for å bidra til å løse samfunnsutfordringer. Samtidig er vi kjent med at bl.a. Nasjonalt fagorgan for ergoterapi og ortopediingeniørfag foreslår at en av praksisperiodene bør være knyttet til en mer utradisjonell type arbeid som f.eks innovasjon (eller annet utypisk arbeidsområde for ergoterapeuter). Vi støtter ikke at disse forslagene skal gjelde for alle ergoterapeutstudenter. Som praksistilbyder erfarer vi at studentene trenger å bli trygge i egen fagutøvelse, kunne utføre en selvstendig ergoterapiprosess og kjenne trygghet rundt egen profesjon og identitet som ergoterapeut. Videre vet vi at det i somatisk spesialisthelsetjeneste i liten grad vil kunne tilbys denne type praksisplass og sannsynligvis vil det totalt sett være vanskelig å finne tilstrekkelig med praksisplasser hvor kravet kan innfris. Dette gjør at utradisjonelle praksisplasser i så fall også må tilbys 1. og 2. år, dette mener vi er for tidlig med tanke på identitet og trygghet i faget. Vi er positive til at noen studenter kan få tilbud om deltagelse i prosjekt gjennom praksisperioden (her kan somatisk spesialisthelsetjeneste bidra) og at noen kan få mulighet til å velge mer utypisk ergoterapipraksis, men dette vil kun gjelde et mindretall og ikke innbefatte alle.

### *37) I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning?*

Alternativ: Vet ikke

### *38) Begrunn svaret*

Som praksistilbyder kan vi vanskelig uttale oss om dette og vil overlate det til utdanningene.

### *39) Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et foreslått fellesemne?*

Det kommer ikke tydelig frem om man ved foreslått fellesemne mener fellesemne for alle helse- sosialfagutdanningene eller for alle ergoterapiutdanningene. Svaret vi gir er basert på at man tenker et fellesemne for alle helse og sosialfagutdanningene på 3. året.

Vi er svært positive til å etablere et fellesemne i utdanningen da samarbeidslæring har vist seg både å styrke profesjonsidentitet og gi økt trygghet på egen rolle i samhandling med andre faggrupper. Vi mener at habilitering/rehabilitering kan egne seg som fellestema både i undervisning og i praksisstudiet. Dette fordi tverrprofesjonelt samarbeid er en viktig føring for rehabilitering, og fordi ulike profesjonsperspektiv har vist seg nødvendig for at pasienten skal kunne oppleve mestring. Andre aktuelle tema kan være arbeidsdeltagelse og velferdsteknologi, begge er sentrale tema som er i tiden og hvor ergoterapeuter har en viktig rolle.

### *40) Er det andre høringsinnspill?*

#### **Formål**

Vi mener at dette bør tydeligere beskrives med fokus på at ergoterapeuter har særskilt kompetanse på. Læringsutbyttene bør så bygge videre på dette formålet for å sikre den røde

tråden. Vi støtter forslag om formålsbeskrivelse som sendes inn av Norsk Ergoterapeutforbund, men foreslår at første setning blir som følger: «Formålet med ergoterapeututdanningen er å utdanne fagpersoner med særskilt kompetanse i aktivitet, omgivelser og personers aktivitetsutførelse for å oppnå deltakelse og inkludering». Utover dette går vi for forslaget:

*Ergoterapeututdanning skal gi kandidatene bred kunnskap om personers forutsetninger og omgivelsenes innvirkning på aktivitet. Kandidatene skal ha en forståelse av at helse er relatert til aktivitet og deltakelse og at helsen påvirkes og skapes i samspill mellom person, aktivitet og omgivelser. Kandidatene skal ha ferdigheter til å gradere og anvende meningsfull aktivitet for å oppnå deltakelse og inkludering. Kandidatene skal etter endt utdanning ha en sterk faglig identitet, ha grunnleggende fagkunnskap og ferdigheter, vise profesjonalitet og bidra til å utvikle ergoterapi som fagfelt og profesjon.*

*Studiet skal kvalifisere kandidatene til selvstendig å bidra i folkehelse, forebygging, behandling, i re/habilitering, samt på områder der deltakelse og inkludering hindres av individuelle eller strukturelle barrierer. Utdanningen skal gi kandidatene ferdigheter og generell kompetanse til å praktisere kunnskapsbasert, i samarbeid med andre og med mål om å finne løsninger og utvikle ny praksis.*

*Retningslinjen for bachelorutdanning i ergoterapi er hjemlet i forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger*

<https://www.regjeringen.no/contentassets/76054ff6b88e4f55877041352fffd2fd/forskrift-om-felles-rammeplan-for-helse--og-sosialfagutdanninger.pdf>

*I utarbeidelsen av retningslinjen er det sett til retningslinjer for studieprogrammer fra World Federation of Occupational Therapists (WFOT) og Norsk Ergoterapeutforbunds beskrivelse av ergoterapeuters kjernekompetanse. Ergoterapeututdanningen er en 3-årig fulltids profesjonsutdanning på 180 studiepoeng. Fullført utdanning gir rett til graden i bachelor i ergoterapi og grunnlag for å søke autorisasjon som ergoterapeut i Norge ihht. lov om helsepersonell, §§ 48 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.»*

### **Felles læringsutbytter**

Forskriften inneholder en del læringsutbytter som alle utdanninger må inkludere. Vi mener disse er blitt noe tilfeldig plassert. Vi forstår at de må inkluderes, men ser fordelene av at det fremkommer tydelig at de er felles slik det er lettere å forstå hvorfor de er der. De kan enten stjernemerkes under kunnskapsområdet de tilhører eller listes opp samlet.

### **Videre arbeid**

Generelt synes vi retningslinjen fremstår noe uferdig og at den kan videreutvikles til en bedre beskrivelse av sluttkompetansen hos ergoterapeuter. Vi foreslår at retningslinjen sendes på ny høring når den er ferdig bearbeidet etter denne høringsrunden.



## Fysioterapiutdanningen

*41) I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5*

Alternativ: 4

*42) Begrunn svaret*

Spesialisthelsetjenesten skal ivareta de sykeste pasientene uansett alder. Alle prognoser viser at vi snart står overfor en populasjon som stadig blir eldre, samtidig som at flere reddes ved tidlig fødsel og etter alvorlig sykdom og traumer. Det må komme bedre frem at fysioterapeuter skal jobbe med å behandle syke mennesker på tvers av alle aldre og mennesker med sammensatte og komplekse helseplager. Vektleggingen i retningslinjen synes å være på utdanning av fysioterapeuter som primært skal jobbe forebyggende og helsefremmende.

*43) 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'*

Alternativ: 3

*44) Begrunn svaret*

Brukerperspektivet er ikke eksplisitt nevnt, heller ikke ivaretagelse og behandling av det syke mennesket. Pasientens handlingskompetanse øker, ikke minst på grunn av teknologi, hvilket medfører at de pasientene som har mulighet til det, får/tar stadig mer ansvar. Dette vil sette andre krav til fysioterapeutens kompetanse og dialog i møtet med pasienten.

*45) 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'*

Alternativ: 7

*46) Begrunn svaret*

Det er ulike retningslinjer for ulike bachelorutdanninger. Vi mener at 4 av de 7 kunnskapsområdene (IV, V, VI og VII) ikke er direkte fagspesifikke. Disse vil være relevante for flere helsefagutdanninger. Det er et spenningsfelt mellom generell samfunnskunnskap og spesifikk fysioterapikunnskap der vektleggingen av generell kunnskap ser ut til å gå på bekostning av det fagspesifikke. Overordnet mener vi at det er viktig at de ulike fysioterapiutdanningene gir så lik kompetanse som mulig. I de foreslåtte retningslinjene for fysioterapiutdanningen er det noen muligheter for autonomi bl.a. med et minimumskrav for praksis. Vi mener imidlertid at minimumskravet til praksis i spesialisthelsetjenesten kan økes **(se pkt. 53)**.

#### *47) Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?*

- Fysioterapifaget vektlegges for lite: kjernen i fysioterapi: kunnskap om det syke (og friske) mennesket, bevegelsesanalyse, klinisk resonnement.
- Fysioterapeuter er selvstendige yrkesutøvere, og det settes ikke lenger krav til henvisning fra lege. Fysioterapeuter undersøker og diagnostiserer funksjonsproblemer, velger tiltak, evaluerer og progredierer behandling. Kompetanse på differensialdiagnostikk er derfor også viktig.
- Patologi som påvirker menneskets bevegelse, funksjon og interaksjon med andre mennesker, omgivelsene og samfunnet
- Behandling må fremheves
- Palpasjon og håndteringskompetanse («hands-on»)
- Psykosomatikk; sykelig overvekt; teknologi: velferds-, omsorgs-, rehabiliteringsteknologi bør studentene ha noe kunnskap om
- Bacheloroppgaven bør løftes frem
- Journalføring og dokumentasjon
- Internasjonalisering

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

Alternativ: Nei

#### *49) Begrunn svaret*

- Ikke beskrevet godt nok når hensikten med retningslinjen tas i betraktning: i retningslinjene er det rettet oppmerksomhet mot hva studentene skal lære og ikke på hva de får av undervisning, mens når det kommer til praksis, er fokuset i stor grad rettet til «input» når man legger føringer på antall uker. Samtidig er det bra at det er satt et minimumskrav til antall uker. Mengde praksis bør i prinsippet komme som et resultat av hva studentene skal lære i praksis.
- Fra forslaget: «Veileder for fysioterapistudenter skal som hovedregel være fysioterapeut med norsk autorisasjon og ha formell veilederkompetanse». Dette er for svakt. Veileder skal være fysioterapeut, kun unntaksvis ved f.eks. hospitering i barnehage, kan dette prinsippet fravikes.
- Vi synes at kunnskapsområdene I, II og III (Kropp, undersøkelse, behandling) drukner i forslaget, og at det i forslaget vektlegges overordnede føringer i stor grad: folkehelsearbeid, samhandling, samfunn. Hvor blir det av Fysioterapeutens kjernekompetanse og Behandling?
- Vi mener at det ikke er realistisk at studentene skal delta i tverrprofesjonell samarbeid med andre studentgrupper i praksisstudiene, da ulike utdanninger har forskjellige krav til (og tidsperioder for) praksis. Imidlertid er det i spesialisthelsetjenesten en unik mulighet for å erfare tverrprofesjonelt samarbeid.
- Samarbeidslæring der flere studenter fra samme utdanning samarbeider, er ikke nevnt, og er funnet nyttig som læringsform spesielt da det i spesialisthelsetjenesten er generelt svært syke pasienter som ikke alltid er tilgjengelig for studenter. Samarbeidslæring medfører at de kan lære av hverandre samt se flere ulike problemstillinger i praksis.

*50) 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'*

Alternativ: Vet ikke

#### *51) Begrunn svaret*

Vi ser at det allerede i dag er press på utdanningen, hvilket tilsier behov for utredning av en 5-årig grunnutdanning, der 1 år tilsvarende turnustjenesten, er inkludert. Slik det er i dag, får ikke fysioterapeuter autorisasjon før etter 1 år turnustjeneste. Dette turnusåret er viktig for å dyktiggjøre fysioterapeuter til egen yrkesutøvelse der de får trene mer på undersøkelse, diagnostisering, utøve klinisk resonnement og evaluere behandling – der de jobber selvstendig men samtidig under veiledning. Etter dette er de mer skikket til å utøve fysioterapifaget på en selvstendig og god måte.

Fysioterapeututdanningen er foreslått med 30 ukers praksis, hvorav minst 7 uker gjennomføres i hhv den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det stilles krav til innhold og til veilederkompetanse.

*52) I hvilken grad vurderes dette som ønskelig? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'*

Alternativ: 5

#### *53) Begrunn svaret*

Antall uker i spesialisthelsetjenesten er et minimumskrav. Vi ser det som ønskelig at dette settes til 10 uker for å gi kontinuitet, godt læringsutbytte i praksis og tilstrekkelig tid til å utvikle relasjonen mellom student og veileder, samt gi veileder nok tid til å gi tilbakemelding til studentene og vurdere dem. Dette gir studentene større mulighet til å bli tryggere i rollen som fysioterapeut. Det er på sykehus studentene møter og behandler den syke og komplekse pasienten, og det er her tverrprofesjonelt samarbeid foregår i større grad enn mange andre steder.

*54) I hvilken grad vurderes dette som gjennomførbart? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'*

Alternativ: 3

#### *55) Begrunn svaret*

Det er ikke gjennomførbart at alle veiledere skal ha formell veilederkompetanse. Dette kan kvalitetssikres på andre måter gjennom f.eks. e-læringskurs, kortere veiledningskurs og veiledning på veiledning fra veileder med formell kompetanse.

#### *56) Er det andre høringsinnspill?*

Vi er usikre på om tverrprofesjonell samarbeidslæring er gjennomførbart og om det er hensiktsmessig når det gjelder læringsutbytte i spesialisthelsetjenesten. Dette ut fra at

studentene får delta i tverrprofesjonelt samarbeid i praksisperioden, og at det kan være både tidkrevende og vanskelig gjennomførbart med tverrprofesjonell samarbeidslæring. Under kompetanseområdene IV-VII bør det diskuteres hvordan disse kan undervises i fellesskap med studenter fra andre profesjonsutdanninger (ressursbesparende og nettverksbyggende). I denne sammenheng bør også et tema være tverrfaglig samarbeid og økt kjennskap til hverandres profesjonskompetanse.

### *Innspill ut over høringsspørsmålene*

Vi mener at utkastet til retningslinjer for fysioterapiutdanningene er et godt utgangspunkt for videre arbeid. I tillegg til svar på høringsspørsmålene har Fysioterapiavdelingen noen tilleggskommentarer.

#### **Overordnet**

Kjernekompetansen til fysioterapeuter må utdypes. Fysioterapeuter har selvstendig behandleransvar, der mange også er egne arbeidsgivere og behandler uten henvisning fra andre, hvilket bør fremheves i større grad. Fysioterapeuter må ha kunnskap om egen kompetanse og når de skal/bør henvisne til andre.

#### **Formål**

«Formålet med fysioterapistudiet er å utdanne kandidater som kan bidra til å skape bedre forutsetninger for helse, livskvalitet og utfoldelse for personer i alle aldre og livsfaser.» Her mener vi at ordet *mestring* er bedre enn *utfoldelse*.

«Fysioterapistudiet skal være praksisnært, kunnskapsbasert og samfunnsrelevant, og vektlegge evne til samhandling, kritisk refleksjon og livslang læring.» Begrepet *samhandling* er uklart i denne sammenheng og bør utdypes noe. Samhandling kan være interaksjon mellom mennesker og/eller samhandling mellom institusjoner eller på tvers av og mellom ulike helsenivåer: struktur- og personnivå.

#### **Kunnskapsområder**

Under Formål i utkast til retningslinje har KD bl. a. fremhevet Undersøkelse, vurdering og diagnostisering knyttet til kropp, bevegelse og funksjon; Behandlende, habiliterende og rehabiliterende virksomhet

Under Kunnskapsområder savnes flere av disse stikkordene, bl. a. II. mangler Diagnostisering knyttet til kropp, bevegelse og funksjon og III. mangler Behandlende virksomhet.

#### **Kunnskapsområde I Kropp, bevegelse og funksjon**

##### Kunnskap:

Her bør det føyes til 5. *Har kunnskap om patologi som påvirker bevegelse og funksjon.*

##### Ferdigheter:

Føye til *bevegelsesanalyse* under pkt 2 da dette er en forutsetning for å kunne stille en funksjonsdiagnose.

#### **Kunnskapsområde II Undersøkelse, vurdering, diagnostisering og tiltak**

*Diagnostisering* må tas med i tittel.

### Kunnskap

Her mangler pkt. 1

4. «Har kunnskap om framgangsmåter for klinisk resonnering». Dette er for teoretisk. Studenten trenger å ha kunnskap til å *reflektere og gjøre klinisk resonnering*, ikke framgangsmåter for...

### Ferdigheter

Her bør det føyes til et pkt 8: Kan vurdere funksjon, resonnerer klinisk, stille funksjonsdiagnose og tilpasse tiltak og endre/progrediere disse til individet: personsentrert behandling

Ferdigheter innen palpasjon og håndtering («hands-on») for både undersøkelse, diagnostisering og behandling er sentralt i fysioterapeutens yrkesutøvelse og må føyes til.

### **Kunnskapsområde III *Behandling, habilitering, rehabilitering og samhandling***

*Behandling* må tas med i tittel.

Vi er usikre på om *Samhandling* bør stå her. Det bør sees på både fra et person- og strukturnivå og kan passe bedre under et annet kunnskapsområde.

### Kunnskap

Vi savner noe om teknologi i dette avsnittet, men uten at det skal ta for stor plass.

### Ferdigheter

Pkt. 3. Dette gjelder vel alle uansett alder? Vi undrer oss over at kun barn, unge og eldre er tatt med. I spesialisthelsetjenesten og de fleste andre steder i samfunnet møter fysioterapeuter personer og pasienter i alle aldre.

Se kommentar om palpasjon og håndtering under Kunnskapsområde II.

### **Kunnskapsområde KUNNSKAP, KVALITETSSIKRING OG INNOVASJON**

Feil nummerering.

### **Kunnskapsområde SAMFUNN OG POLITIKK**

Feil nummerering.

## Radiografutdanningen

*57) Generelle spørsmål om retningslinjen (Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad').*

Alternativ: 4

*58) Begrunn svaret*

Utkastet er formulert på en slik måte at retningslinjene kan tilpasses, etter hvert som tjenestens behov endrer seg, slik at innholdet passer med sykehusets behov for kompetanse.

*59) 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').*

Alternativ: 4

*60) Begrunn svaret*

Utkastet er formulert på en slik måte at retningslinjene kan tilpasses, etter hvert som tjenestens behov endrer seg, slik at innholdet passer med sykehusets behov for kompetanse.

*61) 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').*

Alternativ: 5

*62) Begrunn svaret*

Vi mener forslaget gir rom for nødvendig lokal tilpasning.

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

Forslaget ivaretar i all hovedsak den type kompetanse sykehusene behøver, og er formulert på en såpass overordnet måte at en kan justere innhold ved endrede behov i sektoren.

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

Alternativ: Vet ikke

*65) Begrunn svaret:*

Minimum 30 uker er en reduksjon fra dagens praksis (nå 60 sp = ett års studie). Det er i forslaget ikke presisert at radiografene skal ha somatisk praksis. Når dette ikke er forankret i retningslinjene, risikerer radiografene at de ikke lenger får tilgang til denne type praksis. En bør heller vurdere om antall uker i somatisk praksis bør kortes ned og at radiografene får praksis på relevante steder der de lærer å observere, vurdere og ivareta den akutt, kritisk syke pasient.

*66) 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' ).*

Alternativ: 3

*67) Begrunn svaret:*

Utdanningsstedene kan selv gjøre tilpasninger, dette er nødvendig. På denne måte kan en justere retningslinjen slik at den kan gjennomføres og studentene oppnå læringsutbyttebeskrivelsene. Det er mange mål i retningslinjen, på noen områder virker den noe detaljorientert.

*68) Radiografutdanningen er foreslått med 30 uker praksis. I hvilken grad vurderes det hensiktsmessig og gjennomførbart? (Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende' ).*

Alternativ: 3

*69) Begrunn svaret*

30 uker er gjennomførbart, med færre uker kan muligens sykehusene gi studentene enda bedre kvalitet på praksis. Med færre uker må en sørge for relevante praksisplasser, samt at studentene er godt forberedt til praksis for at de skal kunne oppnå læringsutbyttebeskrivelsene.

*70) Bør retningslinjen inneholde et minimumskrav til innholdet i praksisstudiene?*

Alternativ: Ja.

*71) Begrunn svaret:*

Minimumskrav bør utarbeides av høgskole og sykehus i samarbeid, og vil kunne bli endret over tid (ved feks introduksjon av nye modaliteter). **Endringskompetanse** blir svært vesentlig kunnskap/ferdighet for radiografer.

*72) Er det andre høringsinnspill?*

Bruk av simulering / ferdighetstrening er en viktig læringsarena, men bør ikke gå for mye på bekostning av tiden studenten er i praksis i sykehus.

Erfaring fra praksis der studentene møter den akutt, kritisk syke er viktig fordi radiologisk avdelingen utfører stadig flere intervensjoner der pasientene er svært syke. For at radiografen

skal beholde sin relevans/ posisjon i disse situasjonene må de kunne ivareta pasienten på en trygg måte.

Noe uro blant de ulike radiograflederne at somatisk praksis er tatt ut av teksten, studentene må få mulighet til å øve seg på pasientkontakt, dette må enten ivaretas på skolen (simulering) og/eller på sykehus. Det er enighet om at dette aspektet ikke kan ivaretas av simulering alene, studentene må møte pasienter i reelle situasjoner.

Bra at digitalisering og e-helse er tatt inn som eget kunnskapsområde.

## Sosionomutdanningen

*73) I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1-5.*

Alternativ: 5

*74) Begrunn svaret:*

Det er spesifikt vist til formål, kunnskapsområde, læringsutbytte, ferdigheter og kompetansekrav.

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

Alternativ: 5

*76) Begrunn svaret:*

Det er spesifikt vist til formål, kunnskapsområde, læringsutbytte, ferdigheter og kompetansekrav.

*77) 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*

Alternativ: 5

*78) Begrunn svaret:*

Det synast bra balansert

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

Det er ønskelig at teoretisk og praktisk ferdighet vedr kommunikasjon må vektleggast ytterligere. Praktisk utføring og veiledning er nødvendig. Sentrale virkemiddel vedr kommunikasjon må vere integrert (teori og praktisk). Vidare er det ønskelig at det er større vektlegging på forståing av endring; korleis kan ein sosionom bidra vedr endring.



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

Alternativ: Ja

*81) Begrunn svaret:*

Ingen spesifikk kommentar

*82) 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*

Alternativ: 5

*83) Begrunn svaret:*

Vi vurderer at omfanget må være slik det er beskrive, omfattende men nødvendig.

*84) Er ferdighetstreningen i utdanningen tilstrekkelig vektlagt? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'absolutt ikke tilstrekkelig' og '5' betyr i 'absolutt tilstrekkelig' 1 2 3 4 5 Vet ikke*

Alternativ: 4

*85) Begrunn svaret*

Det er ønskelig at teoretisk og praktisk ferdighet vedr kommunikasjon må vektleggast ytterligere. Praktisk utføring og veiledning er nødvendig. Sentrale virkemiddel vedr kommunikasjon må være integrert (teori og praktisk). Vidare er det ønskelig at det er større vektlegging på forståing av endring; korleis kan ein sosionom bidra vedr endring.

*86) Den delen av studiet som foregår i praksis er omtalt under studiets oppbygging. Er det flere eller andre forhold knyttet til praksisstudiene som bør inn i retningslinjene?*

Ingen kommentar.

*87) Er det andre høringsinnspill?*

1. Det er ønskelig at «Barn som pårørende» må være viktig tema i utdanninga.

## **2. Ferdigheter**

Kan identifisere sosiale problemer, motgang, overganger og livskriser for å skape mulighet for mestring og endring, og i samarbeid med enkeltpersoner, grupper og samarbeidspartnere « (Ta vekk og.) Under III Arbeid med sosiale problemer Ferdigheter punkt 1

I retningslinjene vurderer vi at det er ønskelig å ikke ha så stort fokus på sosiale problemer.

Man bør etter hvert muligens ha et skarpere skille mellom begrepene «sosialt arbeid» og «sosiale problem». I dag driver sosionomer sosialt arbeid på mange arenaer og ofte med annet fokus enn sosiale problem. Utdanningen bør derfor ha større fokus på kommunikasjon, relasjonsbygging og respekt for ulikhet.

## Sykepleierutdanningen

*88) I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1-5*

Alternativ: 4

*89) Begrunn svaret*

Retningslinjene peker på flere utfordringer som vil prege fremtidens helsetjeneste og kompetansebehov; herunder eldre, rus, psykiatri, folkehelse, migrasjon. Det er bra! Det bør likevel komme bedre frem at sykepleieren skal jobbe med syke mennesker på tvers av alle aldre og mennesker med sammensatte og komplekse helseplager.

*90) 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*

Alternativ: 4

*91) Begrunn svaret:*

Brukerperspektivet er ikke eksplisitt nevnt. Pasientens handlingskompetanse øker, ikke minst på grunn av teknologi, hvilket medfører at de pasientene som har mulighet til det, får og tar stadig mer ansvar. Dette endrer sykepleierens rolle og vil stille andre krav til oss som fagpersoner og er viktig å få med i retningslinjene.

*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*

Alternativ: 5

*93) Begrunn svaret:*

- Overordnet mener vi at det er viktig at de ulike sykepleierutdanningene gir så lik sluttkompetanse som mulig uavhengig av utdanningsinstitusjon. For å sikre en slik

grunnleggende kompetanse mener vi det burde vært lagt opp til en vekting av de ulike kunnskapsområder

- Vi mener kunnskapsområdene i for liten grad er direkte fagspesifikke for sykepleie. Mange områder vil være relevante for flere helsefagutdanninger. Vi ser at det er et spenningsfelt mellom generell kunnskap og spesifikk sykepleiekunnskap og det er viktig at vektleggingen av generell kunnskap i læringsutbyttebeskrivelsene ikke går på bekostning av det fagspesifikke.
- Vi har forståelse for at læringsutbyttebeskrivelsene bygger på nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk, men det er viktig at det kort beskrives i retningslinjene hva de ulike begrepsnivåene («ha innsikt i», «kan planlegge», «kjenner til»etc) betyr. For å få til god kvalitet i praksis er det nødvendig at sykepleierne i tjenesten får et eierforhold til retningslinjene og slik de fremstår nå vil de oppleves fremmedgjørende for mange sykepleiere/praksisveiledere.
- Slik det er i dag mener vi at utdanningsinstitusjonene ofte har for stor autonomi i oppbygging av studiet og pedagogisk opplegg uten god involvering fra tjenesten. Når vi som praksistilbyder har flere høgskoler (HVL/VID) å samarbeide med ser vi variasjon ved f.eks operasjonalisering av læringsutbyttebeskrivelsene og bruk av vurderingskriterier/skjema. Å forholde seg til slike ulikheter krever tid, energi og ressurser for den enkelte sykepleier som i stedet burde vært brukt på å forbedre kvaliteten på studentenes praksis.

#### *94) Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?*

- Vi savner tidligere beskrivelse av at student/sykepleier skal opparbeide observasjons- og vurderingskompetanse og kunne anvende dette i kliniske sammenhenger.
- Brukerperspektivet er ikke eksplisitt nevnt i retningslinjene. Brukermedvirkning er et overordnet prinsipp som ligger til grunn for all klinisk kommunikasjon og samhandling og bør derfor være med i retningslinjene.
- Vi savner enda tydeligere fokus på kompetanse innen veiledning i retningslinjen. Dette bør legges inn i grunnutdanningen og forberede kommende sykepleiere på at veiledning (av kollegaer, studenter og pasienter/pårørende) er en del av yrket.
- På bakgrunn av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2016-10-28-1250/%C2%A76> mener vi at forbedringsmetodikk må bør inn i retningslinjen og at studentene bør tilegne seg kunnskap/ferdigheter innen PDSA-modellen allerede i utdanningsløpet.

#### *95) I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5*

Alternativ: 4

#### *96)Begrunn svaret:*

Retningslinjene kan fremstå som omfattende, men en tydeligere vekting av de ulike læringsutbyttebeskrivelsene og/eller kunnskapsområdene for eksempel som ved dagens bruk av studiepoeng ,kan løse noe av utfordringene. I tillegg kunne man i kapittel «krav til studiets oppbygging» si noe enda tydeligere om hvilke kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse innen de ulike kunnskapsområdene som bør ligge til 1., 2. og 3. studieår. Dette kan gjerne beskrives i en tabell som på s.8 i retningslinjen, men bør da knyttes til allerede beskrevne læringsutbyttebeskrivelser.

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

Alternativ: Vet ikke

*98)Begrunn svaret*

Beskrivelsen «Krav til studiets oppbygging» på s. 7 synes vi har en god beskrivelse av første studieår med tanke på å sikre helhet og sammenheng, men for å sikre nasjonal felles standard er det nødvendig at det blir like tydelige og gode beskrivelser av studiets oppbygging også for 2. og 3. studieår. Se også svar på spørsmål 96

Vi mener det kan være nyttig med noen gjennomgående temaer i studieløpet, men det fremkommer ikke tydelig av retningslinjene hvordan disse skal operasjonaliseres. Noen kommentarer til de 4 som er løftet frem:

- Tverrprofesjonell samarbeidslæring: bør vektlegges sent i studiet når man som student er blitt mer trygg på egen profesjon
- Legemiddelhåndtering: er et viktig tema! Bør legge inn legemiddeltest som obligatorisk krav før man kommer ut i praksis. Hvordan kan man sikre det i retningslinjene?
- Kvalitetsutviklingsarbeid: er et viktig gjennomgående tema! Er kvalitetsforbedring et bedre begrep jfr ny forskrift?
- Pasientforløp. Viktig tema som det er mye fokus på i tjenestene men begrepet kan inneholde mye forskjellig: diagnoseforløp, behandlingsforløp, standardiserte forløp, arbeidsprosesser etc. Det er den systematiske tilnærmingen/metodikk som er vesentlig at studentene får kunnskap om. Et annet viktig prinsipp er at pasientforløp oppleves som helhetlige og koordinert for pasienten.

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

*99) Hvilket alternativ anses å være mest hensiktsmessig og gjennomførbart?*

Alternativ: B

*100)Begrunn svaret:*

Vi mener det er avgjørende for studentenes læring av sykepleiefaget at praksisstudiene skal inkludere døgntilstand oppfølging av pasientene og at det er nødvendig at retningslinjene sier noe om minimum lengde på en slik type praksis.

Vi ønsker i det følgende å synliggjøre flere problemstillinger det bør tas stilling til:

**1. Døgntilstand praksis - JA.** Begrunnelse: Sykepleiestudentene utdanner seg til et praktisk yrke/profesjon hvor det er avgjørende for kvalitet på arbeidet at man både har forståelse for hva det vil si å arbeide 24/7 samt har kunnskap og erfaring med hva det

innebærer. I tillegg vil det kunne være ulike læresituasjoner og læringsaktiviteter tilgjengelig gjennom hele døgnet.

**2. Hvor mange perioder?** Vi mener det er riktig at retningslinjene legger føring for minimum 2 lengre praksisperioder i løpet av hele studieløpet. Det bør også presiseres at en av disse periodene skal være i somatisk spesialisthelsetjeneste.**3. Hvor lange perioder?** I forslaget ligger det inne 7 uker x 2. Hva er begrunnelsen for 7 uker?

**3. Hvor lange praksisperioder?** Man kan tenke seg at en praksisperiode bør være lengre enn 7 uker (8-10 uker). Som praksistilbyder erfarer vi at studentene ofte har større læringsutbytte hvis de får være på en praksisarena over en lengre periode: det kreves tid for å lære å utøve selvstendig sykepleie, bli trygge i egen fagutøvelse og opparbeide identitet som sykepleier. Hvis man i retningslinjene setter grense på 7 uker mener vi det bør stå minimum 7 uker sammenhengende praksis..

#### **4. Hvor i tjenesten skal /bør lang døgnskategorisk praksis gjennomføres?**

Vi tenker at det ikke er vilkårlig hvor i helsetjenesten døgnskategorisk praksis gjennomføres, både med tanke på læringsutbytte og med tanke på det store logistikk-arbeidet det er å få alle sykepleiestudenter gjennom studiet med 50 % praksis. Vi forstår at læringsutbyttebeskrivelsene skal være styrende for hvilke praksisplasser som benyttes men er svært usikker på om dette er tilstrekkelig for å sikre en nasjonal standard på utdanningen. For somatisk spesialisthelsetjeneste er det viktig at det sikres at alle i bachelor/grunntidning sykepleiere har gjennomført deler av sin utdanning ved somatisk sykehus. Vi ønsker derfor at det presiseres i retningslinjene at minimum en lang døgnskategorisk praksisperiode skal være i somatisk spesialisthelsetjeneste.

#### *101)Er det andre høringsinnspill?*

##### **Formål:**

Formålet er bra beskrevet og tydeliggjør sykepleiefaget men for å synliggjøre sentrale tema ytterligere kunne vi tenke oss at det kandidaten skal kunne etter endt utdanning er satt opp punktvis. Vi savner også **en tydeligere tråd mellom formål og læringsutbytter** og anbefaler at ord og begrep fra formål i større grad benyttes direkte videre i kunnskapsområdene og læringsutbyttene.

Forslag til presisering avsnitt 2 setning 1, vårt forslag: *Etter endt utdanning skal kandidaten kunne ivareta pasienter med komplekse lidelser og sykdomsbilder.*

##### **Innspill til kunnskapsområdene:**

###### **I. Helse og sykdom**

Vi mener at dette kunnskapsområdet er grunnleggende for sykepleieutdanningen og i savner en tydeligere beskrivelse av sykepleierens kjernekompetanse i læringsutbyttebeskrivelsene.

Kunne kunnskapsområde hatt tittel: «Sykepleie, helse og sykdom»

Ferdigheter pkt 1: forslag til endring: «*Kan anvende kunnskap om helse og sykdom til systematisk å observere, samle informasjon, vurdere og identifisere avvik fra normalverdier, for å planlegge, iverksette og evaluere tiltak*».

## II. Etisk kommunikasjon og samhandling

- a. Ferdigheter pkt 1: «Anvende kunnskaper om lærings-, mestrings- og endringsprosesser». Hvilke ferdigheter er «kunnskap om prosesser»? Forslag til ny tekst: «Kan anvende teknikker og metoder i veiledning for å fremme mestring eller endring av (helse)vaner?/adferd».
- b. Punkt 3 og 4 bør slås sammen

## III. Vitenskapsteori og forskningsmetode

- a. Kunnskap pkt 2 og Ferdigheter pkt 2 fremstår for omfattende/på feil nivå. Begrunnelse: Implementering av ny kunnskap er en kontinuerlig prosess i helsevesenet. Endring av klinisk praksis må skje systematisk, være kunnskapsbasert og tilpasses pasientgruppen og lokal kontekst. Vi forventer ikke at nyutdannede bachelor kandidater skal kunne svare på dette for klinisk praksis, men de må ha generelle kunnskaper om kunnskapsbasert praksis. Vi foreslår «kjenner til» i stedet for «har kunnskap om». For Ferdigheter pkt 2, forslag til ny tekst: *Kan anvende kunnskap fra forsknings- og utviklingsarbeid og treffe begrunnede valg*.
- b. Generell kompetanse pkt 1, forslag til ny tekst: «Kan argumentere for utvikling av ny praksis basert på forskning».

## IV. Faglig ledelse og tjenesteutvikling

Kunnskap

Punkt 1 mangler

Punkt 5. Finnes det særskilte «metoder» for samvalg? Er ikke samvalg et bærende prinsipp i klinisk kommunikasjon når det er snakk om flere mulige behandlingsalternativ?

## V. Kvalitet og pasientsikkerhet

Kunnskap: Vi mener at metodikken Plan-Do-Study-Act som alle er pålagt å jobbe etter bør inn, kunnskap om modellen bør inn i utdanningsløpet.

Ferdigheter:

Punkt 3: Finne byttes ut med «*kan identifisere og vurdere risikofaktorer*»

Punkt 4: istedenfor «i sykepleieutøvelsen» skrive «*til bruk i sykepleieutøvelsen*»

Punkt 5: Vi mener at punkt 5 er like viktig som punkt 2 og disse to punktene derfor slås sammen med mål om at studenten «*kan anvende...*».

Generell kompetanse

Punkt 5: Fjerne «trygg overføring av pasienter» og sette inn «*helhetlig og koordinerte tjenester mellom ulike enheter*»

## VI. Innovasjon, helseteknologi og digital kompetanse

- a. Generell kompetanse punkt 4: «Kjenner til innovasjonsprosesser og kan bidra til tjenesteinnovasjon gjennom nyteknisk og kreativitet», kan reduseres til «*Kjenner til og kan bidra til innovasjon i tjenestene*».

## Krav til praksisstudiene

Innspill på samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksistilbyder:

- Vi støtter forslaget om en nasjonal mal for innhold i samarbeidsavtaler. Utdanningsinstitusjonenes ansvar for å gjøre veiledningsutdanning lett tilgjengelig for sykepleiere i praksisfeltet, bør også inngå i slike avtaler. Det er viktig at retningslinjene legger opp til at læringsutbyttebeskrivelser skal operasjonaliseres i et samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksistilbyder. Et viktig suksesskriterie for å få til et slikt samarbeid og sikre kontinuitet i arbeidet er at det settes av ressurser/personell fra både høgskole og praksissted som er dedikert til formålet. Dette kan gjerne presiseres i retningslinjene.
- Avsnitt 3. Setningen «Den praksisveilederen som har hovedansvar for veiledning og vurdering av studenten eller studentgrupper i definert praksisperiode, skal ha veiledningsutdanning tilsvarende minimum 10 studiepoeng på mastergradsnivå» bør endres til «*Den praksisveilederen som har hovedansvar for veiledning og vurdering av studentgrupper i definert praksisperiode, skal ha kompetanse innen veiledning. Veilederutdanningen bør tilsvare minimum 10 studiepoeng med læringsutbyttebeskrivelser på mastergradsnivå.*»
- Det bør komme frem i retningslinjene at veilederkompetanse av kan sikres gjennom f.eks. e-læringskurs, kortere veiledningskurs og veiledning på veiledning fra veileder med formell kompetanse
- S. 8, avsnitt 3. foreslår vi omformulering av første setning: *Praksisstudier er den delen av studiene som foregår i autentiske yrkessituasjoner hvor studentene under veiledning lærer å planlegge, vurdere, gjennomføre og evaluere sykepleie. Veiledning skal utføres av sykepleier med relevant yrkesutdanning og yrkespraksis.*»
- Vi støtter at det presiseres at lærer skal være oppdatert på praksisstedets problemstillinger. Dette er etterspurt av sykepleierne i tjenesten.

## Generelle innspill

- Retningslinjene for de forskjellige helse- og sosialfagutdanningene fremstår som ulike Helsetjenesten skal forholde seg til flere av utdanninger i praksisfeltet og vi ønsker vi oss derfor en større grad av samstemte beskrivelser i både form og innhold
- Samers rettigheter nevnes i flere av læringsutbyttebeskrivelsene. Vi mener at dette kunne vært samlet i ett overordnet punkt for eksempel slik det står i kulepunkt 2 side 2: Når samiske folks rett som urfolk står beskrevet som ett punkt i formålet bør innholdet være sikret i LUB'ene også uten at det spesifiseres.
- Helse Bergen mener det er viktig at det kommer tydelig frem i retningslinjene at lange praksisperioder skal være veiledet og bli vurdert med bestått/ikke bestått.