

Sak 18/643

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 akut/ 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 funksjonssnedsettelse 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 veiledede praksisen kan organiseres på ulikt vis, men det er viktig at studentene får praksis i både spesialist- og primærhelsetjenesten.

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

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

I 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 bachelorutdanning? 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 enkeltemner, for å muliggjøre mer samlet eller lik sluttkompetanse, spesielt knyttet til kjernekompetansen i ergoterapifaget.

Felles undervisningsopplegg mellom ulike profesjoner på samme utdanningssted:

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

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».

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 Oslo

Deres referanse
18/643-2

Vår referanse
18/109-8

Vår dato
18.06.2018

Høring Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

Det vises til Kunnskapsdepartementets (KD) henvendelse 17. april 2018 hvor Universitets- og høyskolerådet (UHR) inviteres til å avgi høringsuttalelse om departementets forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger. KD har valgt å be høringsinstansene om å besvare høringen gjennom et oppsett i Questback. Med det høye antallet aktuelle høringsinstanser er dette forståelig og opplegget kan være funksjonelt med utgangspunkt i en og en utdanning. UHR vil gi kommentarer både om tverrgående temaer mellom retningslinjeforslagene, og om den enkelte utdanning. For vårt formål opplever vi Questback-opplegget som en lite egnet metode for å få formidlet våre synspunkter. Vi har derfor valgt å levere høringsuttalelse i et ordinært dokumentformat.

UHR-Helse og sosial (UHR-HS) diskuterte høringssaken i sitt møte 2. mai samt i arbeidsutvalgsmøte 25. mai. Videre ble de 14 nasjonale fagorganene for utdanning og forskning innen helse- og sosialfag under UHR-HS invitert til å sende inn bidrag til arbeidet med høringssaken. Vi har mottatt bidrag fra de 8 fagorganene som høringsforslagene faglig sett gjelder. UHRs styre vedtok høringsuttalelsen i sitt møte 13. juni.

Vi har organisert høringsuttalelsen vår slik:

1. *Generelle kommentarer*
2. *Tverrgående kommentarer til retningslinjene*
 - Formålsbeskrivelse
 - Læringsutbyttebeskrivelser
 - Krav til studiets oppbygging
 - Krav til praksisstudier
3. *Avsluttende kommentarer*
4. *Utdanningsspesifikke kommentarer*

1. Generelle kommentarer

UHR støtter intensjonen med retningslinjene. Det er åpenbart en krevende balansegang å utarbeide retningslinjer som både skal ivareta tjenestenes kompetansebehov og opprettholdelse av UH-institusjonenes faglige autonomi. Det prinsipielle utgangspunktet for all høyere utdanning er at det er læringsutbyttebeskrivelsene som er det styrende elementet for valg av undervisningsmetoder, herunder simulering, ferdighetstrening, eksterne praksisstudier og vurdering av studentene. Helse- og sosialtjenestenes rolle i styring av utdanning er å bidra til utforming av læringsutbyttebeskrivelser på studieprogramnivå.

Postadresse
Stortorvet 2
NO-0155 Oslo

Telefon +47 409 14 969
postmottak@uhr.no
www.uhr.no
Org.nr. 917 697 825

Saksbehandler
Tor Rynning-Torp
tor.rynning.torp@uhr.no
Telefon +47 907 42 286

Vi erfarer at de foreslåtte retningslinjene fremstår som ulike. Dette kan tyde på at tolkningsrommet har blitt for stort slik at gruppene har brukt veiledningen¹ de har fått ulikt. Retningslinjer bør bygges opp på en måte som gjør at de er gjenkjennelige på tvers, dvs. at de bør ha felles layout, organisering og tematikk. Det som må være forskjellig er de faglige momentene for den enkelte utdanning. De foreliggende utkastene har i hovedsak kun inndelingen av avsnitt til felles. Nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning (NFUF) innen ergoterapi og ortopediingeniørfag peker spesifikt på betydningen av at programgruppen i det videre arbeidet har et særlig fokus på den «røde tråden» i retningslinjene. Sammenhengen mellom formålsbeskrivelsen og kunnskapsområdene/læringsutbyttebeskrivelsene bør vies ekstra oppmerksomhet, da disse skal bygge opp fundamentet for formålet med utdanningen og kjernekompetansene som beskrives der.

De omfattende forskjellene mellom forslagene til retningslinjer kan representere en betydelig utfordring. Ulike tilrettelegginger av samme utdanning kan dermed føre til samme sluttkompetanse. Men for de institusjonene som har ansvar for flere av helse- og sosialfagutdanningene vil ulik oppbygging og detaljeringsgrad av retningslinjene kunne være mer til hinder enn til hjelp. De beskrivelsene som kan være felles, bør være felles, og dette bør reflekteres i retningslinjene. Det er også et poeng å ikke føre en praksis hvor forhold som er fastsatt i annet regelverk gjentas her. På denne bakgrunnen foreslår UHR at KD oppnevner en redaksjonskomite med medlemmer fra UH-sektoren som får i oppgave å gjennomgå retningslinjene med tanke på redaksjonelle forhold og lik informasjon. En sikring av større likhet på tvers av retningslinjene er også pekt på av NFUF ergoterapi- og ortopediingeniørfag samt fysioterapi.

Retningslinjene skal ifølge KD være *førende for institusjonenes arbeid med utdanningene. Det skal være handlingsrom innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell tilpasning ved den enkelte institusjon.* Totalt sett fremstår utkastene til retningslinjer som for detaljert, og vil redusere handlingsrommet for den enkelte institusjon. NFUF vernepleie stiller spørsmål ved hvor førende retningslinjene skal være som styringsverktøy. Selv om det har vært gjort forsøk underveis på å forklare betydningen av at retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene, forblir dette et uavklart punkt. UHRs styre er enige i denne spørsmålsstillingen. For å sike likest mulig forståelse og implementering av retningslinjene er det avgjørende at departementet avklarer betydningen av at retningslinjene skal være *førende for institusjonenes arbeid med utdanningene.*

Vi er kjent med at KD vurderer å forskriftsfastsette retningslinjene. UHR mener at det vil være uheldig å gjøre det nå. Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagene er en ny måte å regulere utdanningene på. Det bør være en lengre periode med rom for utprøving, nasjonal dialog, samordning og evaluering før forskriftsfastsetting evt. realiseres. Forskriftsfastsetting bør ikke gjennomføres dersom retningslinjene skal ha funksjon som et mykt styringsverktøy for nasjonal koordinering av arbeidet med utvikling av program- og emneplaner ved den enkelte utdanningsinstitusjon

Slik flertallet av retningslinjeforslagene ser ut nå, legges det opp til omfattende styring på innhold, noe som er i direkte motstrid med NKR og ikke forenlig med det politiske målet om mer ansvar og større faglig frihet til utdanningsinstitusjonene. Det omfanget retningslinjene har nå fremstår som rammeplanstyring, men bare under annet navn.

¹ «Veileder for utvikling av nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene» arbeidsdokument utviklet av KD.

2. Tverrgående kommentarer til retningslinjene

I dette kapittelet har vi til en viss grad tatt utgangspunkt i KDs dokument «*Veileder for utvikling av nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene*».

2.1 Formålsbeskrivelse

I henhold til departementets veiledning til arbeidsgruppene skal *Formålsbeskrivelsen*:

- angi det relevante rammeverket for utdanningen (NKR og yrkeskvalifikasjonsdirektivet)
- angi aktuelle og relevante styringsdokumenter
- definere egenarten ved den konkrete helse- eller sosialfaglige utdanningen,
- om mulig sette den i sammenheng med andre nærliggende eller overlappende utdanninger

Å angi relevant rammeverk og styringsdokumenter for utdanningen fremstår som en upresis bestilling. I flere av retningslinjeforslagene er NKR angitt som en del av rammeverket, men også tilsynsforskriften og kvalitetsforskriften og andre bestemmelser inngår i rammeverket. Vi foreslår at henvisningen til NKR tas ut i nåværende form. Men i og med at målgruppen for retningslinjene omfatter både utdanningene selv, tjenestene og brukerne, kan det likevel være ønskelig med en henvisning til NKRs definisjon av læringsutbyttebeskrivelser, som bakgrunn for forslag til utarbeidelse av LUB pr. utdanning.

I retningslinjene er det ikke nødvendig å skrive at utdanningene skal være forskningsbaserte, slik det er gjort blant annet utdanningene til bioingeniør, radiograf, sosionom og sykepleier. Dette kravet er fastsatt i UH-loven og gjelder for all høyere utdanning.

I forslagene for sosionom- og sykepleierutdanning er det vist til internasjonale føringer. Det bør vurderes å angi konkret hvilke føringer det vises til. I forslaget for sykepleierutdanning er det vist til internasjonale deklarasjoner, herunder EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv. Direktivet er ikke en deklarasjon, men et juridisk bindende dokument. Utdanningskravene i direktivet er ikke nevnt hverken i felles forskrift, i NOKUTs forskrifter eller som selvstendig forskrift. Det er derfor positivt at direktivet kommer inn i retningslinjene slik at det ikke er tvil om at dette er bestemmelser som må følges opp.

Definisjonen av egenarten ved den enkelte utdanningen varierer sterkt mellom retningslinjeforslagene, fra å fremstå som tydelig, til å fremstå som generell. Eksempelvis vil de 3,5 første linjene i formålsbeskrivelsen for fysioterapiutdanning kunne anvendes på de fleste helse- og sosialfagutdanninger. Også retningslinjeforslagene for utdanning til ergoterapeut og sykepleier fremstår som delvis lite utdanningsspesifikke. Derimot er retningslinjeforslagene for utdanning til bioingeniør, radiograf og sosionom mer konkrete. Vernepleierutdanningen fremstår som relativt konkret, men forslaget til retningslinje greier ikke å gi et bilde av vernepleierens plass i helse- og sosialteamet.

Kun utdanningene til barnevernspedagog og sykepleie har nevnt rettigheter for den samiske befolkningen. Dette er heller ikke hjemlet i UH-loven. UHR foreslår derfor at dette punktet føres inn i alle retningslinjene.

Noen av retningslinjene, blant annet for barnevernspedagogutdanningen har tatt med engelsk tittel. Det bør gjøres for alle utdanningene.

Det er en viss grad av overlapping av innholdet i formålsbeskrivelse og læringsutbyttebeskrivelser, noe som fremkommer tydelig eksempelvis i retningslinjene for barnevernspedagog.

I flere av retningslinjeforslagene er det nevnt at utdanningen kvalifiserer for autorisasjon. Hovedkravet for autorisasjon av norskutdannet helsepersonell er dokumentasjon på bestått eksamen. Dermed gir ikke autorisasjonsordningen føringer for utdanningene, følgelig er det ikke behov for å ha med den opplysningen. Ettersom det kreves bestått eksamen for å gjennomføre turnustjeneste som fysioterapeut, er dette en sak om ikke gir føringer for utdanningen og ikke trenger å stå i retningslinjene.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) er et tema som er behandlet i felles forskrift. Under formål for utdanningene er dette angitt tydelig kun hos ergoterapeutdanningen. I flere av retningslinjeutkastene er TPS nevnt andre steder. Signalene om tverrprofesjonelt samarbeid hos kandidatene har over tid vært sterke fra tjenestene, og kanskje burde kandidatenes kompetanse innen TPS vært omhandlet under formålet for alle utdanningene.

I formålsbeskrivelsen av utdanningene skulle arbeidsgruppene *om mulig (skal) sette den [utdanningen] i sammenheng med andre nærliggende eller overlappende utdanninger*. Så vidt vi kan se er det kun sosialt arbeid som har tatt hensyn til dette punktet. Det er noen åpenbare koblinger: utdanninger til barnevernspedagog, sosionom og vernepleier, utdanninger til ergoterapeut og fysioterapeut. Men en kan også tenke seg viktige og nødvendige koblinger mellom flere helsefaglige utdanninger som nå er fordelt på RETHOS fase 1 og 2.

2.2 Læringsutbyttebeskrivelser

Departementets veileder angir at retningslinjene skal inneholde læringsutbyttebeskrivelser i tråd med NKR. Da er det et krav at det utarbeides ett sett med LUB inndelt i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse på studieprogramnivå. NOKUT skriver i sin veiledning at det også er vanlig med LUB på emnenivå. Alle LUB på emnenivå skal lede mot oppfyllelse av LUB på programnivå.

I RETHOS-prosjektets arbeidsdokument for utforming av retningslinjer står blant annet følgende:

5.2 Antall LUBer

Programgruppene bør være bevisste både på antallet kunnskapsområder og antallet LUBer. Dersom programgruppene holder LUBene på et studieprogramnivå, og unngår for sterk detaljering, vil antallet begrense seg selv. For detaljerte LUBer kan ende opp med å bli uforholdsmessig krevende kvalifikasjoner for kandidatene og dermed ikke samsvare med det en kandidat skal kunne klare i løpet av en bachelorutdanning.

LUBene skal kunne etterleves av institusjonene, vurderes av andre og etterprøves av kontrollinstanser. Dermed må ikke beskrivelsene heller blir for generelle. Desto mer generell en LUB er, desto vanskeligere vil det være å vurdere om den er oppnådd.

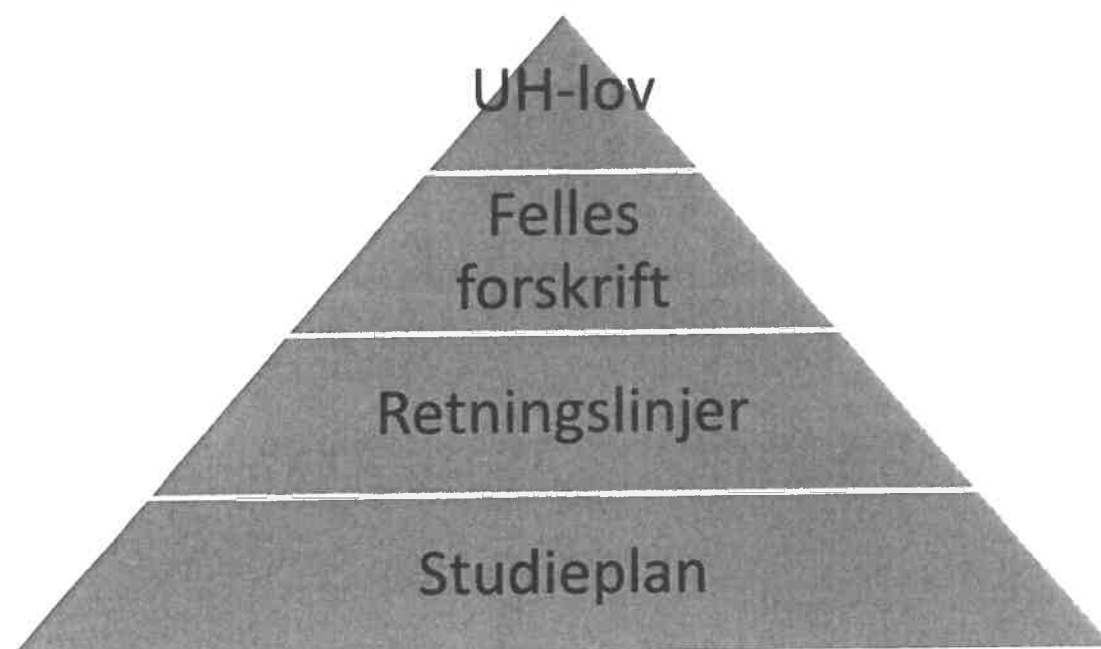
I veiledningen fra departementet til arbeidsgruppene er det også gitt råd om at det kan være hensiktsmessig å dele LUB inn i kunnskapsområder. Dette er gjort på ulik måte i forslagene til retningslinjer. To av gruppene har valgt ikke å definere kunnskapsområder, en gruppe har valgt 10. Fagorganet for ergoterapi- og ortopediingeniørutdanning anbefaler sterkt at kunnskapsområdene presenteres i eget kapittel/avsnitt etter formålsbeskrivelsen og før læringsutbyttebeskrivelsene, og viser til eksempel fra retningslinjene for fysioterapi.

På dette punktet kan det se ut som om programgruppene ikke har vært lojale overfor oppdraget de har fått. Oppdelingen av LUB i kompetanseområder kan være problematisk. Det er en viss sammenheng mellom høyt antall LUB og høyt antall kompetanseområder, ref. tabell 1. De med flest LUB beveger seg på et høyt detaljeringsnivå, det likner på LUB på emnenivå, ikke på studieprogramnivå og bør endres.

Utdanning	Kompetanseområder	LUB
Barnevernspedagog	0	46
Bioingeniøruddanning	0	38
Ergoterapiuddanning	7	64
Fysioterapiuddanning	7	64
Radiografuddanning	10	88
Sosionomuddanning	3	52
Sykepleieruddanning	6	71
Vernepleieruddanning	6	76

Tabell 1: Sammenheng utdanning, kompetanseområder og LUB

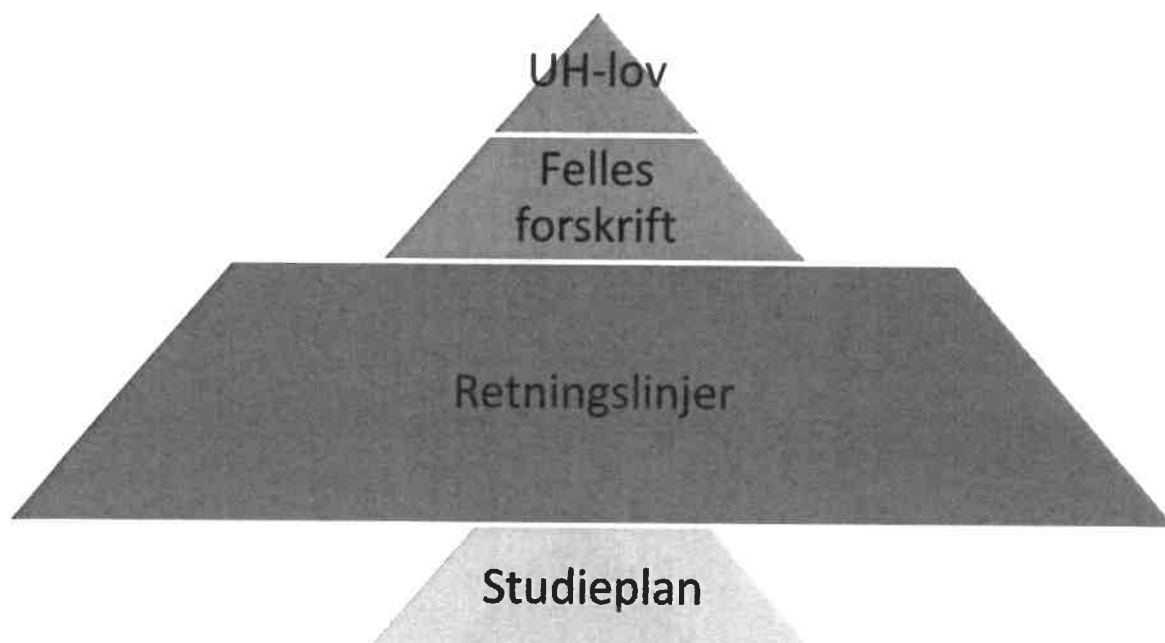
Styringssystemet for helse- og sosialfagutdanningene slik det delvis er vedtatt, og delvis foreslått, er illustrert i figur 1.



Figur 1: Typisk hierarkisk oppbygging av styringselementene i utdanning

Det øverste nivået gir en styringsramme som gjelder all høyere utdanning. På neste nivå konkretiseres styringsrammen gjennom en felles forskrift for helse- og sosialfagutdanningene. Forskriften er relativt generell, men inneholder blant annet LUB som skal gjenfinnes i alle utdanningene. Forskriften har også bestemmelser om nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene. Med forskriften som ramme, utvikles retningslinjene. Retningslinjene representerer et mer detaljert og spesifikt nivå enn forskriften. På studieplannivå foretas en ytterligere konkretisering innenfor rammen av retningslinjene. Her skal det også være rom for at institusjonene kan sette sitt særpreg/lokal profil på utdanningene.

Figur 2 viser en situasjon hvor retningslinjene har blitt så detaljerte at studieplannivåets oppgave i større og mindre grad blir å sortere LUB på emnenivå.



Figur 2: Atypisk hierarkisk oppbygging av styringselementene i utdanning

I dokumentet arbeidsgruppene fikk utdelt som hjelpemiddel, fremkommer det tydelig at angitt LUB skulle fastsettes på studieprogramnivå og unngå for sterk detaljering. Oppdelingen i kompetanseområder og høyt antall LUB gjør at noen av retningslinjeforslagene ser ut som om de er lagd på emnenivå, ikke studieprogramnivå. Et tilfeldig utvalg av studieplaner fra de åtte aktuelle utdanningene viser at gjennomsnittlig antall LUB ligger på 23 med et spenn 13-29, ref. tabell 2. I de foreslåtte retningslinjene er gjennomsnittet 63 med et spenn 38-88. Dette indikerer at alle utdanningene vil komme i den situasjonen som er illustrert i figur 2 dersom retningslinjene innføres uten en tydelig nedjustering av kompetanseområder og LUB.

Utdanning	Institusjon	Antall LUB
Barnevernspedagogutdanning	NTNU	18
Bioingeniørutdanning	UiA	29
Ergoterapiutdanning	HVL	27
Fysioterapiutdanning	OsloMet	24
Radiografutdanning	USN	13
Sosionomutdanning	UiT	27
Sykepleierutdanning	Innlandet	22
Vernepleierutdanning	Nord	17

Tabell 2: Antall LUB i et utvalg studieplaner

NFUF ergoterapi- og ortopediingeniørfag er bekymret for den store variasjonen i antall læringsutbyttebeskrivelser. Det pekes også på ulikheter i bruken oppdeling av kompetanseområder. UHR-HS mener at det høye detaljeringsnivået i de fleste retningslinjeforslagene kan utfordre institusjonenes faglige frihet og ansvar slik det er beskrevet i universitets- og høyskolelovens (UHL) § 1-5. Det vil være en avveining mellom UHL § 1-5 og §§ 3-1 og 3-2 som omhandler NKR og rammeplaner. Det blir likevel en paradoks situation når detaljeringsnivået er så høyt at det første institusjonene må gjøre når ny studieplan skal utformes basert på de nasjonale retningslinjene er å aggregere retningslinjenes LUB til et nytt sett med LUB på *studieprogramnivå* før de innenfor den rammen kan utvikle LUB for det enkelte emne.

Flere av de nasjonale fagorganene deler UHR-HS sin bekymring for detaljeringsnivået og bruk av nivåindikatorer i læringsutbyttebeskrivelsene. Det pekes også på ulikt abstraksjonsnivå. Det er derfor ønskelig å be programgruppene om å beskrive LUB som minimum sluttkompetanse, og sørge for at detaljerings- og abstraksjonsnivået utjevnes.

Oppsummert mener UHR at detaljeringsnivået på LUB i forslagene til de nasjonale retningslinjene er for omfattende. Konsekvensen bør være at forslagene nedjusteres til programnivå slik det fremkommer i gjeldende studieplaner.

2.3 Krav til studiets oppbygging

Departementets veileder sier dette om krav til oppbygging:

Retningslinjene skal inneholde krav til oppbygging av studiene for den enkelte utdanning. Også denne delen av retningslinjene må utarbeides på riktig detaljeringsnivå, følgelig studieprogramnivå, slik at det er handlingsrom til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell tilpasning ved den enkelte institusjon.

Programgruppene skal ikke angi studiepoeng for det enkelte fag/emne, og heller ikke ta for seg karaktersystemet. Det sistnevnte reguleres andre steder i universitets- og høyskoleregelverket.

En for detaljert fremstilling av studiets oppbygging vil kunne hindre optimal gjennomføring av den enkelte utdanning på institusjonene, da disse er bundet av andre krav og regelverk, nasjonale føringer for utveksling m.m.

Eksempelvis kan retningslinjene på et overordnet nivå nevne praksis og institusjonelt samarbeid, herunder TPS.

Retningslinjene for utdanning til bioingeniør, ergoterapeut, sosionom og sykepleie beskriver emnefordeling år for år. Bioingeniørutdanning angir at enkelte temaer skal utgjøre en viss prosent av utdanningen. Dette detaljeringsnivået bidrar til å snevre inn den enkelte institusjons mulighet til å designe sine studieplaner slik de mener er faglig forsvarlig. I retningslinjene for utdanning til barnevernspedagog, fysioterapeut, sosionom og sykepleier pekes det på sammenheng mellom teori og praksis og faglig progresjon. Dette er allmenne formuleringer som neppe gir noen merverdi til implementering av retningslinjene. Utdanningene til barnevernspedagog, sosionom, sykepleier og vernepleier angir at det bør tilrettelegges for internasjonal utveksling innenfor både praktiske og teoretiske emner. Dette er også allmenngyldige føringer for høyere utdanning, og det er neppe behov for å gjenta dette i retningslinjene. Det er vesentlig at retningslinjene ikke blir utformet på et detaljeringsnivå som gjør at internasjonalisering, herunder utveksling vanskeliggjøres. Statistikk fra DBH om studentutveksling innen helse- og sosialfagutdanningene gir et bilde hvor noen få miljøer har relativt gode tall, mens andre miljøer har liten utveksling. Realiteten er noe annerledes, det er mange utdanninger hvor antallet inn- og utreisende studenter er høyere, men tiden utvekslingen varer er mindre enn tre måneder. Mindre regulert detaljering enn det som er foreslått i retningslinjene vil kunne bidra positivt til økt utveksling. I retningslinjene for utdanning til fysioterapeut pekes det på sammenhengen mellom LUB, læringsaktiviteter og vurderingsformer, samt ferdighetstrening ved utdanningsinstitusjonen. Også dette er allmenne føringer for høyere utdanning og er behandlet i andre dokumenter og ansees som overflødig i retningslinjene.

Forslagene til retningslinjer har behandlet fordypningsoppgave/bacheloroppgave forskjellig. Det er ikke et forskriftsbestemt krav at studenten skal levere en bacheloroppgave. Det er bachelorutdanninger i dag hvor dette ikke er et krav. Det bør vurderes å ha felles bestemmelse om dette på tvers av retningslinjene.

Oppsummert finner vi store forskjeller i hva som beskrives. Det er en viss sammenblanding av innholdet i kapitlene om studienes oppbygging og krav til praksisstudier. Det skal ikke angis studiepoeng, men det er ikke noe mindre regulerende å angi omfang i prosent. Prioriteringer av emner for hvert studieår blir en for detaljert regulering av studiene og foreslås fjernet.

2.4 Krav til praksisstudier

I veilederen for retningslinjegruppene står blant annet dette om praksisstudier:

Retningslinjene kan stille krav til praksisdelen av utdanningene.

Dersom programgruppene ønsker å stille krav til praksis i utdanningen må disse kravene samsvare med forskriftens § 3 og YKR for de utdanningene dette gjelder. YKR har konkrete krav til praksis for enkelte av utdanningene og forskriften har felles krav for alle utdanningene.

I tillegg må retningslinjene ha et omfang og innhold som er gjennomførbart. Det er viktig at programgruppene tar hensyn til tilgangen på aktuelle praksisplasser og at det er mange utdanninger som skal ha praksis i samme fagfelt.

Tabell 3 viser i hovedsak hvilke momenter om praksisstudier som er anført i retningslinjene.

Utdanning	Varighet	Organisering	Arena	Andre krav	TPS
Barneverns-pedagog	20-24 uker	14 uker sammenhengende og i siste halvdel av studiet	i kommunalt eller statlig barnevern		
Bioingeniør		bør inngå i alle tre studieår			
Ergoterapi	minst 30 uker	minst 8 uker pr studieår	kommune og spesialist - prosjektpraksis		X
Fysioterapi	minst 1200 timer (30 uker fulltid)	minst 2 perioder i andre år på 7 uker eller mer	kommune og spesialist	praksis også på andre relevante arenaer	X
Radiografi	minst 900 timer (30 uker)	anbefales en periode på 360 timer (12 uker) i løpet av studiet	offentlige eller private helseinstitusjoner	minimum omfatte røt., CT og MR, andre områder etter tilgjengelighet	X
Sosionom		erfaring fra to ulike praksisfelt (hvis mulig) forvaltningserfaring bør inkluderes			
Sykepleier		Vises til krav i direktivet - gruppen har to ulike forslag, hvor et forslag innebærer at to praksisperioder på har en varighet på min 7 uker og inkludere døgkontinuerlig oppfølging av pasienter	en periode hvor studenten lager egne LUB legge til rette for varierte læringsformer som understøtter LUB	skal ha veilederutdanning min. 10 SP på masternivå	X
Vernepleier	minst 35 uker veiledet brukerrettet praksis	praksis i tjenester som bistår personer med kognitive funksjonsnedsettelse			

		og/eller store og sammensatte bistandsbehov - øvelse i helsehjelp og legemiddel- håndtering, miljøterapeutisk arbeid og dokumentasjon og kvalitetssikring av eget arbeid			
--	--	--	--	--	--

Tabell 3: Oversikt over innholdet i beskrivelse av praksis

Tabellen viser blant annet:

- Svært store variasjoner mellom retningslinjeforslagene
- Noen angir praksisvarighet i timer og uker
- Noen angir lengder og plassering på noen praksisperioder
- Noen angir praksisarenaer
- Noen setter krav til TPS
- Sykepleie har krav til praksis omfang og arena gjennom et EU-direktiv

Manglende føringer for beskrivelse av praksisstudier gir gruppene stort fortolkningsrom, og har resultert i omfattende forskjeller. Det er neppe verken funksjonelt eller ønskelig at variasjonen i beskrivelse av krav til praksisstudier er så vidt stor. Det bør diskuteres hvilke føringer som skal gis for praksisstudier. Disse må være felles for alle utdanningene. Praksisfeltet er utenfor UH-sektorens jurisdiksjon. Da blir det viktig å få klarlagt hvilke signaler tjenestene har behov for slik at de kan bidra med tilrettelegging på best mulig måte.

I helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger kan ekstern, veiledet praksis utgjøre en trussel mot gjennomgående høy utdanningskvalitet, både med tanke på tilgang på egnete praksisplasser og organisering og kvalitetssikring av praksisstudiene. For at RETHOS-prosjektets mål om bedre kvalitet og relevans for helse- og sosialfagutdanningene skal nås, må tydeligere lovfesting og bedre finansiering av helse- og velferdstjenestenes ansvar og oppgaver knyttet til praksisstudier komme på plass. Tjenestenes rolle i grunnutdanning av personell fremstår som om den bygger mer på tradisjon og erfaring enn klart definerte ansvarsområder. Vi er klar over at RETHOS-prosjektet ikke har dette temaet i sitt mandat, men det er en så vidt viktig betingelse for å lykkes med intensjonene bak utvikling av nasjonale retningslinjer at vi likevel ønsker å peke på dette.

UHR anser det ikke som ønskelig å fastsette omfanget av praksisstudier for den enkelte utdanningstype. Det vil være å starte i feil ende. Men det må fremkomme i retningslinjene at alle helse- og sosialfagutdanningene skal ha ekstern, veiledet praksis. Praksisperioder må ha et omfang som gjør det realistisk at studenten oppnår læringsutbytte som både krever praktiske ferdigheter og integrering av teori i praksis. Den enkelte praksisperiode må være så lang at det er mulig å foreta en forsvarlig vurdering av studentens oppnådde læringsutbytte. Det vil antagelig være hensiktsmessig både for utdanningsinstitusjoner og helse- og velferdstjenestene at det etableres regionsvis samarbeid om læringsutbyttebeskrivelser for, og organiseringen av praksisstudier.

LUB er nå utgangspunktet for alle virkemidler som skal bidra til at studentene lærer det de skal. Identifisering av hvilken kompetanse studentene skal tilegne seg gjennom praksisstudier må være tydelig operasjonalisert gjennom læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudier. Når LUB er klare, kan omfanget på praksisstudier fastsettes. Ettersom den enkelte utdanningsinstitusjon skal kunne sette sitt lokale særpreg på utdanningene, og en har tilgang på ulikt praksisfelt, vil praksisstudier kunne utvikles seg forskjellig.

Oppsummert finner vi at praksisstudier er svært ulikt håndtert på tvers av retningslinjene. Det er nødvendig først å definere LUB for praksis før praksisstudienes omfang fastsettes. Det må fremkomme klart i retningslinjene at alle helse- og sosialfagutdanninger skal ha innslag av eksternt, veiledet praksis.

3. Avsluttende kommentarer

Det er et omfattende både redaksjonelt og faglig etterarbeid som må gjøres før retningslinjene kan implementeres. Foruten det redaksjonelle og faglige arbeidet, må det også legges en tydelig plan for implementering. Et av de viktigste punktene her er at det må defineres en tidsavgrenset utprøvningsfase hvor en samler erfaringer og identifiserer endringsbehov. Det er et svært viktig poeng at forskriftsfesting unngås. Forskriftsfesting ødelegger muligheten for å ha dynamiske retningslinjer som er enkle å endre. Erfaringer med eksisterende rammeplaner er at det gjerne tar to år for å foreta endringer. Så raskt som den faglige og organisatoriske utviklingen går, kan dette bli alt for langsomme prosesser, og etterlevelsen av retningslinjene kan reduseres. Dermed vil tjenestene risikere å ikke bli tatt hensyn til, noe som vil være svært uheldig tatt utgangspunkt i målsettingen med RETHOS-prosjektet. Vi lever i et samfunn med økende endringstakt. En forskriftsfastsetting er slik vi ser det å gå i motsatt retning av forenkling.

4. Fagorganenes kommentarer til den enkelte utdanning

UHRs 14 nasjonale fagorganer for utdanning og forskning innen ulike helse- og sosialfagutdanninger har spilt inn synspunkter. I de følgende presenteres disse. Høringsinnspillene er noe redigert, og fellestemaer som er behandlet i kap. 1-3 er tatt ut for å redusere tekstmengden.

4.1 Barnevernspedagog

Vi vil gjenta vårt innspill til programgruppen om at den faglige tilnærmingen i barnevernspedagogutdanningen skal være sosialpedagogikk. Vi viser til St.meld. 13, Utdanning for velferd, og siterer: *Likeledes er sosialpedagogikken som barnevernspedagogutdanningen er basert på, også relevant for andre deler av helse- og velferdstjenestene* (s 83). Sosialpedagogikk som tilnærming må fremgå i formålsbeskrivelsen og i læringsutbyttebeskrivelsene. En sosialpedagogisk tilnærming innebærer tilrettelegging for læring, omsorgsyttelse og utviklingsstøtte til barn og unge gjennom inkludering i sosiale fellesskap. Ledende prinsipper i sosialpedagogikken er livsverdensorientering, ressursfokus, rettighetsorientering og likeverd. Tjenestene og brukerne er tjent med at sosialpedagogikk er hovedtilnærmingen i barnevernspedagogutdanningen.

Vi er fornøyd med tydelig målgruppeorientering. Under formål, andre avsnitt, står det at kandidaten har særlig kompetanse til å løse oppgaver innenfor barnevernet og **andre arenaer hvor barn og unge i en utsatt livssituasjon befinner seg**. Under krav til praksisstudier står det i tredje avsnitt **andre tiltak rettet mot utsatte barn og unge**. Vi foreslår at **tiltak** byttes ut med **arenaer** også her. Barnevernspedagoger er en ønsket og benyttet profesjon i skole/SFO, barnehage og fritidsklubb. Barna er tjent med barnevernspedagogens kompetanse også på disse viktige oppvekstarenaene.

4.2 Bioingeniør

Konklusjon

Vi mener at de nye nasjonale retningslinjene for bioingeniørutdanning må inneholde et krav om minimum ti prosent eksternt praksis i et autentisk arbeidsmiljø på medisinske laboratorier i et helseforetak.

Begrunnelse

I forslaget til «Retningslinjer i et nytt system for styring av læringsutbytte i helse- og sosialfagutdanninger- bioingeniørutdanning» beskrives i krav til studiets oppbygging at «. interne og eksterne praksisstudier skal utgjøre minimum 35% av studiet. Minst 10% av studiet bør minst være eksterne praksisstudier.» (10 % av studiet utgjør 18 studiepoeng) I **gjeldende rammeplan** beskrives i § 3: «Praksisstudier og ferdighets trening skal utgjøre minimum 60 studiepoeng hvorav 20 studiepoeng skal være ekstern praksis i medisinske laboratorier».

Dersom ekstern praksis i et omfang av minimum 10% av studieforløpet ikke er et krav, men en undervisningsform vi «bør» tilby, samsvarer dette dårlig med intensjonen som ligger til grunn for endringene i det nye styringssystemet som nå etableres. Dersom helsetjenestene skal få bedre innflytelse over innholdet i utdanningene må vi samhandle med veiledere i praksisfeltet om å gjennomføre en relevant praksis med god kvalitet.

Presset på praksisarenaene er stort. Dersom omfanget av praksisstudier som foregår i autentiske yrkessituasjoner under veiledning av en person med relevant yrkesutdanning og yrkespraksis ikke er et krav, er det svært sannsynlig at omfanget av denne type praksis vil bli mindre.

I ekstern veiledet praksis møter studentene yrkesfeltets faktiske krav på en måte som ikke kan gjenskapes fullgodt i en simuleringssituasjon. I praksis møter studentene yrkesutøvere og pasienter/klienter i det virkelige miljø, og de må utøve sitt fag i situasjoner som ikke er standardiserte. Ved å delta i relevante yrkessituasjoner sammen med en veileder av samme profesjon, og få tilbakemelding fra henne, er ekstern veiledet praksis sentralt i utviklingen av yrkesidentitet.

Bachelorutdanningen for bioingeniører er i dag en generalistutdanning som omfatter alle laboratoriespesialiteter. Den teknologiske utviklingen skjer svært raskt og samhandling mellom de ulike laboratorier utvikles gjennom metodefellesskap. Det er helt nødvendig å ha tilbud om ekstern praksis (minimum 10% av studiet) for oppdatert undervisning og veiledning innen moderne laboratorieteknologi.

Fem av de seks institusjonene som tilbyr bioingeniørutdanning i Norge mener at det må stå «Minst 10 % av studiet SKAL minst være eksterne praksisstudier.» Det vil si fem av de seks institusjonene som danner Det nasjonale fagorganet for bioingeniørutdanningene er enige i dette.

3.3 Ergoterapeut

1) Spesifikke kommentarer til retningslinjene for ergoterapi

- Fagorganet mener forslaget er et godt utgangspunkt for en beskrivelse av ønsket sluttkompetanse ved fullført bachelorutdanning i ergoterapi og som grunnlag for profesjonsutøvelse innen ergoterapi.

2) Innspill til retningslinjenes kapitler - ergoterapi

a) Formål

- Formålsbeskrivelsen er en «pilar» i dokumentet. Her må man få tydelig frem «hva ergoterapeuter er særlig gode på»; hvilke kjernekompetanser ergoterapeuter har og hvilke lokale, nasjonale og globale utfordringer denne kompetansen kan bidra til å løse.
- Formålsbeskrivelsen fremstår som noe ordrik og kan med fordel spisses inn mot kjernekompetansene person – aktivitet – omgivelser. Meningsinnholdet må være i samsvar med det som står i det omforente dokumentet «Ergoterapeuters

kjernekompetanse», men beskrivelsen bør likevel kunne tilpasses det spesifikke formålet med retningslinjene (studieprogram/undervisning).

b) Kunnskapsområder/læringsutbyttebeskrivelser

- I tråd med kommentaren om sammenheng mellom formålsbeskrivelse og kunnskapsområder foreslår fagorganet at kunnskapsområde nr. 2 «Samspill mellom kropp, funksjon, aktivitet og helse» omskrives til «Samspill mellom person, aktivitet og omgivelser» og at dette flyttes opp som kunnskapsområde nr. 1.
- Det ble uttrykt en klar bekymring for at ikke menneske, her i betydningen kunnskap om sykdom og helse, kommer tydelig nok frem i kunnskapsområder og læringsutbytte. Vi må ikke glemme at ergoterapi er en helsefagutdanning.
- Er det nok trykk på «innovasjon» i kunnskapsområder/læringsutbytte? Ergoterapeuter skal være gode på innovasjon og ledelse.
- Bør ordene «helse» og «deltakelse» komme inn i overskriftene/kunnskapsområdene?
- Ordet «helsefremmende» savnes, og ikke bare «folkehelse»
- Trenger vi ha «kunnskapsbasert yrkesutøvelse» inn som del av overskrift/kunnskapsområde?
- Dette er i dag ganske så selvsagt. Men fortsatt viktig at dette blir uttrykt i læringsutbyttene under overskriftsnivået da gapet fortsatt er tydelig i tjenestene.
- Læringsutbyttebeskrivelsene bør gjennomgå med tanke på overlapp/gjentakelser. Et eksempel på overlapp er læringsutbytte nr. II under Generell kompetanse tilknyttet kunnskapsområde nr. 2 og læringsutbytte nr. 4 under Ferdigheter tilknyttet kunnskapsområde nr. III.
- Begrepet «funksjonsvurdering» (jfr. nevnte LUBer i punktet ovenfor) er noe misvisende angående ergoterapeuters kompetanse. Fagorganet anbefaler at dette erstattes med «vurdering av ferdigheter og aktivitetsutførelse». Dette vil være mer i tråd med formålsbeskrivelsen/kjernekompetansene.

c) Krav til studiets oppbygging

Fagorganet ga uttrykk for at beskrivelsen under «krav til studiets oppbygging» var godt formulert, men hadde følgende innspill:

- Beskrivelsen av første studieår blir litt for generell, allerede her bør beskrivelsen knytte kunnskap inn mot aktuelle brukergrupper
- Det bør tydeliggjøres at læringsutbyttene skal realiseres gjennom praksisstudiene
- Forslaget om et felles fagspesifikt nettbasert undervisningsopplegg støttes. Tidspunktet (hvilket semester/år) opplegget skal gjennomføres bør imidlertid holdes åpent. Det er viktig med fleksibilitet, både i forhold til tidspunkt og tema, og således ikke ønskelig at dette fastsettes i RETHOS-retningslinjene.

d) Krav til praksisstudier

- Fagorganet stiller spørsmål ved at man stiller et høyere minimumskrav (30 uker) til ekstern praksis enn minimumskravet til WTOF (27 uker).
- Det vurderes som positivt at det ikke er presisert at praksis skal være eksternt veiledet.
- Fagorganet støtter kravet om sammenhengende praksisperioder i alle studieår, men mener kravet om 8 uker sammenhengende praksis hvert studieår er altfor detaljstyrende. Det som skal være styrende i retningslinjene, bør være det vi ønsker å sikre at alle skal ha og som kan være forpliktende både for utdanningene og praksisfeltet.
- Det foreslås at en av praksisperiodene kan være knyttet til en mer utradisjonell type arbeid, som f.eks. innovasjon (eller annet utypisk arbeidsområde for ergoterapeuter)

4.4 Fysioterapeut

Særlige kommentarer til retningslinje for fysioterapiutdanningen

Nasjonalt fagorgan for fysioterapi mener at forslaget til nasjonale retningslinjer for fysioterapiutdanningene er et godt utgangspunkt for videre arbeid. Vi har likevel noen kommentarer, spørsmål og innspill til utkastet.

Generelt er vi usikre på om faget fysioterapi kommer tydelig nok fram i forslaget til retningslinjer. Det må tydeliggjøres at disse retningslinjene gjelder fysioterapi og ordet «fysioterapi» kan med fordel gjentas oftere i retningslinjene.

Formålsbeskrivelsen

Vi mener at formålsbeskrivelsen må utbedres noe. Noen deler av kjernekompetansen til en fysioterapeut er underkommunisert og bør løftes bedre inn i formålet. Det må komme bedre frem at fysioterapeuter skal jobbe med syke mennesker og med mennesker med sammensatte helseplager. Slik det står nå kan det se ut som om formålet er å utdanne fysioterapeuter som primært skal jobbe forebyggende og helsefremmende.

Videre står det i formålsparagrafen at «Studiet gir kompetanse til arbeid i helsesektoren og på andre samfunnsområder, i offentlig og privat virksomhet, og på nasjonale og internasjonale arenaer» uten at kompetanse rettet mot andre samfunnsområder og internasjonale arenaer gjenspeiles godt nok i kunnskapsområdene og i læringsutbyttebeskrivelsene.

Vi mener videre at fysioterapeuters selvstendige behandleransvar er underkommunisert i formålet. Svært mange fysioterapeuter gjør dette, parallelt med at mange samarbeider tett med andre faggrupper. Videre står det i formålsbeskrivelsen at utdanningen skal gi kandidatene forutsetninger til å utvikle fysioterapi som kunnskapsfelt og profesjon. Vi er usikre på hvorvidt vi kan forvente slik kompetanse enn så lenge LUB på bachelor ikke gir rom for avansert kunnskap samt det å analysere og forholde seg kritisk til (masternivå). Vi savner ordet mestring i formålsbeskrivelsen og tror det vil bære hensiktsmessig å bytte ut ordet utfoldelse med mestring. Vi mener det er hensiktsmessig at turnustjenesten og autorisasjon er nevnt i formålsbeskrivelsen.

Kunnskapsområder

Vi er svært positive til at det deles inn i kunnskapsområder og at disse listes opp i forkant av læringsutbyttebeskrivelsene. Vi gjør oppmerksom på to siste kunnskapsområdene; VI Kunnskap, kvalitetssikring og innovasjon, og VI. Samfunn og politikk er nummerert feil når de står gjentatt som overskrifter til læringsutbyttebeskrivelsene. Samhandling er i utkastet knyttet til rehabilitering og habilitering. Vi mener det bør vurderes hvorvidt samhandling bør skilles ut som et eget kunnskapsområde sammen med kommunikasjon og relasjonsbygging.

Læringsutbyttebeskrivelser

Med veldig mange læringsutbytter på programnivå er Fagorganet usikker på om retningslinjene slik de foreligger er for omfattende for en bachelorutdanning. Under de ulike kunnskapsområdene bør rekkefølgen på læringsutbyttebeskrivelsene og verbene som brukes ses nærmere på (jfr. kommentar over). Læringsutbyttebeskrivelsene bør også gjennomgå med tanke på overlapp/gjentakelser. Spesielt kunnskapsområde II og III overlapper noe. Som i formålsbeskrivelsen savner vi læringsutbytter som i større grad omhandler patologi, diagnostisering og kompetanse på ledelse og organisering. Veiledningskompetanse bør også tydeliggjøres bedre.

Noen kommentarer rettet mot LUB under de enkelte kunnskapsområder.

I. *Kropp, bevegelse og funksjon*

Vi er usikker på om ordet «kropp» er dekkende.

II. Undersøkelse, vurdering og tiltak

Burde dette kunnskapsområde heller hete: Undersøkelse, vurdering, diagnostisering og tiltak? Vi opplever også at det mangler noe om vurdering av funksjon, diagnostisering og videre tiltak under Ferdigheter i dette kunnskapsområde.

VI Kunnskap, kvalitetssikring og innovasjon

Er kunnskap et godt ord å bruke som en overskrift under et kunnskapsområde? Det brukes ordet kunnskap på flere måter, og på tre ulike nivåer i læringsutbyttebeskrivelsene. Er dette hensiktsmessig?

Krav til studiets oppbygging

Fagorganet mener at beskrivelsen av «krav til studiets oppbygging» er godt formulert, men det bør kanskje i større grad tydeliggjøres hvilke læringsutbytter som skal læres gjennom praksisstudiene. Videre har vi et ønske om at det var noe tydeligere rammer for alle fysioterapiutdanningene i Norge. Studentene vil at vi skal være «likere». Er dette ivarettatt? Bør det stå noe om samarbeid mellom institusjonene?

Vi savner noe om bacheloroppgaven og mener det også bør stå at alle fysioterapeututdanningene skal ha en klinisk praktisk eksamen på slutten av studiet. Vi er redde for at mindre føringer rundt eksamensformer som klinikkeksamen vil kunne føre til at det blir lettere å bruke dette som salderingspost fordi dette er resurskrevende elementer i utdanningene. Vi savner at det gis føringer for bacheloroppgaven, det vil si hvorvidt fysioterapiutdanningen skal ha en bacheloroppgave og omfanget av denne. En bacheloroppgave som er lik i omfang og læringsutbytter er en fin mulighet å sammenlikne like utdanninger på tvers av utdanningsinstitusjoner med hensyn til akademisk nivå. Det bør også vurderes hvorvidt man skal si noe om internasjonalisering og digital kompetanse i oppbyggingen av studiet.

Krav til praksisstudier

I forhold til å sikre ressurser til praksis på de ulike institusjonene mener er det positivt at forslaget inneholder en såpass detaljert beskrivelse av praksis. Det er bra at det står at praksis skal være på et visst antall uker.

Det er likevel et tankekors at man i retningslinjene skal ha fokus på hva studentene skal lære og ikke på hva de får av undervisning, mens når det kommer til praksis så er fokuset i stor grad rettet til «input» når man legger føringer på antall uker. Mengde praksis bør i prinsippet komme som et resultat av hva studentene skal lære i praksis. Dette bør derfor synliggjøres bedre i retningslinjene.

I forslaget står det «Veileder for fysioterapistudenter skal som hovedregel være fysioterapeut med norsk autorisasjon og ha formell veilederkompetanse.» Når studentene våre er i praksis kan de ikke få veiledning på hvordan jobbe som fysioterapeut av noen andre enn fysioterapeuter. Det må klargjøres at så lenge studentene praktiserer fysioterapi må veileder være autorisert fysioterapeut.

Det nest siste kulepunktet lyder: «Studentene skal erfare tverrprofesjonell samarbeidslæring i reelle og realistiske samarbeidssituasjoner der studenter fra andre utdanninger deltar» Selv om intensjonen er god er vi usikre på om det lar seg gjennomføre innen dagens rammer.

4.5 Radiografi

Generelt er det gjort en god og grundig jobb i forslaget. Forslaget har en tydelig fagprofil. Nasjonalt fagorgan i radiografi mener at ansvarsområdet for pasientomsorg/pasientivaretagelse bør komme tydeligere fram i forslaget da radiografer selvstendig skal ivareta pasienter og pårørende. Dette aspektet må også tas inn under punktet «Formål».

Innhold i retningslinjene er i tråd med tjenestenes og brukernes behov.

Nasjonalt fagorgan i radiografi mener at innholdet i retningslinjene er i tråd med tjenestenes og brukernes behov. Læringsutbyttebeskrivelsene er dekkende for at studentene skal kunne opparbeide seg radiografifaglig kunnskap for å kunne utføre radiografifunksjonen i dag. Medlemmene i fagorganet mener at det er vanskelig å forutsi noe om morgendagens radiografifunksjon, da funksjonen endrer seg i tråd med teknologisk og medisinsk utvikling. Omfanget av de enkelte retningslinjene:

Det bør tilstrebes å ha noe mer lik struktur/formuleringer om punkter av generell karakter på tvers av programgrupper. Eksempelvis kunne det vært beskrevet i avsnitt om formål «studiet kvalifiserer for videre utdanning på mastergradsnivå», og eventuelt formuleringer om studiets oppbygning.

Innholdet i retningslinjene er gjennomførbart innen rammen av en bachelorutdanning. Nasjonalt fagorgan mener at slik læringsutbyttene er formulert vil studentene i hovedsak kunne opparbeide seg radiografifaglig kompetanse i løpet av en bachelorutdanning. Noen i fagorganet er bekymret for om kandidatene som uteksamineres etter nye retningslinjer vil kunne «beherske pasientobservasjon og kunne iverksette nødvendige tiltak» og «ivareta kritisk syke pasienter» uten å være i praksisstudier ved somatisk sengeavdeling. Medlemmene er delt i synet på om retningslinjene bør stille krav til praksis ved somatisk sengeavdeling for radiografstudenter.

Praksisstudier

Medlemmene har ingen innvendinger mot at retningslinjene deler opp praksisstudiene i laboratorier der studentene må være i praksis, og laboratorier der studentene kan/ bør være i praksis. Medlemmene i fagorganet er delt i synet på lengden av praksisstudier. Noen av medlemmene er tilfreds med retningslinjenes forslag om minimum 30 uker, mens andre mener at antall uker bør være av samme omfang som i dag, 40 uker. I tillegg bør det påpekes at praksisstudiene skal være veiledet av profesjonsutøvere med relevant yrkesutdanning på minimum bachelornivå.

Noe som mangler

Formål: Nasjonalt fagorgan i radiografi mener at «data og» må inn i setningen: Radiografi er læren om å framskaffe informasjon om menneskekroppen gjennom egnet data og bildemateriale i den hensikt å oppdage eller behandle/lindre sykdom og lidelser. Kunnskapsområder: i punkt V. Pasientomsorg, observasjon og smittevern mangler ordet «tiltak». Radiografer må iverksette tiltak på bakgrunn av observasjon. Kunnskapsområdet bør beskrives: Pasientomsorg, observasjon, tiltak og smittevern.

Noe som bør utgå

Ordet utdannelse bør endres til utdanning i formål.

Andre sider

Ferdighetstrening og eventuelt simulering bør beskrives og defineres i et eget avsnitt. Nasjonalt fagorgan i radiografi mener at det ikke er samsvar mellom læringsutbyttene i VII. Forskning, fagutvikling og innovasjon punkt 3 i kunnskaper og punkt 2 i ferdigheter. Kunnskap: kjenne til kunnskapsbasert praksis, ferdigheter: kan anvende ny kunnskap. For å kunne anvende ny kunnskap må taksonomien være høyere enn kjenne til i kunnskaper. Nasjonalt fagorgan i radiografi anbefaler at programgruppen vurderer muligheter for sammenslåing av noen kunnskapsområder. Eksempelvis kan etikk passe inn under kunnskapsområdet for helsepolitikk og samfunn.

3.6 Sosialt arbeid

Generelt

1. Fagorganet er generelt fornøyd med den grundige og gode jobben som Programgruppen som har jobbet frem forslag til retningslinjer for sosionomutdanningen har gjort.
2. Fagorganet ønsker at sosialt arbeid med *familier* skal tydeliggjøres i retningslinjene. Foreksempel ved å føye ordet *familie* til setningen om målsettingen for studiet: «Etter endt utdanning skal kandidaten kunne arbeide med sosiale problemer på individ, familie, gruppe og samfunnsnivå».
3. Det er viktig å få tydelig frem at sosialt arbeid er et internasjonalt fag/del av en internasjonal fagtradisjon (ikke bare henviser til den internasjonale definisjonen med internettlenke), samt er å anse som både en praktisk og akademisk disiplin.
4. Fagorganet opplever ellers at teksten i retningslinjene gir et godt bilde av krav til sluttkompetanse etter fullført utdanningsprogram.
5. Gjennom dialog i fagorganet kom det innspill til ytterligere språklige presiseringer og en alternativ sortering av ulike deler av teksten. Disse innspillene er formidlet direkte til programgruppa som vil ta dette med i sitt videre arbeid.

Struktur

6. Fagorganet stiller spørsmålstegn ved detaljeringsnivået i læringsutbyttebeskrivelsene. Noen læringsutbyttebeskrivelser er mer konkrete enn andre angående målgruppe og metodikk. Fagorganet ønsker å understreke betydningen av at utdanningsstedene fremdeles gis frihet til å operasjonalisere retningslinjene på studieprogram-/fagplannivå, og at det blir mulig å utvikle en lokal profil på utdanningene.

Oppbygging av studiet

7. Det er svært gledelig at retningslinjene vektlegger ferdighetstrening som et viktig pedagogisk virkemiddel for å sikre kandidatenes sluttkompetanse – noe som vil forutsette en økt faglig og økonomisk oppmerksomhet fra oppdragsgivere og eiere. Fagorganet vil påpeke at gjennomføringen av læringsutbyttene ikke vil være mulig innen dagens finansieringskategori.
8. Retningslinjene angir ikke rammer for praksis (antall uker). Vi er imidlertid kjent med at dette er gjort i retningslinjene som omhandler henholdsvis BVP og VPL-utdanningene. Videre angis det at deler av studiet kan gjennomføres sammen med andre studieretninger – denne passusen finnes imidlertid ikke hos retningslinjene til hhv. BVP og VPL. Fagorganet mener det kan være hensiktsmessig at slike faglige føringer for oppbygging av studiene gjøres likt for de ulike BSV-retningslinjene da disse tradisjonelt er nært knyttet til hverandre.
9. Retningslinjene gir føringer for hvordan studiestedene skal sikre faglig progresjon gjennom studiet. Det er imidlertid ikke sagt noe om det er ønskelig å legge til rette for større studentmobilitet mellom studiestedene – noe som vil kreve en relativt høy grad av samordning.

4.7 Sykepleier

FORMÅLET MED SYKEPLEIERUTDANNINGEN

Formålet med sykepleierutdanningen er å kvalifisere kandidater til å utøve sykepleie for å fremme helse, forebygge, tidlig oppdage og behandle sykdom, lindre lidelse.....

Utdanningen skal sikre at kandidaten kan håndtere komplekse og sammensatte pasienttilstander og sykdomsbilder.....

Utvikling av gode kommunikasjons- og samhandlingsevner skal sikre at kandidaten kan bidra inn i det tverrprofesjonelle samarbeidet rundt pasient og pårørende.

NY SETNING SIST I AVSNITT 2:

Inneha kompetanse til å utøve sykepleie i et individ-, gruppe- og samfunnsperspektiv.

Retningslinjene skal sammen med..... tilbyr en praksisnær, profesjonsrettet og forskningsbasert sykepleierutdanning med høy faglig kvalitet for å møte krav om kunnskapsbaserte tjenester.

KUNNSKAPSOMRÅDENE

Dette området i retningslinjene opptok medlemmene i NSO-sykepleie i stor grad. NSO-sykepleie mener at den måten kunnskapsområdene nå er formulert på ikke i tilstrekkelig grad reflekterer sykepleiefaget. De er for generelle. Det viktigste er at sykepleie som begrep kommer tydelig inn i kunnskapsområdene.

I NSO-sykepleie kom det frem ulike forslag til omformulering/presisering av kunnskapsområdene for å knytte dem til sykepleieutdanningen. Det ble også påpekt at sykepleiefagets kjerneverdier og kjernekompetanse er mangelfullt beskrevet i retningslinjene og foreslår at programgruppen ser til retningslinjene som programgruppen for vernepleie har utformet og henter inspirasjon fra dem. De er konsekvente i måten de bruker ulike NKR i utforming av LUBene. De får flere til å inngå i ett og de er tydeligere på profesjonen vernepleie enn retningslinjene for sykepleie er på profesjonen sykepleie. En omformulering inspirert derfra kunne være: «Har bred kunnskap om sykepleie som profesjon og fagområdets historie, kunnskapsgrunnlag, tradisjoner, egenart og plass i samfunnet.»

Komorbide tilstander, rus og mestring er for lite vektlagt. Retningslinjene er utformet fra et institusjonsperspektiv. Vi savner mer samfunnsperspektiv og livsløpsperspektiv. Dette bør være mer gjennomgående. Begrepet veiledning og innholdet i veiledning savnes - både knyttet til pasient, pårørende og helsepersonell. Læringsperspektivet er for lite vektlagt. Vi savner at internasjonalisering blir vektlagt i større grad. Slik det står nå er dette helt fraværende.

Det ble også fremmet forslag om en undertekst under hvert kunnskapsområde som presiserer hva kunnskapsområdet angår, hvilken faglig innretning det har og avgrensning. Kompetanseområdene må omformuleres, under er ulike forslag: Det viktigste først, profesjonen først. Eksempelvis: «Sykepleie, etikk og samhandling» og/eller «Sykepleie, profesjonsrolle og etikk». Så forslag om «Sykepleie, helse og sykdom og funksjonsnedsettelse»

LÆRINGSUTBYTTEBESKRIVELSENE

NSO-sykepleie mener det er lite konsistens i formuleringen av LUBene. De er svært detaljerte og på varierende abstraksjonsnivå. Naturvitenskapelige emner har i stor grad «bred kunnskap» i motsetning til alle LUBer fra IV til VI, hvor en ikke bruker «bred kunnskap» i det hele tatt. Noen vesentlige kompetanser er beskrevet på for lavt nivå, for eksempel farmakologi, hvor det står «kjenner til», men som NSO-sykepleie mener bør vektlegges vesentlig høyere. Det er ikke brukt «bred kunnskap» på noen samfunnsvitenskapelige emner. Naturvitenskapelige emner er dermed vektlagt med høyere NKR enn samfunnsvitenskapelige. Generelt er det for få LUBer med NKR «bred kunnskap».

IV: Faglig ledelse og tjenesteutvikling

Her savnes «bred kunnskap» og høyere vektlegging av sykepleie. Få inn kunnskapsbasert praksis, ta avgjørelser, lede et team. Overskriften «Faglig ledelse ...» passer ikke med underpunktene.

Her savnes perspektiver som inneholder noe av følgende:

- 1) kan anerkjenne pasienterfaringer- og medvirkning, praktisere i henhold til gjeldende lovverk og rammebetingelser samt yrkesetiske retningslinjer
- 2) kan videreutvikle kritisk analytisk holdning, identifisere behov for kvalitetsutvikling, forskning og fagutvikling, og ta medansvar for å bidra til å implementere ny kunnskap i praksis
- 3) Kan gjøre rede for kommunehelsetjenestens oppbygging, ledelse, oppgaver og retningslinjer for tildeling av tjenester

(Hentet fra læringsutbyttebeskrivelser fra 3. studieår ved OsloMet – avd. Kjeller per. 29.05.18)

Vernepleie: Under IV Helse, sykdom, funksjonsnedsettelse (i forslag til retningslinjer for vernepleierutdanning): Under ferdigheter: Her er eks. på god LUB.

V: Kvalitet og pasientsikkerhet

Kapittelet trenger en mer overordnet gjennomgang.

Eksempelvis: Punkt 1 under kunnskap, kan legges inn under et av de andre områdene (for eksempel område 2 eller 4).

Det diskuteres også at «kvalitet» bør gå under forrige kunnskapsområde «faglig ledelse og tjenesteutvikling». Formuleringen av områdene må som sagt derfor omformuleres.

Ferdigheter

4. Kan beherske kartleggings-, vurderings- og kommunikasjonsverktøy

5. Kan beherske dokumentasjon ...

De øvrige, punkt 4 og 5, vektlegges for lavt.

Formuleringer rundt smittekjeden er for spesifikk og på emnenivå.

VI: Innovasjon, helseteknologi og digital kompetanse

Også her blir vektleggingen av NRK for LUBene for lavt med tanke på framtidsrettet sykepleie.

Et annet forslag: Hva med en innovasjonspraksis? Hvor studentene lærer å se behov og åpenhet i tjenester.

Generell kompetanse er bra!

Se på LUB 12 i felles rammeplan «Har digital kompetanse og ...». Formuleringen her er bra.

STUDIETS OPPBYGGING

Det er gjort en beskrivelse på side 7 av hva innholdet i 1 studieår skal være, men ikke noen tekst om 2 og 3 år. Tabellen på side 8 mener vi er ufullstendig og foreslås tatt ut eller gjøres om.

Vi foreslår følgende gjennomgående store tema: Sykepleiens fag og funksjon, etikk, kommunikasjon og samhandling, pasientsikkerhet, kunnskapsbasert praksis og TPS (tverrprofesjonell samarbeidslæring). Det er 6 kunnskapsområder som ikke er vektet og dette mener vi er krevende. Vi mener at det bør gjøres.

PRAKSIS

Konkrete innspill: Det ble reist spørsmål til kunnskapsgrunnlaget mellom antall uker i praksis og læring.

- Studier i praksis skal sikre kvalitet og kontinuitet i studentenes læring og må fokusere på helhetlige og kontinuerlige pasientforløp der fokus er sykepleie til pasienten.
- Det tydelige skillet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten må bygges ned.

- I retningslinjene er det viktig at begge parter ansvar tydeliggjøres, eller så bør ingennevnes.
- I retningslinjene bør ikke samarbeidspartneres roller detaljeres, men vi støtter en mal for nasjonal samarbeidsavtale.
- Teksten i retningslinjene må tydeliggjøre begge samarbeidspartneres ansvar.
- Setningen: *Praksisstudier må inkludere erfaring fra forebyggende og helsefremmende arbeid inkl. barn og unge*. Hvorfor er dette fremhevet i friteksten som et eget læringsmål? Dersom disse områdene skal være med bør det flyttes til punktet som beskriver hva praksisstudiene skal omfatte. I formålet med sykepleierutdanningen står det allerede at sykepleie er å fremme helse, forebygge og behandle sykdom og lidelse og sikre en verdig død i menneskets alle livsfaser.
- Ta bort tredje avsnitt i kapittel Krav til praksisstudiene.

4.8 Vernepleier

Vi er kjent med at fagorgan for utdanning og forskning innen sosialt arbeid og velferdsfag foreslår at det gis nasjonale føringer på at praksisstudier kan gjennomføres sammen med andre studieretninger innen helse- og sosialfag. De argumenterer for at slike føringer for oppbygging av studiene bør gjøres likt for BSV-utdanningene. Fagorgan for utdanning og forskning innen vernepleie vil presisere at de ikke støtter felles føringer for oppbygging av BSV-utdanningene. Det begrunnes med at studiets oppbygging må ta hensyn til studiets egenart og et det er LUB som danner grunnlaget for undervisning og vurdering (jmfør Studietilsynsforskriften). I sluttrapport fra NOKUT-tilsyn med BSV utdanningene presiseres også dette: «Når institusjonene nå skal utforme de nye studieplanene, bør det vektlegges at det overordnede læringsutbyttet er førende for studietilbudets oppbygning».

Fellesundervisning med andre utdanninger bør knyttes til Forskrift om felles rammeplan for helse og sosialfagutdanninger. Fellesundervisning vil for mange utdanningsinstitusjoner være like aktuelt å gjennomføre med andre helsefagutdanninger, ikke særskilt med BSV.

Vennlig hilsen

Mari Sundli Tveit
styreleder

Alf Rasmussen
generalsekretær

Dette dokumentet er godkjent elektronisk ved UHR



Byrådssak /18

Saksframstilling

Vår referanse: 2018/21425-4

Høringsuttalelse - Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

Hva saken gjelder:

Kunnskapsdepartementet har sendt Bergen kommune forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) på høring. Høringsfrist er 01.08.18. Etter politisk behandling i Bergen kommune vil høringen bli besvart i Questback rapport hvor samtlige kommentarer/politiske vedtak vil bli lagt inn som tekst.

Høringsfrist: 01.08.18

Byrådets vurdering og forslag til høringsuttalelse:

Byrådet har som en prioritert oppgave at byens innbyggere får gode helse- og sosialtjenester. En grunnleggende forutsetning for dette, er at helse- og sosialfagutdanningene har god kvalitet.

Med kvalitet mener Byrådet at helse- og sosialfagutdanningene er kunnskapsbasert, godt forankret i kommunenes kompetansebehov og ikke minst brukernes behov for helsetjenester. Helse- og sosialfagutdanningene skal gi den enkelte student basiskunnskap og basisferdigheter. I tillegg skal den enkelte student ha stor innsikt i etikk, kulturforståelse og etnisitet. Studentene skal etter utdanning ha grunnleggende kommunal systemkunnskap og kunnskap om nye verktøy som velferdsteknologi og digitale løsninger. Utdanningene må legges opp med god og tilstrekkelig praksisutplassering i kommunesektoren.

Begrunnelse for framleggelse til bystyret:

Byrådets fullmakter § 7:

Byrådet avgir høringsuttalelser på vegne av Bergen kommune. Høringsuttalelser i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av bystyret.

Saken anses å være prinsipiell og innebære politiske avveininger.

Forretningsutvalget har i møte 02.05.18 i sak 81/18 fattet følgende vedtak:

«3. Komite for helse og sosial innstiller til bystyret som avgir høringsuttalelse til «Høring – Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger».

Byrådet innstiller til bystyret å fatte følgende vedtak:

Bergen kommune avgir høringsuttalelse til «Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger» slik den fremkommer av byrådets forslag.

Dato: 16. mai 2018

Harald Schjelderup
Byrådsleder

Rebekka Ljosland
Byråd for helse og omsorg

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Vedlegg:

Høring fra Kunnskapsdepartementet

Høringnotat

Høringsspørsmålene

Barnevernspedagogutdanningen

Bioingeniørutdanningen

Ergoterapeututdanningen

Fysioterapeututdanningen

Radiografutdanningen

Sosionomutdanningen

Sykepleierutdanningen

Vernepleierutdanningen

Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene

Saksframstilling

Innledning:

Kunnskapsdepartementet har sendt ut til høring «Nasjonale retningslinjer for helse og sosialfagutdanningene». Retningslinjene er sendt ut til ca. 800 høringsinstanser. Høringsfrist er 01.08.18.

I den fasen av arbeidet har departementet sendt ut «Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene» for disse utdanningene:

Barnevernspedagogutdanningen

Bioingeniørutdanningen

Ergoterapeututdanningen

Fysioterapeututdanningen

Radiografutdanningen

Sosionomutdanningen

Sykepleierutdanningen

Vernepleierutdanningen

Bergen kommune har ikke innspill til bioingeniørutdanningen og radiografutdanningen fordi dette er utdanninger som i liten grad rekrutteres til i kommunene.

Det utarbeides nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningen utfra gjeldende Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. Forskriften gjelder for universiteter og høyskoler som gir helse- og sosialfagutdanninger, og som er akkreditert etter lov om universiteter og høyskoler § 1 – 2 og § 3 – 1.

I henhold til § 2 i forskriften skal kandidatene etter fullførte helse- og sosialfagutdanninger ha læringsutbytte i 12 spesifiserte læringsmål som er i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. Læringsmålene er omfattende, og kandidatene skal ha kunnskap om både etikk- og relasjonskompetanse og komplekse samfunnsforhold.

Det fremkommer av forskriftens § 4 at det skal fastsettes nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene. Retningslinjene skal inneholde formålsbeskrivelse, læringsutbyttebeskrivelse i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk og krav til oppbygging av studiene for den enkelte utdanning. Retningslinjene kan også stille krav til praksisdelen av utdanningene.

Retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene. Det skal være handlingsrom innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell tilpasning ved den enkelte institusjon.

De nasjonale retningslinjene skal sikre at helse- og velferdsmyndighetene og sektormyndighetene på ulike nivå skal få økt innflytelse på disse utdanningene. Nasjonale retningslinjer skal også ivareta behovet som brukerne av tjenestene og andre aktører har for innflytelse. Et tredje hensyn som skal ivaretas er å legge grunnlag for et likeverdig samspill mellom undervisningssektoren og helse- og sosialsektoren. Dessuten skal universitetene og høyskolene sikres faglig frihet med hensyn til metode og undervisningsformer. Retningslinjene er utarbeidet i grupper med representasjon fra blant annet UHR-sektoren, spesialisthelsetjenestene og primærhelsetjenestene.

Høringssvaret – Bergen kommune

Retningslinjene er forskjellige og har gode tema, poenger og formuleringer hver for seg. Generelle tema for alle retningslinjene kommenteres først i vårt høringssvar. Del to av

høringssaken er spesielle forhold ved de enkelte utdanningene som Bergen kommune kommenterer.

Generelle tilbakemeldinger:

Kompetanse om rus og psykiatri:

Bergen kommune mener at retningslinjene vier for lite fokus på psykisk helse og/eller rusrelaterte problem. Dette er en allmenn generell og kompleks utfordring som kommunene møter i alle sine tjenesteområder, og derfor bør være et viktig kompetanseområde i alle helse- og sosialfaglige yrkesprofesjoner.

Praksisutplassering:

For å sikre et godt læringsutbytte bør praksis omtales i alle retningslinjer. Det er viktig at praksisen foregår der pasienten i hovedsak befinner seg. Primær/kommunehelsetjenesten er underbenyttet som praksisarena. Omfang av praksis varierer for disse åtte studieprogrammene. For flere av utdanningene bør det være et mål å øke omfanget av praksis. Praksis må være kunnskapsbasert og det må være kompetansekrav for veiledere for alle utdanningene.

Bergen kommune mener det er helt avgjørende at sosionomer og andre helse- og sosialfaglige yrkesgrupper som potensielt skal arbeide i barnevernet har obligatorisk og veiledet praksis i barnevernet. Det er i dag stor variasjon i hvilken praksis sosionomstudentene får rundt om i landet, og i for liten grad praksis i barnevernet. Bergen kommune vil i så fall strekke seg langt for å ta imot flere studenter i praksis. Praksis i barnevernet er en særdeles viktig erfaring å ha med seg i alt sosialt arbeid.

Kompetanse om det kommunale system:

Helse- og sosialfaglige utdannelser er rettet mot svake og/eller sårbare grupper. Dette gjør det spesielt viktig å ha grunnleggende systemkunnskap som innsikt i politiske og administrative beslutningsprosesser og forstå betydningen av maktstrukturer i samfunnet. Kandidater fra disse studiene må også forstå organisasjon, ledelse og styringsstrukturer. Noen av retningslinjene har gode og konkrete formuleringer innen dette området, disse kan med fordel benyttes i flere.

Etikk, kulturforståelse og etnisitet:

For å kunne bidra til likeverdige tjenester for alle innbyggerne uavhengig av etnisitet, språk, religion, kjønn/sekseuell legning mv. bør kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering være viktige tema i alle utdanningene. Noen av retningslinjene har gode og konkrete formuleringer innen dette området, disse kan med fordel benyttes i flere. Å vurdere personlig egnethet bør også være en svært viktig del underveis i disse utdanningene.

Velferdsteknologi og digitalkompetanse:

For å kunne møte framtidsutfordringene på en måte hvor det ytes gode tjenester til innbyggerne må samfunnet ta i bruk ny teknologi. Det er derfor viktig at alle utdanninger i helse- og sosialfeltet gir kunnskap og kompetanse om velferdsteknologi, og hvordan slike verktøy kan benyttes til gevinstrealisering og økt produktivitet

Risikovurderinger:

Alle utdanninger må inneholde kompetansekrav til risikovurderinger og metoder for å melde, og følge opp uønskede hendelser systematisk. Avvikskultur er avgjørende for god kvalitet i tjenestene. Det er også viktig at det stilles strenge krav til kandidatene, og at det er en lav terskel for å stryke kandidater som klart ikke har en personlig egnethet i disse yrkene eller har tilfredsstillende kompetanse.

Tverrfaglighet:

Alle retningslinjene må ha med viktigheten og betydningen av tverrfaglig samarbeid, og kandidatene må lære verktøy for å oppnå dette.

Dokumentasjon:

Riktig og tilstrekkelig dokumentasjon i saker er en stadig viktigere del i helse- og sosialsektoren, og avgjørende for kvaliteten på tjenestene. Noen av retningslinjene har gode og konkrete formuleringer innen dette området, disse kan med fordel benyttes i flere.

Kunnskapsbasering:

Helsetjenestene vil de neste 10-20 årene oppleve krevende krav til kostnadsreduksjoner. Kandidatene som møter tjenestene vil i større grad måtte prioritere tjenestenivå, og behovet for godt beslutningsgrunnlag må være godt forankret i utdanningene. Kompetanse på kunnskapsbasering av tjenestene er derfor et nødvendig kompetanseområde for alle utdanningene. Noen av retningslinjene har gode og konkrete formuleringer innen dette området, disse kan med fordel benyttes i flere.

Innspill til de enkelte utdanningene

Fysioterapeututdanningen

Når det gjelder fysioterapiutdanningen mener Bergen kommune at det foreligger et godt utgangspunkt. Utkastet til retningslinjene kan likevel i større grad ha fokus på innovasjon og utvikling. Dette innebærer å ha kunne nyttiggjøre seg ny kunnskap og teknologi i kommunikasjon og behandling, samt ta i bruk den enkelte brukers ressurser. Retningslinjen kan også fokusere mer på brukerperspektivet og på at bruker/pasients ressurser legges til grunn for igangsetting av tiltak. På den måten vil bruker bli ansvarliggjort og ha mer innflytelse på valg av tiltak. Bergen kommune ønsker større vekt på muskel- og skjelettplager i retningslinjen, som er der samfunnets kostnader er høyest. Praksisstudiet bør rettes inn mot tverrfaglige pasientforløp. Pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten er av kort varighet, ofte bare noen dager. Forløpet i primærhelsetjenesten er av lengre varighet, og det er viktig at studentene erfarer hele forløpet og ikke minst overgangene mellom disse. Praksisperiodene sidestilles i høringsutkastet med minst 7 uker, men praksisperioden for primærhelsetjenesten bør økes til 12 ukers varighet eller mer. Et annet alternativ er flere praksisperioder i primærhelsetjenesten fordelt på 2. og 3. studieår.

Selv om Bergen kommune mener at det er viktig med tverrprofesjonelle læringsmål, men dette må balanseres slik at det ikke går på bekostning av det fysioterapi-fagspesifikke innholdet i praksis.

Sosionomutdanningen

Generelt sett er retningslinjene gode, omfattende og dekker i all hovedsak de viktigste elementene i sosialt arbeid, men noen perspektiver kan styrkes både som kunnskapsområde og som læringsutbytte:

Barnefaglig kompetanse er i for liten grad uthevet. Riktignok har man en egen barnevernspedagogutdanning, men svært mange sosionomer arbeider i barnevernet og med barn i ulike sammenhenger. Utviklingspsykologi og barneperspektivet burde få en mer framtrædende rolle i utdanningen. I tillegg bør familier forstås mer i en sosial sammenheng enn de blir gjort i dag. Et styrket barneperspektiv i sosionomutdanningen, vil styrke kompetansen på barn som pårørende til psykisk syke foreldre, eller som barn av langtidsledige osv.

Språk og kommunikasjon er generelt sett ikke vektlagt, dette er en mangel. Her ligger en kime til utenforskap (og for eksempel radikalisering), uhelse, og samfunnskonflikter framover.

Bergen kommune savner også et fokus på Recovery; I retningslinjene brukes ord som brukermedvirkning og involvering, dette synet blir noe snevert og burde vært erstattet av et gjennomgående Recovery-perspektiv. Praksis i barnevernet bør være obligatorisk for denne utdanningen.

Sykepleierutdanningen

Bergen kommune mener at retningslinjen for sykepleierutdanningen er et godt utgangspunkt, men vil spille inn noen momenter. Forskning viser at pasienter ikke alltid tør å be om hjelp til å dekke sine åndelige behov, selv om dette kan ha helsegevinster. For mange pasienter er troen det viktigste i livet, og derfor bør mer kunnskap og veiledning om åndelig omsorg inngå i sykepleierutdanningen. Det må også legges større vekt på kompetanse/kunnskap innen farmakologi. I høringsnotatet skal en sykepleier «kjenne til farmakologi» og «ha innsikt i forsvarlig legemiddelhåndtering». I retningslinjene bør det stå «ha kunnskap om farmakologi» og «ha kunnskap om forsvarlig legemiddelhåndtering».

Når det gjelder brukernes fremtidige behov mener Bergen kommune at det er behov en presisering i kunnskapsområde 1 (Helse og sykdom) under generell kompetanse: «Kan planlegge og utføre selvstendige vurderinger til hjemmeboende pasienter som mottar nødvendig helsehjelp i eget hjem.» Bergen kommune mener at det her mangler vurderingskompetanse, forbedringskompetanse og rehabiliteringskompetanse i utkastet til retningslinjen for sykepleierutdanningen.

Bergen kommune mener det er bra at det spesifiseres at basisfagene i anatomi, fysiologi osv. skal være i første studieår og fag som krever mer kunnskap og refleksjon legges til senere studieår. Retningslinjene er gjennomførbare innenfor rammene av en 3-åring bachelorutdanning, men vi stiller spørsmål ved om rom for å vektlegge basisfagene tilstrekkelig. Et større fokus på «pasientforløpstanken» og pasientens forløp gjennom de ulike tjenestene/nivåene er nødvendig.

Når det gjelder praksisstudier mener Bergen kommune at alternativ B er mest hensiktsmessig. Det tar gjerne en uke før studenter tilpasser seg et nytt praksissted. Å stille krav om at minst to uker av praksisperiodene skal være av 7-ukers lengde, vil bidra til at studentene får et bedre læringsmiljø og gi bedre tid til å gå dypere inn i kliniske problemstillinger. Det er viktig med kontinuitet slik at studentene kan følge pasienter/pårørende over tid, ikke bare gjennom døgnet.

Nasjonale føringer tilsier mer fokus på forebygging og tidlig innsats. Dette bør gjenspeiles i sykepleierutdanningen ved at utdanningsinstitusjonene må ha som mål at sykepleierne skal «ha bred kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid» (ikke bare har kunnskap om ...).

Bergen kommune savner et tydelig fokus på bruker- og pårørendeinvolvering i planlegging og evaluering av sykepleieutøvelsen. I henhold til intensjonene fra regjeringen skal en skape «Pasientens helsetjeneste». En vesentlig del av dette handler om Recovery i praksis, slik som f.eks. fokus på pasientens ønsker, ressurser og håp. Det bør derfor inn et sterkere fokus på Recovery.

Vernepleierutdanningen:

Bergen kommune mener at kompetanse innenfor tjenestemottakers selvbestemmelse, helse, ernæring, fysisk aktivitet, forskning og endringsarbeid er viktige kompetanser å ha med i vernepleierutdanningen og dette er ikke godt nok dekket i retningslinjen.

Bergen kommune savner et fokus på «Recovery»; I retningslinjene brukes ord som brukermedvirkning og involvering, dette synet blir noe snevert og burde vært erstattet av et gjennomgående Recovery-perspektiv.

Bergen kommune mener også at mer kunnskap og veiledning om åndelig omsorg bør inngå i vernepleierutdanningen, som argumentert for tidligere.

Ergoterapiutdanning

Når det gjelder fremtidige kompetansebehov mener Bergen kommune at aktivitet som metode, middel og mål, er trukket frem på en god måte. Og videre er områder som habilitering og rehabilitering trukket godt frem. Det kunne vært et større fokus på at ergoterapeuten ser brukers ressurser som avgjørende i forhold til å fremme aktivitet og god helse.

Bergen kommune mener det behov for et enda tydeligere kompetansemål når det gjelder ergoterapeutens behov for bred kunnskap om kroppens struktur, funksjon og utvikling som forutsetning for aktivitetsutførelse, deltagelse og helse. Dette er forutsetning for beste ergoterapi praksis.

Det er behov for noe lokal tilpasning, men det er viktig for profesjonen at læringsbyttebeskrivelsene er langt på vei standardisert og spisset. Dette har betydning når det kommer til faglig trygghet, samt at praksisfeltet kan forvente likhet kompetanse uavhengig hvilken utdanningsinstitusjon studenten har tilhørt.

Bergen kommune mener det er behov for mer konkrete krav til måloppnåelse for studentene i praksisperiodene. Krav til praksis på områder som folkehelsearbeid, habilitering- og rehabilitering, palliasjon, arbeid- og yrkesliv mm. Krav som i forhold til alders-/ brukergrupper, diagnoser, livsarenaer mm. Individuell oppfølging og gruppepraksis, tverrprofesjonelt samarbeid og samarbeidslæring i reelle samarbeidssituasjoner.

Bergen kommune vurderer mål for praksisstudier som er beskrevet år 1, 2 og 3 som gjennomførbare. Men det etterlyses mer konkretisering av innhold og hva som skal gjennomføres i praksisstudiene hvert studieår.

Barnevernspedagogutdanningen

Barnevernets samfunnsmandat er et av de mest komplekse og utfordrende av praksisfeltene. For å kunne ivareta de lovpålagte oppgavene, er barneverntjenesten avhengig av tillit i befolkningen. Bergen kommune mener at slik tillit blant annet bygges ved at utdanningene svarer på de kompetanseutfordringene som praksisfeltet krever. Bergen kommuner stiller derfor spørsmål ved om en 3-årig bachelorutdanning er tilstrekkelig som kvalifiseringsgrunnlag for ansettelse i kommunal barneverntjeneste. Bergen kommune ber derfor Kunnskapsdepartementet om å vurdere behovet for en utvidelse av utdanningen til eventuelt en masterutdanning som påbygging etter bachelorgrad for barnevernspedagoger og sosionomer.

Bergen kommune mener at behovet for kunnskap om hva traumatiske barndomsopplevelser – ikke minst tidlige utviklingstraumer – burde vært fremhevet som eget punkt. Bergen kommune mener videre at behovet for kompetanse om barnet i en kontekst (i familien, i nettverket, i samfunnet) kommer for lite frem. I tillegg til bred kunnskap om juss i barneverfaglig perspektiv mener Bergen kommune at utdanningen også må gi studentene bred kunnskap om forvaltningsrettslige prinsipper knyttet til barnevernets prosessuelle arbeid, innsyn og dokumentering.

Autorisasjon for barnevernspedagog og sosionomutdanningen

Bergen bystyre vedtok at det ønsker en autorisasjonsordning for barnevernspedagoger og sosionomer

«Barnevernspedagog- og sosionomutdanningane må underleggjast autorisasjonsordning. Desse to yrkesgruppene har ikkje medisinkompetanse, men dei arbeider med menneske i svært sårbare livssituasjonar. Autorisasjon vil gje ein status og eit samfunnsstempel til yrkesgruppene som er ei anerkjenning også til dei menneska barnevernspedagogar og sosionomar arbeider med om at dei har den ekstra kvalitetsgarantien berre autorisasjon kan gje».»

Bergen kommune ser at det er gjort et stort og nødvendig arbeid med retningslinjene, og ønsker de nasjonale retningslinjene velkommen. Vi håper at våre innspill sammen med andre innspill kan bidra til at helse- og sosialfagutdanningene vil bli gjort i stand til møte morgendagens utfordringer.



**DET KONGELIGE BARNE-
OG LIKESTILLINGSDEPARTEMENT**

Kunnskapsdepartementet
Pb. 8119 Dep
0032 OSLO

Deres ref
18/643

Vår ref
18/1555-4

Dato
29. juni 2018

Høring - Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger - (RETHOS) - innspill fra BLD

Vi viser til brev av 17.04.18 vedrørende ovennevnte sak.

Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) har følgende innspill til høringen:

Det følger av forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger at kandidatene blant annet:

- *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 videre ved behov.*
- *har kunnskap om barn og er en utøver som ivaretar barnets behov for behandling og/eller tjenester og kan sikre barns medvirkningsmuligheter*

Etter BLDs vurdering er det viktig at disse punktene ivaretas i de nasjonale retningslinjene for de ulike helse- og sosialfagutdanningene.

Kunnskap og ferdigheter til å samtale med barn og unge om vold og overgrep

De nasjonale retningslinjene bør ikke bare understreke at kandidatene har *kunnskap* om vold og overgrep mot barn og unge, men også at kandidatene skal ha *ferdigheter* knyttet til å samtale med barn og unge om vanskelige temaer som f. eks. vold, overgrep og omsorgssvikt. Det er særlig viktig at dette innarbeides i retningslinjene for barnevernspedagog-, sosionom-,

sykepleier- og vernepleier-, ergoterapeut- og fysioterapiutdanningen. Disse yrkesgruppene er i en unik posisjon til å avdekke og forebygge vold og overgrep.

Å snakke med barn på en god måte om vanskelige temaer, er en av de største utfordringene i voldsarbeidet, og for yrkesutøvere som treffer barn og unge i sin hverdag. Dette er godt dokumentert i Barnevoldsutvalgets utredning NOU 2017: 12 *Svikt og Svik*. Mange av de mest alvorlige barnevoldssakene kunne vært oppdaget tidligere hvis barn ble snakket med og hørt. Barnevoldsutvalget foreslår blant annet å gjennomføre et kompetanseløft i tjenestene om samtaler med barn og barns medvirkning. Videre foreslår utvalget at det utvikles rutiner for å sikre samtale med barn og barns medvirkning i alle tjenester.

Kunnskap om barns rettigheter og hvordan sikre barns medvirkning

Samtlige retningslinjer bør stille krav om at kandidatene skal ha *kunnskap om barns rettigheter og hvordan sikre barns medvirkning*. Vi kan ikke se at dette er godt nok ivare tatt i alle retningslinjene.

For sosionomutdanningen og sykepleierutdanningen bør det stilles tydeligere krav om at kandidaten skal ha *kunnskap om barns rettigheter og hvordan sikre barns medvirkning*.

For barnevernsutdanningen bør det stilles tydeligere krav om kunnskap om hvordan sikre barns medvirkning.

Vi viser til at FNs barnekomites anbefaler at opplæring i FNs barnekonvensjon bør inngå i helse- og sosialfagutdanningene, jf. concluding observations som Norge mottok 1. juni 2018.

Her fremgår blant annet:

" 10. The Committee notes with appreciation the efforts taken to provide training on the Convention to relevant professionals. However, given that the training provided still does not fully cover all professional groups and is not systematic, and that the knowledge on the rights of the child among the relevant professional groups remains insufficient, the Committee, in line with its previous recommendations (CRC/C/NOR/CO/4, para. 18) recommends that:

3

(a) Teachings on the Convention be a part of the school curricula at all levels;

(b) The State party continue and strengthen systematic dissemination and training of all professional groups working for and with children, including personnel of childcare institutions, health personnel, social workers and law enforcement officials;

(c) Awareness of children's rights is raised in the policy making bodies and the administration of municipalities."

Se mer her:

http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/NOR/CRC_C_NOR_CO_5-6_31367_E.pdf

Kunnskap om FNs barnekonvensjon er kun eksplisitt nevnt i utkast til retningslinjene for barnevernutdanningen.

Med hilsen

Helga Berit Fjell (e.f.)
ekspedisjonssjef

Camilla Børresen Tjelflåt
rådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Det kongelige kunnskapsdepartement
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Saksbehandler: Åshild Kise

Vår ref: 18/03204-2
Vår dato: 29.06.2018
Deres ref:
Deres dato:

Høring - forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

NOKUT viser til Kunnskapsdepartementets (KD) brev av 17. april 2018 (ref. 18/643).

Det er ikke hensiktsmessig at NOKUT kommenterer utkastene til retningslinjer for hver enkelt utdanning, og avgir på denne bakgrunn etter avtale med Natalina Heia (KD), én overordnet uttalelse for alle retningslinjene samlet.

NOKUT har følgende tilbakemelding når det gjelder hva som bør føyes til i retningslinjene:

- KD bør tydeliggjøre at studietilbudene ved den enkelte institusjon skal utformes i samsvar med krav i forskrift om tilsyn med utdanningskvaliteten i høyere utdanning (studietilsynsforskriften). Dette innebærer blant annet at institusjonene har ansvar for å utforme et samlet læringsutbytte for studietilbudet og utforme innhold og emner basert på læringsutbyttebeskrivelser i rammeplan og nasjonale retningslinjer.
- KD bør tydeliggjøre hva det innebærer at retningslinjene skal være førende samtidig som det skal være handlingsrom innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell praksis.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Med hilsen

Terje Mørland
direktør

Øystein Lund
avdelingsdirektør

Dokumentet er elektronisk signert.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Kunnskapsdepartementet

postmottak @kd.no

Deres ref:

Vår ref: 18/2447

Dato: 20.06.18

Høring – forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

Det vises til Kunnskapsdepartementet (KD) brev av 20. april d.å. vedrørende forslag til nasjonale retningslinjer for åtte helse- og sosialfaglige utdanninger. De åtte aktuelle er barnevern-, bioingeniør-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, radiograf-, sosionom-, sykepleier- og vernepleierutdanninger.

Legeforeningen har bedt høringsinstansene i Legeforeningens organisasjon om å komme med innspill til høringen, og høringsinnspillene ble behandlet av Legeforeningens sentralstyre 19. juni. Innspillene er lagt til grunn ved utarbeidelsen av Legeforeningens uttalelse.

Arbeidet er et resultat av innføring av forskrift om felles rammeplan for alle de 19 helse- og sosialfaglige grunnutdanninger som ble innført i september 2017. Legeforeningen støttet ikke innføring av rammeplan. Det vises til Legeforeningens brev av 7. april 2017.

Med henvisning til forskriftens § 4 skal det utarbeides nasjonale retningslinjer for hver enkelt av utdanningene. Legeforeningen vil på generell basis kommentere følgende til nasjonale retningslinjene som nå foreligger.

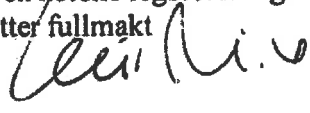
Det er viktig at de nasjonale retningslinjene er retningsgivende for utformingen, innholdet og gjennomføringen av utdanningen av de åtte utdanningene som det her er utarbeidet nasjonale retningslinjer for. De må være dynamiske. De må kunne ta høyde for faglig utvikling og nye behov i årene fremover, selv om de kan/skal revideres med jevne mellomrom.

Hovedinntrykket er at retningslinjene er formulert i et for generelt og abstrahert språk. De fremstår diffuse og lite konkrete. Skal retningslinjene fungere etter hensikten og sikre/ha som mål at brukerne, helse- og velferdstjenestene og sektormyndighetene det utdannes til, får større innflytelse, må retningslinjene utformes på en annen måte enn de som nå er utarbeidet. De må konkretiseres, detaljeres og kortes ned.

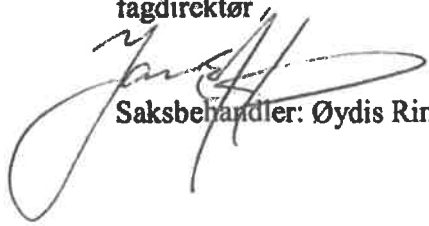
Det er vanskelig å se hvordan retningslinjene i sin nåværende form vil kunne bli et godt

verktøy i et nytt styringssystem.

Den norske legeforenings sentralstyre
Etter fullmakt


Geir Riise
generalsekretær


Bjarne Riis Strøm
fagdirektør


Saksbehandler: Øydis Rinde Jarandsen

Nasjonalt fagråd for arbeid og helse skal styrke myndighetenes fagrolle ved å gi kunnskapsbaserte råd på fagområdet arbeid og helse. Fagrådet skal på oppdrag fra direktoratene, på selvstendig grunnlag, gi faglige råd av høy kvalitet og generelt bidra til å styrke samhandlingen mellom helse- og arbeids/velferdstjenestene.

Fagrådet mener det er viktig å øke kunnskapen om arbeid og helse i profesjonsutdanninger innen helse og sosialfag og ønsker derfor å levere innspill til høringsrunden for

Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS).

Særlig rettet mot sykepleier-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, sosionom- og vernepleierutdanningene.

Fagrådet konstaterer at de foreslåtte læringsutbytter, som er sendt på høring innenfor disse utdanninger, i begrenset omfang omfatter læringsutbytter innen fagfeltet «Arbeid og helse». Det har de senere årene vært et økt fokus på dette feltet og det nevnes f.eks. i Statsbudsjettet 2018 - kap. 740 at «Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal samarbeide om å utvikle arbeid-helseområdet som et fagfelt, herunder bl.a. bidra til å videreutvikle tjenester med god effekt til personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid». For å oppnå dette mener fagrådet at det bør mer fokus på fagfeltet i profesjonsutdanningene for å forberede helsepersonell på den rolle de kan få i arbeid på tvers av arbeids- og helsesektorer og utfordringene de kan møte i deres fremtidige virke.

I den nye 'Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger' (2017) er følgende felles læringsutbytte formulert i § 2;

Kandidaten:

(6) forstår sammenhengene mellom helse, utdanning, arbeid og levekår, og kan anvende dette i sin tjenesteutøvelse, både overfor enkeltpersoner og grupper i samfunnet, for å bidra til god folkehelse og arbeidsinkludering.

Fagrådet anbefaler at det utvikles læringsutbytter innen alle helse- og sosialfag som følger opp forskriften og er mer spesifikke på hva kandidatene skal kunne i forhold til et arbeidslivsperspektiv. Hver profesjon kan utvikle og evt spisse disse fra eget ståsted. Som utgangspunkt foreslås følgende konkrete læringsutbytter, som fagrådet mener kan være viktige på tvers av profesjoner:

Kandidaten:

Kunnskap

- Har bred kunnskap om sammenhenger mellom arbeid og helse og hvordan helse kan styrkes eller forverres gjennom arbeid.

Ferdighet

- Har ferdigheter i å kommunisere kunnskap om sammenhengen mellom arbeid og helse på en troverdig og empatisk måte i møte med den enkelte.
- Kan anvende relevante tiltak som bidrar til arbeidsinkludering

Generell kompetanse

- Kan kritisk vurdere vitenskapelig litteratur som beskriver sammenheng mellom arbeid og helse.
- Forstår egen og andre helseprofesjoners rolle og virkemidler i samspillet med NAV og arbeidslivet

Bakgrunn for økt fokus på «Arbeid og helse» fagfeltet

Sykefraværet i Norge er et av de høyeste i verden samtidig som vi har høy arbeidsdeltakelse (OECD, 2012). Som en del av avtalen om et inkluderende arbeidsliv er det innført en rekke endringer i sykelønnsordningen for å få ned antatt unødvendig sykefravær. Dette er i første rekke samfunnsøkonomisk begrunnet (Mykletun et al., 2010). Det finnes også helsefaglige argumenter for at arbeidsdeltakelse kan ha positive virkninger (Dahl et al., 2014).

- Arbeidsdeltakelse kan gi en rekke helsefremmende effekter (van der Noort et al., 2014; Waddell & Burton, 2006).
- Deltakelse i arbeidslivet, skole og studier er potensielt viktige kilder til anerkjennelse, fellesskap og identitet.
- Arbeid kan fremme psykisk helse ved å gi rammer, menneskelig kontakt og mening, mens langvarig sykefravær og uførhet motsatt kan bidra til å forverre mentale problemer (Alonso et al., 2004; Layard et al., 2006; OECD, 2012; Overland et al., 2006).
- For sykmeldte med muskel- og skjelettplager kan gradvis og kontrollert retur til arbeid i seg selv påvirke helsen og dermed funksjonsevnen positivt (Cullen et al., 2017; Waddell & Burton, 2006). Retur til arbeid for arbeidstakere med muskel- og skjelettplager fremmer rekonvalesens og rehabilitering, og kan således ha en terapeutisk effekt.
- Arbeid er for de fleste den viktigste kilden til økonomiske og materielle ressurser, som igjen er forbundet med helse (Elstad, 2005).

Helsekonsekvenser av tap av arbeid og helse basert på studier av arbeidsledighet viser sammenhenger mellom arbeidsløshet og helsevansker (Fryers, Melzer & Jenkins, 2003; McKee-Ryan et al., 2005), mens retur til arbeid synes å gi bedring i helse (Thomas, Benzval & Stansfeld, 2005). Psykososiale, strukturelle og økonomiske forhold ved arbeid inngår som viktige forklaringsmodeller (Janlert & Hammarström, 2009).

Flere generelle faglige prinsipper understøtter praktisk og samtidig arbeid med sammenhengene mellom arbeid og helse: Full sykemelding kan føre til isolasjon og mangel på aktivisering og struktur. Fravær og hvile kan være nødvendig ved noen sykdommer, men ved mange lidelser, både psykiske og somatiske, er nærvær og aktivitet viktig. Full sykemelding og råd fra helsepersonell om å bli helt frisk innen man går tilbake i arbeid kan gi medisinsk-faglig legitimitet til en unnvikelsesatferd som forsterker problemene og reduserer muligheten for problemløsning og mestring på arbeidsarenaen. Eksponering kan være en sentral komponent i behandlingen, mens unngåelse holder problemene ved like og det er ofte viktig at personen ikke mister kontakten med sin arbeidsplass og det strukturerte samspillet med andre mennesker som jobben innebærer. Fravær fra arbeid kan altså i seg selv ha negative helsekonsekvenser og det er viktig at helsepersonell kan bidra med kvalifiserte vurderinger av helsekonsekvenser ved både å stå i jobb og ved å ikke stå i jobb.

Sammenhengen mellom lengde på sykefravær og risiko for ikke å returnere til arbeid er vist i flere studier. Sammenhengen er delvis triviell fordi mange vil ha maksimal lengde på sykefravær før overgang til varige trygdeytelser. Det er likevel argumentert med at behandling (og å stå på venteliste), for mange sykmeldte kan redusere sannsynligheten for retur til arbeid. Pasientens forventninger til muligheten for å returnere til arbeidslivet er en prediktor for faktisk retur ved vanlige psykiske lidelser (De Viries et al., 2017; Løvik et al., 2014), i likhet med hva man har funnet ved ryggsmarter (Reme et al., 2009). Slike forventninger kan i seg selv endres under lange sykefraværsløp, og dermed være relevant for oppfølgingen.

Tradisjonelt er det ofte lagt opp til et behandlingsforløp med sykemelding mens plagene behandles, og tiltak for retur til arbeid når man er frisk. I praksis vil behandleren rette oppmerksomheten mot

lidelsen og tiltak for å avhjelpe den, og i mindre grad adressere tilbakevending til arbeid. Først når symptomene har avtatt betraktelig, blir tilbakevending til jobb et viktig tema, gjerne i siste fase av behandlingen. Det er imidlertid ofte ugunstig med en slik sekvensiell tilnærming. Det er bedre å legge vekt på integrerte og parallelle tiltak. Det må ikke gå for lang tid før pasienten starter med gradvis tilbakevending til arbeid, og da gjerne med gradert sykemelding og eventuelt også dialog med arbeidsplassen som virkemiddel, eventuelt et aktivt samarbeid med NAV dersom personen har falt ut av arbeidslivet. Årsaker til sykmelding kan også ha sentrale og direkte arbeidsrelaterte årsaker slik som konflikter eller krenkelser på arbeidsplassen eller belastninger i kombinasjonen av arbeid og privatliv.

En forutsetning for å lykkes i behandling og rehabilitering er gjerne et godt samarbeid mellom personen selv og arbeidsplassen, og mellom helsepersonell og personell i NAV. Det er inngått samarbeidsavtaler mellom helseregionene og NAV i hele landet, der arbeidsperspektivet er innarbeidet. Disse samarbeidsavtalene er basert på «Arbeid og helse – et tettere samvirke» (<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-og-helse-et-tettere-samvirke>).

Referanser

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S. et al. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, 420, 38–46.
- Cullen, K. L., E. Irvin, A. Collie, F. Clay, U. Gensby, P. A. Jennings, S. Hogg-Johnson, V. Kristman, M. LaBerge, D. McKenzie, S. Newnam, A. Palagyi, R. Ruseckaite, D. M. Sheppard, S. Shourie, I. Steenstra, D. Van Eerd, and B. C. Amick. 2017. 'Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners', *Journal of Occupational Rehabilitation*: 1-15.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt* (Hovedrapport). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- De Viries, Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A. & Wegewitz, U. (2017). Determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders: A scoping review. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56, 787–793.
- Elstad, J. I. (2005). *Gradientutfordringen*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders – A systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 229–237.
- Janlert, U. & Hammarström, A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 9:235 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-235>.
- Layard, R., Bell, S., Clark, D.M., Knapp, M., Meacher, M., Priebe, S., Turnberg, L., Thornicroft, G. & Løvik, C., Øverland, S., Hysing, M., Broadbent, E., Reme, S. E. (2014). Association between illness perceptions and return-to-work expectations in workers with common mental health symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 160–170.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R. & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53–76.
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). *Rapport 2009:4 Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- OECD (2012). *Sick on the job?: Myths and realities about mental health and work*. Mental Health and Work, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264124523-en
- Overland, S., Glozier, N., Maeland, J.G., Aaroe, L.E. & Mykletun, A. (2006). Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC. Public Health*, 6, 219.
- Reme, S. E., Hagen, E. M. & Eriksen, H. R. (2009). Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10. doi: 10.1186/1471-2474-10-139.

Thomas, C., Benzeval, M. & Stansfeld, S. A. (2005). Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 243–249.

van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M. & Proper, K. I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 71, 730–736.

Waddell, G. & Burton, A. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: Stationery Office.

Formatert: Engelsk (USA)



BARNEOMBUDET

Kunnskaps- og integreringsdepartementet (KD)
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Vår ref:
18/00596-2

Saksbehandler:
Frøydis Enstad

Dato:
6. juli 2018

Høringssvar - forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

Barneombudet takker for muligheten til å gi innspill til reviderte retningslinjer for helse – og sosialfagutdanninger. Nasjonale retningslinjer er viktig for å sikre at studentene får en utdanning som gir likt læringsutbytte på tvers av utdanningsinstitusjonene.

Vi hos Barneombudet har ikke forutsetning eller kapasitet til å vurdere spørsmålene slik de er formulert i Questbackundersøkelsen. Vi har imidlertid innspill av mer overordnet karakter, og sender derfor vårt høringssvar i denne e-posten til Kunnskaps- og integreringsdepartementet. Innspillet gjelder retningslinjene til alle utdanningene. Vi har opplyst om dette i Questbackundersøkelsen også.

Oppsummert ønsker Barneombudet at retningslinjene anerkjenner barns særskilte rettigheter slik de er fastsatt i FNs barnekonvensjon (heretter kalt barnekonvensjonen). Barnekonvensjonen er en del av menneskerettighetene og gir barn og unge et særlig vern. Konvensjonen har dermed stor betydning for alle som gjennom sitt arbeid kommer i kontakt med barn og unge. Konvensjonen gjelder som norsk lov, jf. menneskerettsloven § 2. En av forpliktelsens som følger av dette er at Norge skal sette inn alle egnede tiltak for å sikre gjennomføringen av de rettighetene og pliktene som følger av konvensjonen, jf. art. 4.

Barneombudets mandat

Barneombudet skal i henhold til lov og instruks arbeide for at barns behov, rettigheter og interesser blir tatt tilbørlig hensyn til på alle samfunnsområder. Vi skal særlig følge med på at lovgivning til vern om barns interesser blir fulgt, og at norsk rett samsvarer med de forpliktelser Norge har etter barnekonvensjonen. Vi skal av eget tiltak, eller som høringsinstans, ivareta barn sine interesser i samband med planlegging og utredning på alle felter, foreslå tiltak som kan styrke barns rettsikkerhet, med mer. Barneombudets mandat er avgrenset til barn under 18 år.

Overordnet

Barneombudet mener at forslaget til nasjonale retningslinjer for helse og sosialfagutdanninger i for liten grad tydeliggjør hvilken kunnskap og hvilke ferdigheter som kreves for at de ulike yrkesgruppene utdanningene beskriver, skal kunne ivareta barns rettigheter på en forsvarlig måte. Retningslinjene oppfattes generelt som lite konkrete (kanskje med unntak av retningslinjene for sosionomutdanningen), og det er tidvis vanskelig å forstå hva slags ferdighet kandidaten skal sitte igjen med.

I forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger § 2 om felles læringsutbytte, står det blant annet at kandidaten: 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 videre ved behov (pkt. 7). Og videre, at kandidaten har kunnskap om barn og unge og er en utøver som ivaretar deres behov for behandling og/eller tjenester og kan sikre deres medvirkning og rettigheter (pkt.9).

Etter Barneombudets gjennomgang av retningslinjene er det vår klare oppfatning at de ulike utdanningene i svært ulik grad har innarbeidet og konkretisert disse læringsutbyttene. Basert på dette har Barneombudet utarbeidet et felles høringssvar til alle utdanningene knyttet til 1) ivaretagelse av barns rettigheter slik de er fastsatt i barnekonvensjonen og 2) kunnskap og ferdigheter som kreves for å oppdage og handle ved mistanke om at barn blir utsatt for, eller står i fare for å bli utsatt for omsorgssvikt, vold og/eller overgrep, 3) samarbeid og kunnskap om andre tjenester, og 4) tilpasning til et flerkulturelt samfunn.

Alle yrkesgrupper som er beskrevet i retningslinjene til helse- og sosialfagutdanningene vil komme i kontakt med barn, i større eller mindre grad enten direkte, eller indirekte gjennom barn som pårørende. Det er derfor svært viktig at alle utdanningene gir en grunnleggende kunnskap om barns rettigheter, slik de er fastsatt i ulike lovverk og barnekonvensjonen. Barns rett til helse, et godt helsetilbud, funksjonshemmede barns rett til et fullverdig og anstendig liv, barns rett til rehabilitering og barns rett til beskyttelse mot vold er eksempler på rettigheter fastsatt i barnekonvensjonen. Barnekonvensjon er norsk lov, og det er nødvendig at alle yrkesgrupper kjenner til hva rettighetene betyr i deres arbeid. Konvensjonen har fire grunnleggende prinsipper som skal være førende i alle saker om barn; barns beste skal være et grunnleggende hensyn i alle handlinger som berører barn (artikkel 3), alle barn har rett til liv og utvikling (artikkel 6) og vern mot diskriminering (artikkel 2), samt at barn har rett til å gi uttrykk for sin mening og denne skal tillegges vekt i tråd med barnets alder og modenhet (artikkel 12).

Barnekonvensjonen artikkel 4 krever at statene skal sikre at fagpersoner har kunnskap om konvensjonens innhold, men også ferdigheter i hvordan rettighetene og prinsippene skal ivaretas. Staten plikter å lære opp alle yrkesgrupper som arbeider med barn for å gjennomføre disse rettighetene i praksis. FNs barnekomité har i generell kommentar nr. 5, om gjennomføringen av konvensjonen, presisert at opplæring og kompetanseutvikling er viktig for implementeringen av konvensjonen.

FNs barnekomité, som overvåker statenes oppfyllelse av barnekonvensjonen, uttalte senest i juni 2018 at Norge må gjøre en ytterligere innsats for å sikre kunnskap om barns rettigheter hos alle som jobber med barn "(...) given that the training provided still does not fully cover all professional groups and is not systematic, and that the knowledge on the rights of the child among the relevant professional groups remains insufficient, the Committee, in line with its previous recommendations recommends that (...) the State party continue and strengthen systematic dissemination and training of all professional groups working for and with children, including personnel of childcare institutions, health personnel, social workers and law enforcement officials"ⁱ. Her spiller rammeplanene og retningslinjene til de ulike helse- og sosialfaglige utdanningene en viktig rolle.

1. Om barns beste og barns rett til å bli hørt (barnekonvensjonens art. 3 og 12)

Det følger av artikkel 3 i barnekonvensjonen at barnets beste er et grunnleggende hensyn som alltid skal vurderes i alle saker som berører barn, både direkte og indirekte. Norge har også grunnlovsfestet prinsippet om barnets beste.

Vurderingen av barnets beste skal gjøres i lys av de rettighetene barna har gjennom barnekonvensjonen. Disse rettighetene utgjør en helhet forankret i barns rett til beskyttelse, liv og utvikling og deres rett til deltakelse. Barneombudet mener at barnekonvensjonen er et så sentralt verktøy for alle som gjennom sin jobb kommer i kontakt med barn og unge, at den skal nevnes eksplisitt i retningslinjene. For å kunne vurdere barnets beste i alle sakene som angår dem, er den en forutsetning at kandidaten har grunnleggende kunnskap om barns rettigheter, og særlig knyttet til vurderingen av barnets beste innenfor disse rettighetene og de praktiske konsekvenser som bør følge av rettighetene.

Plikten til å vurdere barns beste innebærer videre at man hører barnet. Det følger av artikkel 12 i barnekonvensjonen at barn har rett til å bli hørt, rett til informasjon og rett til medvirkning i alle saker som berører barnet. Dette gjelder både saker som angår barn direkte, men også saker som berører barn indirekte (for eksempel barn i familier som får økonomisk støtte fra NAV, barn som pårørende m.fl.). Dette stiller igjen krav til kompetanse og ferdigheter knyttet til det å ha samtaler med barn og unge. Barneombudet mottar fremdeles rapporter og henvendelser fra barn og unge om at man i altfor liten grad hører barn i saker som angår dem. Det må derfor etter vår mening være en rød tråd i alle retningslinjene at barn har rett til å bli hørt, og et ferdighetskrav at kandidaten skal kunne snakke med barn, og er trygg på det å ha samtaler med barn. Særlig vil vi understreke at studentene får praktisk trening i å snakke med barn og ungdom, både om hverdags ting og om vanskelige temaer, som f.eks. foreldres sykdom, egen sykdom, om det å være utsatt for vold, omsorgssvikt eller seksuelle overgrep.

- Barneombudet mener at barnekonvensjonen bør omtales som et gjennomgående tema i retningslinjene. Studentene må selv kjenne til barnekonvensjonen, de må ha god kompetanse om innholdet i konvensjonen, slik at deres praksis sikrer barns rettigheter. Beskrivelsene av læringsutbytte, både for generell kompetanse kunnskap, og ferdigheter til å bruke konvensjonen i praksis, bør omfatte barns beste og barns rett til å bli hørt og medvirke i saker som berører dem.

2. Kunnskap og ferdigheter knyttet til barn og unge utsatt for omsorgssvikt, vold og overgrep

Viktige forutsetninger for å ivareta barns rett til beskyttelse mot vold (barnekonvensjonen art. 19), er kompetanse i å oppdage og følge opp utsatte barn. Norge har også nettopp ratifisert Lanzarotekonvensjonen, som gir staten forpliktelser til å lære opp dem som skal arbeide med barnⁱⁱ.

Gjennom Barneombudets arbeid med fagrapporten «Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes» (2018)ⁱⁱⁱ snakket vi med barn utsatt for vold og overgrep som blant annet fortalte at de ikke ble fanget opp av helsepersonell, at de savnet helsepersonell som evnet å sette barnet i sentrum, om opplevelser av å ikke bli trodd. Barneombudet er bekymret for at voksne ikke evner å «se» barna og å ta sitt ansvar for å beskytte barn mot omsorgssvikt, vold og overgrep på tilstrekkelig alvor. Fordi det alltid vil være vanskelig for barn å fortelle hva de er utsatt for, er det viktig at det finnes voksne som gjenkjenner de signalene barn sender ut om at noe er galt.

Helsetjenestene er i en helt unik posisjon til å oppdage barn utsatt for omsorgssvikt, vold eller overgrep. Det er helt sentralt at alt helsepersonell har nødvendig kunnskap om omsorgssvikt, vold og overgrep mot barn, slik at de kan tolke barns signaler og være trygge på hva de skal gjøre. Helsepersonell må vite at de må snakke med barnet alene, og de må trene på å snakke med barn om vanskelige ting. Det viktig at helsepersonell opplever å ha den kompetansen de trenger, og kjenner til hvilke støttesystemer som finnes på sin arbeidsplass for å drøfte tanker og bekymringer.

Alle, ikke bare helsepersonell, som gjennom sin jobb er i kontakt med barn og unge må ha en god forståelse av hvor viktige de er i arbeidet med å avdekke omsorgssvikt, vold og overgrep mot barn og unge. Det finnes i dag og kunnskap om hvordan omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep forstyrrer barnets utvikling og utgjør en stor risiko for fysisk og psykisk uhelse, og fare for å falle utenfor samfunnet. Følgene for den enkelte, og for samfunnet, er så store at det tilsier en storstilt satsing på å komme tidlig inn i problemforløpet for å bedre barnets situasjon her og nå, samt å forebygge videre problemutvikling. Barnevoldsutvalget utredning «Svikt og svik – Gjennomgang av saker hvor barnet har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt» (NOU 2017: 12) dokumenterte omfattende svikt av de mest sårbare barna, som ofte som ofte lever i årevis med omsorgssvikt, seksuelle overgrep, fysisk og psykisk vold, uten at samfunnet har grepet inn for å beskytte dem. Utvalget fremhever bedre kunnskap og kompetanse som et tiltak som må prioriteres. Barneombudet støtter dette og mener at kunnskap og kompetanse i tjenestene er en grunnleggende forutsetning for å lykkes med arbeidet mot vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn.

Barneombudet har gjennom mange år etterlyst at tilstrekkelig kunnskap om vold og seksuelle overgrep gjøres obligatorisk i utdanningen for grupper som gjennom sitt arbeid kommer i kontakt med barn og unge. FNs barnekomité skriver i den generelle kommentaren til artikkel 19 i barnekonvensjonen at barn hver dag utsettes for vold av et omfang og en intensitet som er alarmerende. Videre skriver de at tiltakene for å få slutt på volden må styrkes og utvides kraftig, slik at det kan settes en effektiv stopper for denne praksisen, som skader barnas utvikling og reduserer samfunnets evne til å løse konflikter på en ikke-voldelig måte. Primærforebygging av alle typer vold, gjennom det offentlige helsevesen, utdanning, sosiale tjenester og andre tilnæringsmåter, er av største betydning^{iv}. Barneombudet mener derfor at alle retningslinjene må stille krav til at kandidaten har kunnskap om omsorgssvikt, psykisk og fysisk vold og seksuelle overgrep og at det samtidig må stilles krav til ferdigheter i å oppdage og følge opp barn og unge utsatt for, eller som står i fare for å bli utsatt for, omsorgssvikt, vold og/eller overgrep.

- Barneombudet mener at alle de helse- og sosialfaglige retningslinjene bør beskriver læringsutbytte (kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse) om omsorgssvikt, vold og overgrep. Kandidaten skal vite hvordan man oppdager omsorgssvikt, vold og overgrep, og hva man skal gjøre når man har bekymring for dette.

2.1 Opplysningsplikt og avvergeplikt

I tillegg til kunnskap om å oppdage omsorgssvikt, vold og overgrep, må alle tjenester ha inngående kunnskap om opplysningsplikten og avvergeplikten. Alle må vite hva en bekymringsmelding er, og hvordan man sender en slik melding. Barneombudets inntrykk er at taushetsplikten er velkjent blant ansatte i helse- og sosialsektoren. Opplysningsplikten overfor barnevernet går imidlertid foran taushetsplikten, fordi opplysningene kan være nødvendige for barnevernet for å kunne hjelpe utsatte barn og unge. Opplysningsplikten til barnevernet er regulert både i barnevernloven § 6-4 og i tilsvarende bestemmelser i særlover som gjelder de ulike offentlige tjenester og ulike yrkesutøvere. For helsepersonell er opplysningsplikten særlig regulert i helsepersonelloven. 1. juli 2018 trer også endringer i bestemmelsen om opplysningsplikt til barnevernet og endringer i helsepersonelloven § 33 i kraft. Disse endringene klargjør og forenkler bestemmelsene med det formål å gjøre dem lettere å forstå og anvende. Denne forenklingen skjer blant annet på grunnlag av erfaringer med at det er en betydelig underrapportering til barnevernet fra helsetjenestene og andre virksomheter som har mange barn og voksne med barn som brukere/pasienter.

Det er også viktig at alle som jobber med barn har kunnskap om avvergeplikten etter straffeloven § 196, Avvergeplikten innebærer at alle, uavhengig av stilling og taushetsplikt, har plikt til å varsle dersom de har kjennskap til at det kan skje grov kriminalitet slik det er

definert i paragrafen. Lovteksten er vanskelig tilgjengelig, ikke desto mindre er det viktig at alle vet at man har plikt til å melde fra dersom man har mistanke om at barn kan bli utsatt for grov vold eller overgrep.

Det er også viktig at alle som jobber med barn kjenner til muligheten for å holde informasjon tilbake fra foreldre der det er utilrådelig at de får kjennskap til, jfr. forvaltningslovens § 19.

Etter Barneombudets erfaring opplever mange at de ulike regelverkene kan være vanskelig å håndtere i praktiske situasjoner. Det er derfor av stor betydning at studentene får inngående opplæring i disse regelverkene og at de gjennom studiet får trening i hvordan regelverkene anvendes i praksis. Barneombudet mener derfor at helsepersonells plikt til å opplyse og avverge bør omtales eksplisitt i retningslinjene.

- Barneombudet mener opplysningsplikt og avvergeplikt bør omtales spesifikt i retningslinjene. Kandidaten skal også ha ferdigheter knyttet til praktisk anvendelse av lovverkene.

3. Samarbeid og kunnskap om de andre tjenestene

I dag svikter ofte tjenestene rundt utsatte barn og unge fordi de ikke klarer å samhandle^v. Fremtidens utdanninger må derfor sette fokus på samarbeidskompetanse og kunnskap om de andre tjenestene. De må løfte fram samarbeid mellom tjenester, inkludert rettighetene til en individuell plan. Individuell plan er ment å være et verktøy for samarbeid mellom tjenester og den som har behov for disse tjenestene. Forskrift om individuell plan er hjemlet i helse- og sosiallovgivningen. Retten til individuell plan er også hjemlet i NAV-loven og barnevernloven. For å få til et godt samarbeid mellom ulike tjenester til det beste for barnet, er det av avgjørende betydning at ulike instanser kjenner til hverandres oppgaver og myndighet, og er trygge på når og på hvilken måte man skal kontakte andre tjenester. Informasjon og opplæring i dette bør derfor inngå i de ulike utdanningene.

I forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger i § 2 om felles læringsutbytte står det at: (kandidaten) kan samhandle både tverrfaglig, tverrprofesjonelt, tverrsektorielt og på tvers av virksomheter og nivåer, og initiere slik samhandling (pkt. 4). Dette punktet er imidlertid i svært varierende grad bakt inn i retningslinjene til de ulike helse- og sosialfaglige utdanningene. Skal man lykkes i bedre samhandling må beskrivelsene av læringsutbyttet knyttet til dette punktet i alle utdanningene speile hverandre. Om samhandling bare er et tema hos barnevernspedagogene og sosionomene, men ikke hos fysioterapeutene og sykepleierne, vil det ha liten praktisk nytte.

- Barneombudet mener at læringsutbytte om samhandling og kunnskap om de andre tjenestene må være gjennomgående i alle retningslinjene og speile hverandre.

4. Utdanningene må tilpasses et flerkulturelt samfunn

For å sikre hele befolkningen likeverdige tjenester og unngå diskriminering er det helt avgjørende at man sikrer at utdanningene legger et godt grunnlag for å arbeide med familier med ulike kulturelle bakgrunner. Dette bør være en rød tråd gjennom hele utdanningsløpet. Forelesere og veiledere bør ha oppdatert kunnskap om kultur, kulturelle praksiser samt særskilte rettigheter minoriteter har i møtet med helse- og sosiale tjenester (eks. bruk av tolk, men at barn ikke skal brukes som tolk).

Barneombudet erfarer at helse- og sosialutdanninger ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset et flerkulturelt samfunn. God kommunikasjon med brukere og pasienter er avhengig av god forståelse samt trygghet på egen rolle. I noen tilfeller vil man f.eks. kunne oppleve konflikter mellom kulturelle koder og praksis og hensynet til barnets beste.

FNs barnekomité har nylig uttalt en særlig bekymring for barn fra rom- og romanifamilier, både for at omsorgen for disse barn oftere blir overtatt av barnevernet enn for andre barn, og for at de mister sitt språk og sin kultur etter omsorgsovertakelse^{vi}.

- Kulturforståelse og -sensitivitet, samt særskilte rettigheter for urfolk og nasjonale minoriteter, må være et gjennomgående tema i beskrivelsene av læringsutbytte i alle retningslinjene. Nasjonale minoriteter bør nevnes som egen gruppe ved siden av etniske minoriteter og samer. Hensynet til barns beste må vektlegges særskilt.

Vennlig hilsen

Camilla Kayed
fagsjef

Frøydis Enstad
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og har derfor ingen signatur.

ⁱ Avsluttende merknader fra FNs barnekomité til Norge juni 2018

ⁱⁱ <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/0900001680084822>

ⁱⁱⁱ http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/03/Barn_og_unge_vold_og_overgrep.pdf

^{iv} Komiteen for bars rettigheter. Generell kommentar nr. 13 (2011). Barnets rett til frihet fra alle former for vold. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/fn_barnekonvensjon/barnekonvensjonen_generell_kommen_tar_nr_13_norsk_oversettelse.pdf

^v Se f.eks trygge foreldre-trygge barn Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018-2021 og Svikt og Svikt-NOU 2017:12

^{vi} Avsluttende merknader fra FNs barnekomité til Norge juni 2018

Fra: Anette Iversen Cvijanovic <Anettelversen.Cvijanovic@bufdir.no>
Sendt: 5. juli 2018 16:45
Til: KD-RETHOS
Kopi: Kjetil Andreas Ostling; Anders Sunde
Emne: Høringsinnspill - Bufdir

Hei,

Bufdir har i dag avgitt høringsuttalelse via questback-skjema på nettsiden deres. Vi takker for å også få anledning til å levere noen overordnede innspill per e-post. De overordnede innspillene tar for seg momenter som bør gjelde for alle retningslinjene, i tillegg til at vi innledningsvis gjør noen overordnede refleksjoner knyttet til barnevernspedagog- og sosionomutdanningene som vi ber om at de respektive programgruppene blir gjort kjent med:

Tjenestenes behov for kompetanse

Et av formålene med overgangen fra rammeplan til retningslinjer, er et tverrsektorielt ønske om at de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene bedre skal kunne gjenspeile tjenestenes behov for kompetanse. Tjenestenes behov for kompetanse er imidlertid et begrep som favner bredt, da mange tjenester vil ha behov for kompetanse fra mange yrkesgrupper.

For å forenkle dette bildet, har de aller fleste profesjonsutdanninger en omforent anerkjennelse av at noen tjenester er mer relevante arbeidsfelt enn andre, og derav retter de seg primært mot disse. Eksempelvis vil både medisins- og sykepleierutdanningene primært rette seg mot arbeid i helsetjenestene. Leger og sykepleiere kan arbeide innenfor andre tjenester også, men det tas da utgangspunkt i at det er deres helsefaglige kompetanse som er relevant.

For de sosialfaglige grunnutdanningene, og da særskilt utdanningene innen barnevern og sosialt arbeid, har det over tid foregått en diskusjon om i hvilken grad utdanningene skal avgrense seg ved å rette seg inn mot enkelte tjenester, da dette er utdanningsgrupper som har relevant kompetanse for flere tjenester. I 2015 bestod den kommunale barnevernstjenesten av 48 % barnevernspedagoger og 29 % sosionomer. Barnevernspedagogutdanningen er den eneste grunnutdanningen som har et særlig fokus på barns omsorgsbetingelser, mens sosionomutdanningen er den eneste grunnutdanningen som har fokus på sosiale problemer på individ-, gruppe- (familie) og samfunnsnivå. Bufdir anser disse yrkesgruppene som helt sentrale for at barnevernet skal kunne ivareta sitt samfunnsmandat, og mener derfor at barnevernet (og NAV for sosionomer) må allment anerkjennes som deres primære arbeidsfelt, slik helsetjenesten er det for leger og sykepleiere. Bufdir mener det er nødvendig ikke å begynne i andre enden: å gjøre utdanningene enda mer vidtfavnende fordi barnevernspedagoger og sosionomer også vil være aktuelle for andre arbeidsfelt. Dette er diskusjoner man ikke har om helsefaglige utdanninger, og som det heller ikke er formålstjenlig å ha om de sosialfaglige.

Med utgangspunkt i denne anerkjennelsen, mener Bufdir det er nødvendig at grunnutdanningene innen sosialt arbeid og barnevern har læringsutbyttebeskrivelser som i høy grad reflekterer den kompetansen man må ha som barnevernsarbeider. Dette innebærer ikke at disse utdanningene må ha en etatsprofil eller at andre yrkesgrupper ikke skal arbeide i barnevernet, men innebærer en differensiering av hvilke yrkesgrupper som utgjør grunnstolpene i barnevernet som tjeneste.

Struktur på retningslinjene

Forslagene til retningslinjer er strukturert som følger: 1) Formålsbeskrivelse, 2) Kunnskapsområder (ikke obligatorisk), 3) læringsutbyttebeskrivelser og 4) Studiets oppbygning, herunder praksis hvis ønskelig.

Bufdir ser det som en klar mangel når retningslinjene ikke tar utgangspunkt i noen prioriterte kunnskapsområder (punkt 2). Kunnskapsområdene fungerer som en tydeliggjøring av utdanningenes profil. En slik tydeliggjøring vil kunne bidra til mindre uønsket variasjon mellom de ulike institusjonene, og motsatt: i de tilfeller hvor programgruppene ikke definerer utdanningens grunnpilarer og profil gjennom kunnskapsområder, vil det kunne tillate fortsatt store ulikheter mellom utdanningene og i verste fall føre til mer uønsket variasjon. Bufdir mener derfor at det må gjøres obligatorisk for programgruppene å definere noen klare kunnskapsområder for hver enkelt grunnutdanning. Her er retningslinjene for sykepleierutdanningen et godt eksempel.

En sosionom er en sosionom er en sosionom...

Selv om Bufdir ser at inndeling i kunnskapsområder må til for å tydeliggjøre utdanningenes profil, er vi allikevel bekymret for at den overordnede lyden på retningslinjene ikke vil kunne bidra til mindre uønsket variasjon mellom grunnutdanningene. Bufdir støtter en overgang fra input- til outputstyring av utdanningene, og aksepterer at læringsutbyttebeskrivelser på programnivå vil måtte være av noe overordnet art. Dog ser vi at læringsutbyttebeskrivelsen (LUBene) slik de foreslås i retningslinjene er så overordnede at de gir større rom for variasjon. Det vil bli krevende for institusjonene å utarbeide utdanninger som er like nok til at oppbygning og struktur er gjenkjennelig fra utdanningsinstitusjon til utdanningsinstitusjon. Og det vil fortsatt være vanskelig for avtakertjenestene å ha et godt bilde av hva som særpreger den enkelte profesjon. Dette gjelder i særdeleshet for barnevern og sosialt arbeid, der den enkelte grunnutdanning kan variere stort fra institusjon til institusjon, men der vi også ser at de to grunnutdanningene tidvis er u hensiktsmessig like hverandre.

Praksisstudier

Formålet med praksis er at studentene integrer kunnskap i sine profesjonelle handlinger, og jobber aktivt med å utvikle sin handlingskompetanse, sin analytiske refleksjon og evne til samhandling med barn, unge og foreldre og samarbeidspartnere. Arbeid med rolleforståelse i praksiskontekst er viktig.

Bufdir mener det ikke bør være valgfritt å beskrive praksisdelen i retningslinjene, og anbefaler at det etableres en standard for beskrivelse av praksisdelen i grunnutdanningene. Det er i dag alt for store variasjoner mellom utdanningsinstitusjonene hva gjelder praksisstudier. Gitt praksisstudiene sentrale rolle i profesjonsstudier som er så sterkt knyttet til tjenesteutøvelse, er dette et område der man bør tilstrebe en nasjonal standard og kvalitetsnivå. Formuleringene i forskrift om felles innhold ivaretar ikke dette behovet i tilstrekkelig grad.

Praksisdelen i retningslinjene bør si noe om minimum omfang og type praksis. Det bør også være en minstestandard for omfang av veiledning under praksisstudiene, veileders kompetanse og praksisstudiene relevans for utdanningen. Dernest bør praksisdelen være tilknyttet noen spesifikke læringsutbyttebeskrivelser.

Felles innhold – en presisering

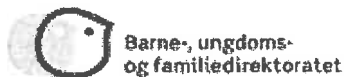
Bufdir har merket seg tema som er berørt i forskriften om felles innhold, men som det er behov for å operasjonalisere i de syv retningslinjene vi har avgitt høringssvar på. Dette er tema som er særlig viktig med tanke på tjenestenes *framtidige* kompetansebehov:

- Digital kompetanse og digitale samhandlingsplattformer.
 - o Dagens brukere, pasienter og pårørende lever digitalt integrerte liv og må kunne forvente et minstenivå av digital bevissthet, kunnskap, ferdigheter og refleksjon fra sine helse- og sosialtjenesteytere.
- Mangfoldssensitivitet
 - o Profesjonell praksis utføres i et samfunn i stadig utvikling, med stadig nye minoritetsgrupper eller andre nye aspekter av samfunnets mangfold. Alle tjenesteutøvere må inneha kjennskap til og trening i hvordan å opptre mangfoldssensitivt i sin profesjonsutøvelse.
- Vold og overgrep
 - o Det er viktig at grunnutdanningenes tematisering av vold og overgrep gir grunnlag for godt samarbeid på tvers av sektorer og tjenester, og ivaretar behovet for grundig forståelse av egen tjenestes mandat og rolle. Bufdir legger til grunn at formuleringene i § 2 punkt 7 i felles forskrift omfatter en bred forståelse av vold og seksuelle overgrep, som operasjonaliseres videre gjennom de enkelte utdanningene. Særlig viktig mener direktoratet dette vil være for alle velferdsfagene som innebærer direkte kontakt med publikum eller særlig innsikt i forhold som kan avdekke vold og overgrep, som barnevernspedagog, sosionom, vernepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, lege, tannhelsefagene, psykolog, radiograf og sykepleierutdanningene.
- Skikkethet
 - o God profesjons- og tjenesteutøvelse kan ikke utføres uten personlige egenskaper, holdninger og verdier som støtter opp under formålet med arbeidet. Retningslinjene må legge til rette for LUBer som gjør at det framstår tydeligere enn i dag hvilke kandidater som ikke er tilstrekkelig skikket.

Med vennlig hilsen,

Anette I. Cvijanovic
Seniorrådgiver
Tlf: 466 15 722

Seksjon for FoU og kompetanseutvikling
Barnevernsavdelingen



<http://www.bufdir.no>

Fra: KD-RETHOS [<mailto:RETHOS2@kd.dep.no>]

Sendt: 3. juli 2018 10:19

Til: Anette Iversen Cvijanovic

Emne: SV: Spørsmål om questbacken

Hei!

Bare å sende de generelle innspillene over på mail eller pr brev.



Med vennlig hilsen
Natalina Heia
Seniorrådgiver Prosjektmedarbeider
Kunnskapsdepartementet
Mobil: 22 24 76 76
Epost: natalina.heia@kd.dep.no

www.regjeringen.no/kd
<https://twitter.com/Kunnskapsdep>
<https://www.facebook.com/kunnskapsdepartementet/>

Fra: Anette Iversen Cvijanovic <Anettelversen.Cvijanovic@bufdir.no>

Sendt: 2. juli 2018 21.04

Til: KD-RETHOS <RETHOS2@kd.dep.no>

Emne: SV: Spørsmål om questbacken

Hei igjen,

Bufdir har nå ferdigstilt vårt høringssvar. Vi har innspill både til enkelte retningslinjer, og generelle innspill. 4000 tegn per tekstboks er begrensende, og vi ser at det ikke er rom for våre generelle innspill. Hvordan kan vi få formidlet disse?

Med vennlig hilsen,

Anette I. Cvijanovic

Seniorrådgiver

Tlf: 466 15 722

Seksjon for FoU og kompetanseutvikling
Barnevernsavdelingen



Barne-, ungdoms-
og familiedirektoratet

Fra #Metoo til morgendagens behandlere.

Det snakkes og skrives en hel del om mennesker som begår overgrep, utsettes for overgrep. Morgendagens helsepersonell er behandlerne. Dette kan de ikke være uten å ha lært hvordan slike saker/pasienter/brukere skal behandles.

Kort historikk:

NFSS ble etablert i 1998 og er et landsdekkende nettverk for fagpersoner som arbeider med seksualitet i spesialisthelsetjenesten. Nettverket er en viktig ressurs i kunnskapsformidling og utvikling av tilrettelagt informasjons- og undervisningsmateriell. Habiliteringstjenestene arbeider i hovedsak med barn, unge og voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming/utviklingshemming.

Nettverket har et styre som består av en representant fra hver helseregion. Styret har ansvar for å arrangere en årlig nettverkskonferanse. (vi hadde 20 års jubileum på Hamar i mars 2018)

Funksjonshemmede er en uensartet gruppe som har samme behov for kunnskap om kropp, seksualitet og prevensjon som andre grupper i befolkningen. Seksualitet kan bli en del av livet som skaper vansker for barn, unge og voksne med funksjonshemming. Det er vanskelig for mange å skaffe seg kunnskap og erfaringer fordi ikke alle har det samme nettverk av venner rundt seg om andre har. Seksualitet er ikke alltid så konkret – det kan være mange ”usagte regler” som er vanskelig å forstå. For å forebygge seksuelle overgrep og uønskede svangerskap, og for å bidra til at personer med funksjonshemming/utviklingshemming får et godt forhold til egen kropp, egen seksualitet og samliv med andre, er det å tilrettelegge undervisning og veiledning for denne gruppen viktig.

Saker som handler om seksuelle problemstillinger i barne- og voksenhabiliteringstjenestene viser seg å være økende. Vi tror ikke at det skjer mer overgrep eller at problemene er blitt større i dag enn tidligere. Det er derimot mer akseptert både hos pårørende og hos bistandsyttere at også funksjonshemmede/utviklingshemmede har en seksualitet som må ivaretas. Også deres seksualitet kan skape problemer som krever mer profesjonell hjelp.

Problemstillinger som henvises til habiliteringstjenestene kan blant annet være:

- onaniprosblematikk
- uakseptabel seksuell atferd som blottning og beføling
- mangel på kunnskap på området – behov for seksualopplysning
- behov for seksualtekniske hjelpemidler
- selvskading på kjønnsorgan
- seksuell utnyttelse
- utviklingshemmede som har vært utsatt for voldtekt og andre alvorlige seksuelle overgrep
- identitetsproblemer/transeproblemer hos barn, unge og voksne med funksjonshemming
- utviklingshemmede som begår seksuelle overgrep

HØRINGSUTTALELSE OM FORSLAG TIL NASJONALE RETNINGSLINJER FOR HELSE- OG SOSIALFAGUTDANNINGER.

- homoseksualitet, spesielle tenningsmønstre/fetisjer
- ønske om å få barn, prevensjonsveiledning og par – problematikk

For foreldre til barn/ungdom med funksjonshemming/utviklingshemming kan det være en tøff jobb å ta opp temaet seksualitet i møte med fagpersoner. Det er fortsatt et tema som det snakkes lite og åpent om. Nettverket ser det også som sitt ansvar å ruste fagpersoner til å snakke om seksualitet og å drive opplysningsarbeid om seksualitet opp mot gitte diagnoser. Dette i tillegg til å arbeide direkte med henvisninger som kommer til habiliteringstjenestene.

Det er mange utfordringer knyttet til funksjonshemming/utviklingshemming og seksualitet. Den beste måten å hjelpe personer med funksjonshemming/utviklingshemming til å få et godt forhold til sin egen kropp og seksualitet, starte arbeidet tidlig. Seksualiteten starter ikke i puberteten, men lenge før – det er derfor viktig med et godt samarbeid mellom barnehabilitering og voksenhabilitering. Mange problemer kan forebygges med tidlig innsats.

Fagnettverket i spesialisthelsetjenesten, har gjennom 20 år erfart at det må satses på faget SEXOLOGI I ALLE GRUNNUTDANNINGER INNENFOR HELSE OG SOSIAL SAMT MEDISIN OG PSYKOLOGIFAGENE I NORGE. BØR OGSÅ KOMME INN I LÆRERHØYSKOLEUTDANNINGENE/FØRSKOLELÆRERUTDANNINGENE.

En av flere forutsetninger for at en skal kunne forebygge seksuelle overgrep, styrke seksuell autonomi, imøtekomme ulike seksuelle variasjoner, arbeide med identitetsutfordringer, seksuell orientering m.m. er at helsearbeidere har etablert en grunnleggende sexologfaglig kompetanse.

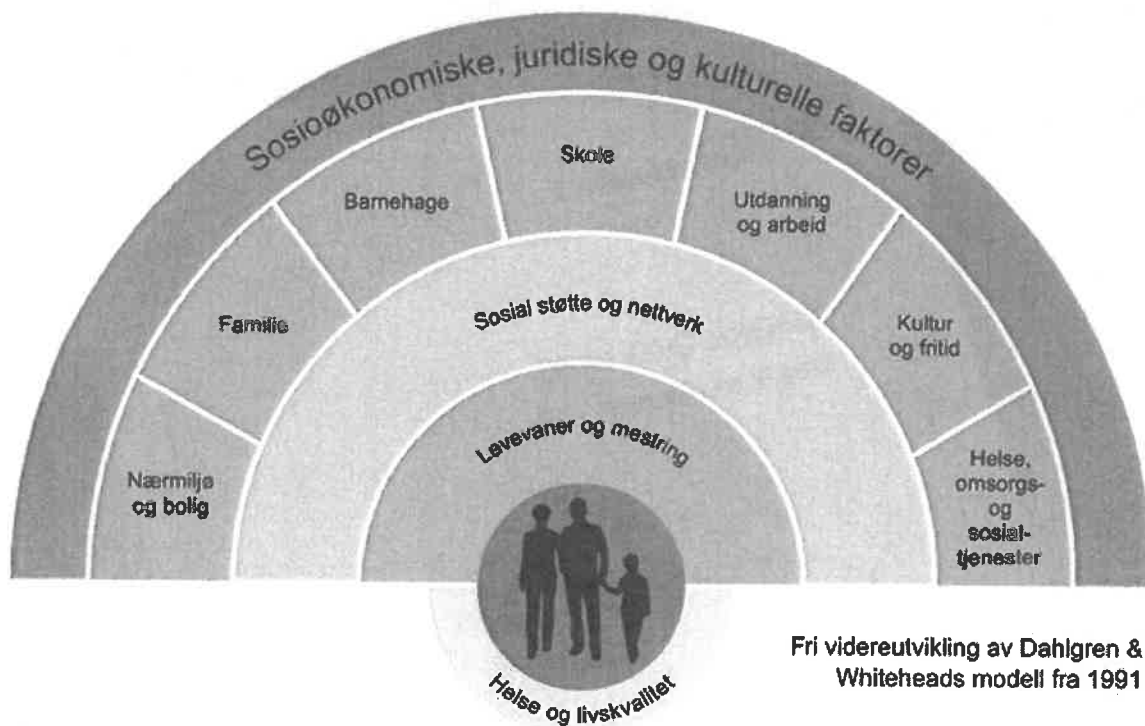
Grunnleggende kompetanse innenfor faget sexologi har vært svært mangelfull til nå. Det har vært opp til den enkelte høyskole og vurdere grad av innhold, praktisk og metodisk implementering, samt gjennomføring på et helse og sosialfaglig høyskole og universitetsnivå. Vi i NFSS ønsker og bidra til en endring på dette.

Vi i NFSS ønsker at faget sexologi skal inn på **samtlige grunnutdanningers læreplaner/fagplaner på høyskole og universitet**. Dette vil kunne skape et faglig fundament for fremtidens helse og sosialarbeidere. Dette kan skape den tryggheten som skal til for at en bringer gode og trygge pasient forløp, utvikler behandlingstilbud både innad i spesialisthelsetjenestene, men også være med på å bringe nødvendig sexologfaglig kompetanse inn i kommunehelsetjenestene i Norge.

Vi må omgjøre, og gjennomføre, meldingen «Snakk om det» til praktisk handling.

HØRINGSUTTAELSE OM FORSLAG TIL NASJONALE RETNINGSLINJER FOR HELSE- OG
SOSIALFAGUTDANNINGER.





Funksjonshemming og seksuell helse A)

Tjenesteutvikling:

En forståelse i helse- og omsorgstjenesten for koblingen mellom seksuell helse og generell helse der en gir kunnskap til profesjonene.

Temaet ønskes inn, faget ønskes inn, ved behandling, ved kroniske tilstander. Dette vet vi pr. i dag. Vi vet også at funksjonshemmede, særlig gruppen psykisk utviklingshemmede, personer med ulike syndromer, autismespektervanskene m.fl. er en svært sårbar gruppe mennesker. (de er tre ganger høyere overgrepsutsatt enn den vanlige befolkningen i Norge) En stor og lite homogen gruppe. Det er naturlig nok store variasjoner her, men alle studenter som gjennomfører en høyskoleutdanning i Norge må ha kompetanse til å kunne møte denne gruppen mennesker. Forståelsesvanskene gjør det også vanskelig for mennesker med utviklingshemming å skulle lære gjennom erfaringer, skaffe seg sosial kompetanse, skaffe seg venner, kjærester, familie, barn osv. De er avhengige av tilrettelegging og støtte fra samfunnets side.

Vi vet at seksuell dysfunksjon er en vanlige følgetilstand ved sykdom.

Kronikere, MS, nevromuskulære sykdommer, CP, hjerneslag, noen former for cancer, kroniske smertepasienter for å nevne flere grupper, alle disse gruppene har behov for et sømløst behandlingstilbud, der også seksuell helse skal følges opp. Behandlingstilbudet er hele tiden under utvikling, de som skal være med å bidra til at helsetilbudet blir bedre er fremtidens helse og sosialarbeidere.

HØRINGSUTTALELSE OM FORSLAG TIL NASJONALE RETNINGSLINJER FOR HELSE- OG SOSIALFAGUTDANNINGER.

Samfunnet vårt er i endring, hele tiden. Kunnskap som gjenspeiler utfordringene til den norske befolkning, de ulike målgruppene må belyses. Det må undervises i dette, og etter våre vurderinger, NFSS s vurderinger, må denne kompetansen belyses i grunnutdanningene.

Funksjonshemming og seksuell helse B)

Seksualundervisning: En rettighet for mennesker med utviklingshemming.

En ekstra viktig dimensjon, som ved tilrettelegging og spesial pedagogisk opplæring, på individnivå, gir større selvfølelse, styrking av egen seksuell autonomi, samt sosial kompetanse. Ivaretagelse av seg selv, grenser og grensesettinger er utrolig viktige dimensjoner her.

Det er utviklet mye godt pedagogisk materiale i Norge og i Norden i dag. Dette materialet må gjøres kjent og tas i bruk.

NFSS anbefalinger er:

Pedagogiske tiltak, opplæringsmateriell som allerede er utviklet (gjennom 20 år) må implementeres som et krav.

«Retningslinjer», «Veiledere» utarbeidet fra Buf direktoratet er godt kjent for noen.

Målsettingen må være at dette skal inn i alle grunnutdanningene i Norge.

LES:

<https://www.bufdir.no/Bibliotek/Sokeside/?q=vern+mot+overgrep+lettelest&num=25&start=0>

Nettsiden til NFSS:

LES:

<http://www.nfss.no/>

Eksempler på pedagogisk materiale som kan benyttes:

LES:

<http://helsekompetanse.no/kurs/kropp-identitet-og-seksualitet>



E - læringsprogram er utviklet og utvikles stadig. Et godt eksempel her er nettsiden til helsekompetanse.no

LES: Nettsiden: <http://helsekompetanse.no/katalog?search=kropp>

Hensikten:

Gi ungdommer med forståelsesvansker veiledning og tilrettelagt opplæring omkring temaene kropp, identitet og seksualitet. Målsettingen er å bidra til at flere får oppfylt sin rett til opplæring på eget nivå, ut fra egne forutsetninger. Kurset skal bidra til at målgruppen utvikler en bedre identitet og et positivt og bra seksualliv, samt til at overgrep og uønskede svangerskap forhindres.

LES:

<http://www.samordningsradet.no/index.cfm?pArticleId=54994&pArticleCollectionId=4205>

NOU 2016:17 «På lik linje»

- Regjeringens strategi og handlingsplan for personer med funksjonsnedsettelse
- Ny stortingsmelding om utviklingshemmede

Denne NOUen må inn i alle grunnutdanninger: ikke bare for Vernepleiere, men også Fysioterapiutdanningen, Sosionomutdanningen, Ergoterapeututdanningen m.fl.

Samtlige av disse utdanningsinstitusjonene bør gi kunnskap om mennesker med utviklingshemming generelt, men også med tanke på styrking av utviklingshemmedes autonomi vedrørende seksualitet spesielt.

HØRINGSUTTALELSE OM FORSLAG TIL NASJONALE RETNINGSLINJER FOR HELSE- OG SOSIALFAGUTDANNINGER.

Muligheter for videreutdanninger:

Ser en på for eksempel Vernepleieres muligheter for videreutdanninger,

LES: <https://vernepleier.no/vernepleier/masterstudier/>

Her er ikke sexologistudiene ved universitet i Agder nevnt med et ord. Dette studietilbudet er et tilbud for alle som har en helse og sosialfaglig grunnutdanning, samt relevant yrkespraksis.

LES: <https://www.uia.no/studieplaner/programme/SEX60D>

Sitat fra nettsiden til Universitet i Agder: «Yrkesmuligheter og videre utdanning

Studiet gir kvalifikasjonen sexologisk rådgiver. Disse tilsvare kravene til autorisasjon fra Nordic Association for Clinical Sexology (NACS). Kandidatene må selv søke slik godkjenning.

De teoretiske kunnskapene kvalifiserer for videre påbygging til klinisk sexolog.

Det forventes at kandidatene etter endt utdanning kan drive sexologisk rådgivning innenfor sine respektive profesjonsområder.

Det etableres etter hvert egne stillinger for sexologiske rådgivere.»

Anbefalinger:

NFSS anbefaler at en styrker sexologiopplæringen i **samtlige** helse og sosialfaglige grunnutdanninger i Norge.

Sexologifaget bør være en mulig fagutvikling for flere universitet i Norge.



Kunnskapsdepartementet
Helse- og omsorgsdepartementet

30.07.18

Innspill til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanning

Generelt

Det er så vidt vi kan se lagt opp til en felles mal for retningslinjene, men i selve teksten avviker dette ganske mye fra utdanning til utdanning. Vi stusser over språkbruken på noen av utdanningene, og merker oss spesielt at ergoterapiutdanningen slår fast at man ønsker å utdanne til samfunnets behov, og ikke utdanne personer med en viss kompetanse, slik de andre utdanningene tar sikte på. Vi mener at det burde være en felles språkbruk når det gjelder å utdanne helse- og sosialfaglig personell.

Alle helse- og sosialfagutdanningene bør ha med alder som ett av flere kriterier når det gjelder inkludering også når det gjelder alder. I tillegg bør også alle helsefagutdanningene kjenne til hovedtrekkene innenfor norsk helse- og sosialpolitikk og prioriteringer i helsetjenesten. Vi finner dette kun i retningslinjene for sykepleierutdanningen.

Det mangler definisjoner på en rekke begreper, og det savner vi.
Hva er Helse? Brukermedvirkning? Hva er «sosiale problemer»? osv.
Vi kunne også ønsket oss en bedre samordning av oppsettet for utdanningene.

Pensjonistforbundet avgir ikke innspill på Questback, men sender inn dette dokumentet istedenfor der vi tar opp enkelte emner som vi er spesielt opptatt av å få inn i alle helse- og sosialfagutdanningene. Pensjonistforbundet ønsker at helse- og sosialtjenestene skal bli mer brukerorientert, pasientenes behov skal være styrende. Spørsmålet «Hva er viktigst for deg?» gjør at helse- og sosialtjenesten må ha fokus på pasientens først. Ny brukerrolle vil endre måten vi jobber på der pasienten er og blir mer delaktig i å utforme sitt eget helsetjenestetilbud sammen med helse- og sosialtjenesten.

Vi har valgt å gi innspill på sykepleier-, ergoterapeut- fysioterapeut- og vernepleierutdanningene.

Postadresse:

Pb. 6714 St. Olavs pl.
0130 Oslo

Besøksadresse:

Hammersborggt. 12
Inngang Torggata

pf@pensjonistforbundet.no
www.pensjonistforbundet.no

Telefon: 22 34 87 70
Faks: 22 34 87 83

Bankgiro: 9001.05.50202
Org.nr.: 970 323 910



Kompetansekrav.

Pensjonistforbundet vil understreke betydningen av tilstrekkelig kompetanse på følgende områder i tillegg til det som allerede ligger i utdanningene pr. i dag.

1. God geriatrisk kompetanse; aldersprosessen og geriatri
2. God kunnskap om munnhelse
3. Brukermedvirkning, involvering og brukerens rolle i helse- og omsorgstjenestene
4. Pasientsikkerhet og forebygging av vold og overgrep i helse- og omsorgstjenestene
5. Kunnskap om velferdsteknologi og brukerens rolle

1. Kompetansekrav geriatri og aldersprosessen

Pensjonistforbundet vil understreke behovet for at følgende utdannelser: sykepleier-, fysioterapeut-, ergoterapeut- og vernepleierutdannelsene har tilstrekkelig kunnskap om aldersprosessen, sansetap, munnhelse hos eldre og geriatriske sykdommer.

Alle disse utdannelsene yter omfattende pleie, omsorg og støtte til eldre pasienter. Vi vet at levealderen øker og vi får flere eldre. Det blir også flere som lever med flere kroniske sykdommer. Over halvparten av de som mottar helse- og omsorgstjenester eller som mottar helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten er eldre over 67 år.

Oppsummering Geriatri

Det er viktig at helse- og sosialfagutdanningene bygger på god geriatrisk kompetanse og ferdigheter til å møte eldre som mottar helse- og sosialtjenester.

2. Kompetansekrav munnhelse:

Hva som ligger i disse tre utdannelsene når det gjelder kunnskap om munnhelse, antall timer undervisning, om det er obligatorisk og om studentene kan få spørsmål til eksamen, er ukjent for oss. Vi vet at sykepleierutdannelsen har en del undervisning om munnhelse, men vi tror ikke at alle undervisningsstedene har eksamensspørsmål i dette emnet. Dette er nødvendig for å få studentene til å prioritere undervisningen og også sette seg grundig inn i stoffet.

Vedr. sykepleier utdannelsen:

Undervisning om munnhelse må være obligatorisk, eksamensbasert og må gis av kompetent tannhelsepersonell. Studentene må kjenne til de vanligste sykdommene i munnhulen og kunne skille mellom god og dårlig munnhelse. De må også lære hvordan man utfører munnstell på syke pasienter som har redusert egenomsorg. Kunnskap om hjelpemidler til munnstell og diverse munnpleiemidler /profylaksemidler er nødvendig. I praksisperioden må undersøkelse av munn og munnstell være en selvfølgelig del av pasientpleien. Spesielt viktig at dette inngår i rutinene ved hjemmesykepleie, i sykehjem eller omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg. Det er viktig at man har fått forståelse gjennom studiet at «*munnen er en del av kroppen*».



Vedr. vernepleier utdanningen:

Vernepleiere jobber med både unge og eldre med funksjonsnedsettelse. Pleieprosedyrer er en viktig del av deres kompetanse. Derfor må også vernepleiere få generell kunnskap i munnhelse, hvordan man oppnår / vedlikeholder god munn og tannhelse, hvordan man utfører daglig munnstell, kunnskap om hjelpemidler og kjennskap til profylakseprodukter som fremmer god munn og tannhelse. Undervisningen om munnhelse må likestilles med kunnskap om kroppen ellers.

Vedr. Ergoterapeut utdanningen:

Ergoterapeutene er viktig i prosessen når det gjelder å vurdere hjemmesykepleiepasientenes funksjon i dagliglivet. ADL er et nødvendig verktøy i denne vurderingen. I utdannelsen er det derfor viktig at ergoterapeutene også har et fokus på munnhelse. De bør ha opplæring i hvordan tannpuss skal utføres på andre, kjenne til hjelpemidler for godt munnstell og profylaksemidler som fremmer en god munnhelse. Når ergoterapeuter er med for å utrede pasientens funksjonsnivå, må man også undersøke hvordan pasienten klarer å håndtere sitt daglige munnstell. Fokus på munnhelse må inngå i praksisperioden.

Oppsummering vedr. munnhelse

Det er nødvendig at ergoterapeut, vernepleiere og sykepleier har både kunnskap og ferdigheter når det gjelder munnhelse. Det må i tillegg til undervisningen også være eksamensspørsmål i dette tema.

3. kompetanse brukarmedvirkning

Forskriften beskriver et overordnet felles læringsutbytte der viktige punkter er:

- Identifisering, refleksjon og håndtering av etiske problemstillinger
- Ha kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering uavhengig av blant annet alder
- Ha relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse for å forstå og samhandle med brukere, pasienter og pårørende.

I den enkelte retningslinje for utdanningene som er aktuelle for Pensjonistforbundets brukergruppe, er læringsutbytte mer konkretisert, men fortsatt på et overordnet nivå. Med dette som utgangspunkt og at institusjonene skal konkretisere læringsutbytte lokalt, kan resultatet bli at brukerperspektivet vektlegges ulikt.

Samhandling med brukere, pasienter og pårørende er imidlertid så tydelig understreket i forskriften, og det neppe kan oversees verken faglig eller i praksis. Vi støtter derfor forslagene til retningslinjer for sykepleier, ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Vi viser til ulike formuleringer i retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene.

Sykepleierutdanning

I formålet vektlegges det grunnleggende for profesjonsutøvelsen som å ha respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet, utviklingen av gode kommunikasjons- og samhandlingsevner og viktigheten av å bidra inn i tverrfaglig samarbeid rundt pasient



og pårørende. Under punktet om faglig ledelse og tjenesteutvikling nevnes nødvendigheten av å ha kunnskap om pasientrettigheter og metoder for samvalg. Det omfatter å kunne planlegge og gjennomføre tverrfaglig samarbeid og å lede pasienter og pårørende gjennom pasientforløp.

Under punktet om innovasjon, helseteknologi og digital kompetanse nevnes det å ha innsikt i bruk av teknologiske verktøy som styrker pasienters og pårørendes mestring og medvirkning.

Fysioterapeututdanning

Habilitering, rehabilitering og samhandling er et eget punkt og når det gjelder ferdigheter heter det: «Kan anvende relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse til å forstå og samhandle med brukere, pasienter og pårørende som er i læring-, mestrings- og endringsprosesser. ... Kan anvende relevant kunnskap for å ivareta barn, unge og eldres behov for behandling og/eller tjenester og sikre deres medvirkning og rettigheter.»

Som generell kompetanse nevnes planlegging og gjennomføring av habiliterings-/rehabiliteringsprosesser i samarbeid med pasienter, pårørende og andre helseaktører samt å kjenne til viktigheten av bruker- og pårørendekunnskap.

Under samfunn og politikk vektlegges det å ha kunnskap om modeller for pasientforløp og brukerens behov for koordinerte tjenester.

Ergoterapeututdanning

Også i denne retningslinjen understrekes kompetanse til å møte personer som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser.

Under rettigheter, inkludering og samhandling vektlegges det å anvende personens og pårørendes erfaringskompetanse i terapeutisk samhandling og evnen til å planlegge og gjennomføre prosesser i samarbeid med pasient, pårørende og andre aktører.

Oppsummering vedr. brukermedvirkning

Brukermedvirkning er ivarettatt i flere av helse- og sosialutdanningene på ulike måter og med ulike tilnærminger. Bør ikke dette formuleres på lik måte i alle helsefaglig utdanningene?

4. Forebygging av vold, overgrep og forsømmelser

Utsatthet for vold og overgrep gjelder for alle aldre, men vi har valgt å fokusere på den eldre delen av befolkningen fordi vi tror at det er denne aldersgruppen det har vært minst oppmerksomhet på mht problematikken.

Både hjemmeboende eldre og eldre i institusjoner utsettes for vold og overgrep fra nærstående personer og personer de er i et tillitsforhold til. Det er dessverre liten kunnskap om dette blant helse- og sosialpersonell og det gjør at eldre lider unødig, fordi en ikke får forhindre eller stoppet volden. Nasjonale føringer gjennom

Opptappingsplan mot vold og overgrep tilsier at det skal vies mer oppmerksomhet rundt problematikken og på forebygging og avdekking av vold og overgrep mot eldre.



I 2017 ble det vedtatt en ny bestemmelse i Helse- og omsorgstjenestelovens (2011) § 3-3a: «*Kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep*» som lyder: «Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep». Det er viktig og nødvendig at kommunenes ansvar tydeliggjøres på denne måten. Men det er fortsatt et stort behov for kunnskaper og økt oppmerksomhet mot at eldre mottakere av omsorgstjenester kan utsettes for vold, overgrep, krenkelser og forsømmelser.

Vi har gransket retningslinjene med tanke på å finne hva som står om tematikken og vi ser at dette er svært ulikt behandlet. Noen har dette kun som kunnskapsmål (ergo, vernepleie, sykepleie), mens andre (fysio, radiograf og sosionom) har dette også som ferdighetsmål. Vi merker oss også at sykepleie har «kjenner til» i stedet for kunnskap om, som de andre utdanningene har. Vi opplever at «å kjenne til» er mindre forpliktende enn å «ha kunnskap om» og vi foreslår at sykepleierne endrer dette.

Vi viser til ulike formuleringer i retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene.

Ergoterapeututdanningen:

Har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer.

Fysioterapeututdanningen:

Har bred kunnskap om sosiale og helsemessige problemer, inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus og sosioøkonomiske problemer.

Kan anvende relevant kunnskap for å identifisere og følge opp mennesker som er utsatt for omsorgssvikt, vold og overgrep, og henvise videre ved behov.

Radiografutdanningen:

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 videre ved behov.

Sosionomutdanningen:

Har kunnskap om vold, fysiske, psykiske og seksuelle overgrep.

Kan gjenkjenne symptomer på vold og overgrep og kan avdekke og sette inn tiltak som lindrer og reduserer konsekvensene av svikt overfor barn og voksne i alle aldre.

Kan arbeide metodisk og tverrfaglig i møte med mennesker som utøver og utsettes for vold og overgrep

Sykepleieutdanningen: 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.

Vernepleie:

Har kunnskap om hvordan sosial ulikhet og sosiale problemer som omsorgssvikt, vold, overgrep, mobbing, rus- og sosioøkonomiske problemer påvirker helse, levekår og livskvalitet.

Oppsummering vedr. vold og overgrep

Pensjonistforbundet er mest fornøyd med formuleringene til sosionomutdanningen på dette området og anbefaler at de andre utdanningene følger opp med samme formulering slik at dette viktige problemområdet får den plass som er nødvendig i alle helse- og sosialfagutdanningene. Tematikken vold og overgrep må inn i retningslinjene både som kunnskapsmål og ferdighetsmål, og følges opp med tilstrekkelig undervisning slik at ansatte i helse- og sosialtjenestene har den nødvendige kompetansen.

5. Velferdsteknologi

Pensjonistforbundet støtter at hovedløsningene kan være digitale i offentlig forvaltning, helsevesen og kommersielle virksomheter. Men de som ikke er digitale skal ikke bli diskriminert dvs. få dårligere tjenester eller ekstra kostnad.

Forskning viser at det i mange år framover vil være personer som ikke kan tilegne seg digital kompetanse, eller mister denne som følge av sykdom eller ulykke. Å vite at samfunnet tilrettelegger og ivaretar de som ikke er digitale betyr at du kan eldes trygt.

Flere og flere kommuner ønsker å ta i bruk velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Det er derfor viktig at bruk av velferdsteknologi gir nytteverdi for både brukerne, pårørende og helsepersonell.

Kompetanse – velferdsteknologi

Sykepleierutdanningen

Kjenner til og *kunne bruke* relevant teknologisk verktøy og innovative løsninger i helsetjenesten.

Kan reflektere etisk og juridisk over bruk av teknologiske verktøy og sosiale medier
Ta i bruk velferdsteknologi i samsvar med brukernes behov og ønsker. Bidra til god brukerstøtte og veiledning til pasienter og pårørende.

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

Oppsummering vedr. velferdsteknologi

Pensjonistforbundet ser stor ulikhet når det innhold i retningslinjene for de ulike helsepersonellfagutdanningene når det gjelder krav til den digitale kompetansen. Vi støtter formuleringene i retningslinjene når det gjelder digital kompetanse som er foreslått i sykepleierutdanningen. Det er spesielt viktig at bruk av teknologiske verktøy



skal styrke pasient og pårørendes mestring og medvirkning. Vi mener at det vi har fremhevet i kursiv bør komme i tillegg det som står i retningslinjene i sykepleier-utdanningen og at også ergoterapeutene, og vernepleierne bør få dette inn i sine retningslinjer.

Konklusjon

Det er nødvendig at helse og sosialfagutdanningene bygger på god geriatrisk kompetanse og ferdigheter til å møte eldre som mottar helse- og sosialtjenester. Brukermedvirkning er ivarettatt i flere av helse- og sosialutdanningene på ulike måter og med ulike tilnærminger. Bør ikke dette formuleres på lik måte i alle helsefaglig utdanningene?

Det er nødvendig at ergoterapeut, vernepleiere og sykepleier har både kunnskap og ferdigheter når det gjelder munnhelse for eldre. Det må i tillegg til undervisningen også være eksamensspørsmål i dette tema.

Tematikken vold og overgrep må inn i retningslinjene både som kunnskapsmål og ferdighetsmål, og følges opp med tilstrekkelig undervisning sli at ansatte i helse- og sosialtjenesten har den nødvendige kunnskapen.

Det er spesielt viktig at bruk av teknologiske verktøy skal styrke pasient og pårørendes mestring og medvirkning. Helse- og sosialpersonell må bidra til god brukerstøtte og veiledning på dette området.

Vennlig hilsen
For Pensjonistforbundet

Harald Olimb Norman
Generalsekretær


Anne Hanshus
seniorrådgiver



Norsk studentorganisasjon

Holbergs gate 1 / 0166

Oslo

T: 22 04 49 70

E: nso@student.no

W: www.student.no

Høringsuttalelse

NSOs arbeid med programgruppene for utarbeiding av retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)

Dato: 30.07.2018

Høringsuttalelse RETHOS

Norsk studentorganisasjon (NSO) ønsker å takke Kunnskapsdepartementet for muligheten til å komme med innspill til retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger. Overordnet sett er det gjort et stort og grundig arbeid av komiteene. Det videre høringssvaret konsentrerer seg derfor om de utfordrende aspektene ved de foreslåtte retningslinjene. Summen av de foreslåtte retningslinjene er svært omfattende. Derfor vil høringssvaret i hovedsak befatte seg med overordnede og tverrgående problemstillinger knyttet til retningslinjene.

Forholdet mellom Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk og retningslinjene

NSO mener det er viktig at forholdet mellom de foreslåtte retningslinjene og Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk er godt. Det er viktig for NSO at retningslinjene skal supplere NKR, slik at man får et logisk oppbygd rammeverk som regelverk og retningslinjer som studieprogrammene må forholde seg til. Dette må ha konsekvenser for detaljeringsgraden i retningslinjene. NKR skal være mer overordnet enn retningslinjene, og retningslinjene må utdype målene som settes i NKR.

NSO er bekymret for at måten noen av de foreslåtte retningslinjene er utformet på bidrar til forvirring mellom de ulike virkemidlene. Flere av de foreslåtte retningslinjene er etter NSOs synspunkt overlappende med NKR. Det må være et mål om at retningslinjene skal utdype målene i NKR.

Dette gjelder disse punktene i retningslinjene:

I retningslinjen for ergoterapiutdanningen

Punkt 1 under VIII Innovasjon, kvalitetssikring og ledelse:

«Har kunnskap om ledelse, prosjektarbeid, utviklings- og innovasjonsprosesser». Her er innovasjonsprosesser dekket av «generell kompetanse» på bachelor.

I retningslinjen for bioingeniørutdanningen

«15. Kjenner til forsknings- og utviklingsarbeid innenfor bioingeniørens fagområde». Dette står i NKR under «kunnskap» på bachelornivå.

I retningslinjen for barnevernpedagogutdanningen

«18. Har kjennskap til nytenkning og innovasjonsprosesser». Dette punktet er direkte kopiert fra NKR under «generell kompetanse» på bachelornivå.

«1. Kan reflektere over egen fagutøvelse.» Dette punktet er likelydende med ferdighetsmål på bachelornivå i NKR. I målformuleringen til NKR er det i tillegg lagt til en presisering om at studenten må kunne justere sin faglige utøvelse under veiledning som er fjernet i retningslinjene. Dette gjør at punktet i retningslinjen er mer overordnet enn i NKR.

I retningslinjen for sykepleierutdanningen

«1. Har innsikt i yrkesetiske retningslinjer i profesjons- og tjenesteutøvelse». I NKR er et av målene «har innsikt i relevante fag- og yrkesetiske problemstillinger». Selv om formuleringen ikke er den samme er det vanskelig å se hva slags forskjeller utdypingen i retningslinjen i praksis vil gi.

I retningslinjen for radiograf-utdanningen

«2. Kjenner til forsknings og utviklingsarbeid innenfor fagfeltet». Dette står i NKR under «kunnskap» på bachelornivå.

Omfang og detaljeringsgrad i og på tvers av retningslinjene

De forskjellige retningslinjene er svært forskjellig når det kommer til omfang av læringsutbyttebeskrivelser (LUB). Som beskrevet ovenfor er en del av retningslinjene for overordnede til at det er lite hensiktsmessig at de vedtas inn som retningslinjer, kan noen av retningslinjene av en slik detaljeringsgrad at utdanningsinstitusjonene får svært lite fleksibilitet i utformingen av studieplaner og emnebeskrivelser. Dette kan særlig bli et problem hvis retningslinjene forskriftsfestes, og slikt sett blir vanskelige å justere på et senere tidspunkt.

Omfanget av punkter i retningslinjene varierer også i retningslinjene. I forslaget til retningslinjer i vernepleierutdanningen er det for eksempel fremmet 76 enkeltstående LUBer. Til sammenligning har bioingeniørutdanningen 38 LUBer. Det bør ikke være et mål om at alle retningslinjene skal ha nøyaktig antallet LUBer. Antall LUBer sier imidlertid noe om hvor mange temaer studentene skal igjennom i løpet av en grad, og hvis dette skal omsettes i tidsbruk per LUB, så bør man diskutere om for mange LUBer kan forringe kvaliteten på studieprogrammet og føre til for lav grad av faglig frihet.

Minoriteters rettigheter

NSO mener det er svært viktig at man ivaretar rettighetene til alle minoritetsgrupper i samfunnet. NSO er bekymret for at en spesiell vektlegging av én gruppe fører til mindre fokus på andre grupper i samfunnet som er avhengig av å møte en helsetjeneste som har forståelse for deres situasjon som minoriteter. Når disse retningslinjene skal omsettes i konkrete studieplaner er NSO bekymret for at nåværende fokus i retningslinjene vil medføre mindre fokus på andre minoriteters problemstillinger.



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 spiker 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 veilederens 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 veilederens 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 høyskoleansattes 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 vektning 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

01.08.2018

Kunnskapsdepartementet
postmottak@kd.dep.no

Høring Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger - (RETHOS)

Innspill fra Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet

Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF) arbeider for at fagområdet klinisk ernæring integreres i norsk helsearbeid, og for å sikre befolkningen nødvendig, likeverdig og god klinisk ernæringsfaglig tjeneste og behandling. Foreningen jobber for at utdanningen av kliniske ernæringsfysiologer samsvarer med samfunnets og pasientenes behov for trygge, sikre og effektfulle ernæringstjenester av høy kvalitet.

KEFF takker for muligheten til å komme med innspill til denne høringen. Departementet ber særlig om vurdering av hvorvidt innholdet i retningslinjene er i tråd med tjenestenes og brukernes behov. Videre ønskes innspill vedrørende omfang og gjennomførbarhet innenfor rammen av bachelorutdanning, og om noe mangler eller bør utgå i retningslinjen. Det er KEFFs vurdering at behovet for kompetanse innen kosthold og ernæring ikke i tilstrekkelig grad reflekteres i de nasjonale retningslinjene som er til høring. Vi har på bakgrunn av dette følgende innspill:

Behov for kompetanse om ernæring og om klinisk ernæringsfysiolog

En rekke offentlige styringsdokumenter har beskrevet mangel på kvalitet i ernæringsarbeidet i helse- og sosialtjenesten, behov for flere kliniske ernæringsfysiologer og behov for økt ernæringskompetanse blant øvrig personell. Dette fremkommer blant annet i regjeringens Handlingsplan for bedre kosthold, kvalitetsreformen Leve hele livet og i myndighetenes arbeid med å forebygge de ikke-smittsomme sykdommene. Det er satt fokus på utfordringer knyttet til ernæring blant mennesker som har psykiske lidelser eller rusproblematikk og blant mennesker med utviklingshemming (1).

Mange nasjonale faglige retningslinjer og veiledere omhandler ernæringsaspekter ved forebygging, utredning og behandling av sykdom. Vi vil i denne sammenheng særlig trekke frem Helsedirektoratets kostråd, herunder det vitenskapelige grunnlaget for disse, nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av de ulike ikke-smittsomme sykdommene, nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring og Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har publisert flere utredninger om ernæringskompetanse i helsetjenesten, herunder nylig rapport om Ernæringskompetanse blant nøkkelpersonell, som ble lansert i

mars 2017 (2,3). Ulike helsepersonellgrupper vil med bakgrunn i sin fag-/yrkesbakgrunn skulle ivareta ulike oppgaver innen ernæringsarbeidet i helsetjenestene. Helsedirektoratet har også publisert anbefalinger knyttet til fordeling av ansvar og oppgaver mellom helsepersonell for å ivareta god ernæringspraksis i helsetjenestene (4). Her fremkommer blant annet at:

"Grunnleggende kartlegging av ernæringsstatus/-tilstand og iverksettelse av mer basale ernæringstiltak skjer (oftest) i samarbeid mellom lege og sykepleier. Lege har ansvar for å innhente bistand fra annet kvalifisert personell, og samarbeide og samhandle med dem dersom pasientens behov tilsier det. Legen bør samarbeide med klinisk ernæringsfysiolog når pasientens ernæringstilstand eller sykdom er av slik art at det er behov for mer avansert ernæringsfaglig utredning, diagnostisering eller ernæringsbehandling av mer sammensatt karakter".

Videre at: "Sykepleier har også en viktig rolle i å tilby helsefremmende veiledning og opplæring av pasientene, herunder veiledning og opplæring innen kosthold og ernæring. Observasjon av væske- og ernæringstilstand hos pasienter, uavhengig av type helseproblem eller behandling, er en viktig del av sykepleietjenestens oppgaver, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Sykepleieren har ansvar for å sørge for at pasienten får tilstrekkelig mat og drikke som er tilpasset pasientens behov og ønsker. Sykepleieren har ansvar for ernæringskartleggingen, eventuelt for å utarbeide en ernæringsplan, og har sammen med annet pleiepersonell ansvar for å sørge for å følge opp tiltak i planen. Sykepleieren har på samme måte som legen ansvar for å innhente bistand fra og samarbeide med annet kvalifisert personell ved behov. Sykepleieren vil ofte ha som oppgave å følge opp ernæringsbehandlingen og sørge for at pasienten både er tilstrekkelig informert og har forståelse for sin situasjon, så langt det er mulig".

Rapporten beskriver også kortfattet øvrige helsepersonellgrupper slik som fysio- og ergoterapeuter, som blant annet "kan bidra i innledende kartlegging av ernæringsstatus for eksempel gjennom kartlegging av vekt, styrke og funksjon relatert til ernæringsstatus". Sosialfaglig personell, slik som vernepleier, barnevernspedagog og eventuelt sosionom må på samme måte forventes å ha grunnleggende kunnskap om kosthold og ernæring i møte med sine pasienter og brukere.

Mangelfull tilgang på et offentlig klinisk ernæringsfaglig tilbud står i sterk kontrast til befolkningens tilgang på råd fra lekfolk og oppslag i dagspresse, for eksempel omtale av såkalte motedietter. Knappt noe annet fagfelt er så til de grader gjenstand for synsing, personlige preferanser og påstander uten forankring i evidensbasert vitenskap. Grupper som arbeider med helseopplysning uten tilstrekkelig kompetanse og innspill fra fagfolk med spesiell kompetanse, kan videreføre misforståelser uten at det korrigeres eller kvalitetssikres. Det er derfor spesielt viktig at alle grupper helse- og sosialfaglig personell er kjent med offentlige anbefalinger og bakgrunnen for disse.

Kliniske ernæringsfysiologer er den eneste autoriserte helsepersonellgruppen i Norge med spesialkompetanse på medisinsk ernæringsbehandling. Som klinisk ernæringsfysiolog har man et særlig ansvar for ernæringsbehandling av pasienter. Yrkesgruppen utøver medisinsk ernæringsbehandling av personer med svært ulike sykdommer og tilstander knyttet til ernæring og kosthold. En del av jobben kan også være å forebygge sykdommer gjennom opplysningsarbeid (5). At klinisk ernæringsfysiolog er blitt involvert (i tide) i ernæringsbehandling, blir vektlagt av Helsetilsynet i tilsyn, der de vurderer om tjenesten er i henhold til krav.

Innspill til retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

KEFF foreslår at de aktuelle helse- og sosialfagutdanningene omfatter læringsmål knyttet til kosthold og ernæring som omfatter:

1. Ha kunnskap om Helsedirektoratets kostråd og om det vitenskapelige grunnlaget for disse.
2. Ha kunnskap om betydning av underernæring, feilernæring og andre ernæringsutfordringer relatert til medisinsk behandling og prognose.
3. Kjenne til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, samt øvrige relevante retningslinjer og veiledere, herunder Kosthåndboken
4. Ha kompetanse til å kunne avdekke ernæringsmessig risiko (under- og/eller feil- og overernæring)
5. Kunne initiere/iverksette (eventuelt henviser videre for) grunnleggende ernæringsbehandling for å forebygge og behandle under- og/eller feil- og overernæring.
6. Ha kunnskap om yrkesgruppen kliniske ernæringsfysiologer, dennes kompetanse og kunne vurdere når klinisk ernæringsfysiolog skal involveres i oppfølging og behandling av pasienten.

Ta gjerne kontakt med KEFF ved behov for mer utfyllende informasjon.

Med vennlig hilsen

Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF)

Mandeep Kaur Bains
Leder

Kilder:

1. <https://tidsskriftet.no/2018/01/debatt/retten-til-et-helsefremmende-kosthold-personer-med-utviklingshemning>
2. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1290/Kompetansebehov%20inne%20ern%C3%A6ring%20hos%20n%C3%B8kkelgrupper%20IS-2592.pdf>
3. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/ernæringskompetanse-i-helse-og-omsorgstjenesten>
4. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernæring/ernæringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernæringspraksis#ansvar-for-ernæringsarbeidet-i-helse-og-omsorgstjenesten>
5. <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/autorisasjon-og-lisens/klinisk-ernæringsfysiolog#-om-utdanning-som-klinisk-ernæringsfysiolog>

Kunnskapsdepartementet (2)
Postboks 8119 DEP
0032 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 18/594-2
Saksbehandler: Jon-Torgeir Lunke
Dato: 29.07.2018

Om forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger - Høringssvar fra Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse viser til høringsbrev fra Kunnskapsdepartementet datert 17. april 2018, med svarfrist 1. august 2018.

Direktoratet for e-helse gir en samlet høringsuttalelse som angår teknologi og digitalisering for alle fagene.

Vårt høringssvar er vedlagt brevet. Vi håper at innspillene kan bidra til utvikling av retningslinjene.

Vennlig hilsen

Karl Stener Vestli e.f.
divisjonsdirektør

Robert Nystuen
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

Direktoratet for e-helse

E-helse Avdeling Utredning og strategi

Jon-Torgeir Lunke, tlf.: 46811904

Postboks 221 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Verkstedveien 1 • Tlf.: 21 49 50 70

Org.nr.: 915 933 149 • postmottak@ehelse.no • www.ehelse.no

Høringsuttalelse

Om forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

Høringsbrev og – notat fra Kunnskapsdepartementet datert 17.04.2018

Frist: 01.08.2018¹

Direktoratet for e-helse viser til Kunnskapsdepartementets forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene.² Kunnskapsdepartementet ber om svar via Questback for hvert av utkastene til retningslinje. Direktoratet for e-helse gir en samlet høringsuttalelse som angår teknologi og digitalisering for alle fagene.

Direktoratet for e-helse³ er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet skal bidra til nasjonal satsing på digitalisering i helsetjenesten for å oppnå økt kvalitet og effektivitet, bedre samhandling mellom helseaktører og tilrettelegging for en mer aktiv pasientrolle. Målsetningene er blant annet én helhetlig og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som utnytter de teknologiske mulighetene og involverer innbyggere.

Kunnskapsdepartementet skriver at det kan bli justeringer av retningslinjene etter høringsrunden. Direktoratet for e-helse vil i sin tilbakemelding særlig legge vekt på:

1. Digitalisering er av stor betydning for fremtidig tjenestefaglig kvalitet og for å møte behov hos brukere og pasienter. Vi peker på behovet for digital kompetanse, ferdigheter og teknologiforståelse som viktig del av undervisningen på universitets- og høghskolenivå. Det er viktig at utdanningskandidatene, uavhengig av fagområde, har digitale kunnskaper som bidrar til samhandling og samarbeid.
2. Politiske føringer (Regjeringens politikk m.m.) og nasjonale reformer innebærer at utdanningene må absorbere de endringer som skjer i samfunnet pga. digitalisering og økt bruk av informasjonsteknologi. Vi stiller spørsmål om forslag til retningslinjene fullt ut reflekterer føringene. Føringer og reformene trekker frem digitalisering av offentlig sektor som en av grunnstenene for bærekraftig utvikling av velferdstjenestene.
3. Læringsutbyttene i bachelorutdanningene bør bli presise på nivåforskjellene mellom kunnskap- ferdighet - generell kompetanse knyttet til digitaliseringsområdet. Læringsutbyttene bør reflektere og videreutvikle de kunnskapene kandidatene har med seg fra grunn- og videregående skole.

Vi gjør nærmere rede for disse tre hovedpunktene fordelt på tre avsnitt i teksten som følger.

¹ Saksbehandler: Jon-Torgeir Lunke, e-post: jon-torgeir.lunke@ehelse.no, tlf. 468 11 904

² Kunnskapsdepartementet 17.04.2018; [Høringsbrev og Høringsnotat](#)

³ Direktoratet for e-helse, www.ehelse.no

Betydningen av digitalisering som kunnskapsområde – herunder e-helse

Direktoratet for e-helse viser til arbeidet med forskrift, felles rammeplan for de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene og nytt styringssystem for disse. Vi har bl.a. lagt merke til innspill og anbefalinger fra Universitets- og Høgskolerådet⁴. Direktoratet for e-helse er tilfreds med alle utdanningene får et felles rammeverk for læringsutbytte og at sektormyndighetene kan påvirke innholdet.

Digitalisering muliggjør nye måter å utøve helse-, omsorg- og velferdstjenester på. Et viktig spørsmål er hvilke kompetanser som kreves for å mestre den nye digitale hverdagen. Digitalisering av helse- og velferdstjenestene innebærer at data-, informasjonsutveksling og bruk av IKT skjer i øket omfang mellom aktører og befolkningen/pasienter/ brukere. For helse- og omsorgssektoren har Regjeringen for sin e-helsepolitikk disse sentrale kompetanseområdene for digitalisering:

1. Pasientens helsetjeneste- Digitale innbyggertjenester- Pasientens netthelsetjeneste
2. Bedre samhandling og samarbeid blant helsepersonell – enkel tilgang til data
3. Et mer kunnskapsintensivt helsesystem – bedre sekundærbruk av data

Digitalisering av offentlig sektor øker også behovet for kunnskap om informasjonssikkerhet og personvern. Gode IKT systemer gjør helse- og velferdssektoren attraktiv som arbeidsplass og enhetlige systemer bidrar til arbeidsstyrkens mobilitet og mindre avhengighet til fysiske (geografiske) plasserte behandlingssteder. Det er derfor riktig at utdanningskandidatene, uavhengig av fagområde, har digitale ferdigheter og generell digital kompetanse som bidrar til samhandling og samarbeid. Digital kompetanse i bachelorutdanningene blir en naturlig videreføring av de digitale ferdighetene studentene har oppøvd seg gjennom grunnskolen og studieforberedende undervisning.

I forskriften felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger §2, er det 12 områder for felles læringsutbytte. Vi vurderer at alle læringsutbyttene innebærer element eller behov for digital kunnskap, digital ferdighet og generell digital kompetanse. Kandidaten må i et fremtidig "digitalt samfunn" forholde seg til alle disse områdene digitalt. Eksempelvis i § 2, punkt 4, vil felles elektronisk journalløsning og pasientadministrative systemer bidra til helt nye arbeidsprosesser og nye former for helsehjelp. Et annet eksempel fra § 2, punkt 5, er at elektronisk kommunikasjon og samhandling vil kreve god regelforståelse og kunnskap om personvern, informasjonssikkerhet, samtykkeløsninger og elektronisk innsyn i journal eller saksmappe. Et siste eksempel er kandidatens kunnskap om og anvendelse av standarder, kodeverk og terminologi med utgangspunkt i flere av læringsutbyttene, som for samhandling, bruk i folkehelsearbeidet og fordeling av ressurser⁵. Eksemplene viser også med tydelighet at den fremtidige yrkesutøver må kunne veilede pasient, bruker og pårørende, slik at innbyggers rettigheter og integritet ivaretas samtidig.

Punktene 10., 11. og 12 i §2 i forskriften inviterer særskilt til at læringsutbyttene blir konkretisert på e-helse og digitaliseringsområdet. Kunnskapsbehov for helse- og velferdstjenestene er i økende grad datadrevne; innovasjonsaspektet er særskilt fremtredende i det vi kjenner som "digital

⁴ Universitets- og Høgskolerådet. Prosjektrapport til KD 1. juni 2015.

⁵ Direktoratet for e-helse. Standarder, kodeverk og referansekatalog m.m.

Direktoratet for e-helse

transformasjon"; utdanningen bør sikre kandidatene digital kunnskap, digital ferdighet (bruk av) og dypere forståelse (generell kompetanse), jf. punkt 12.

Digitalisering handler om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre og å tilby nye og bedre tjenester som er enkle å bruke, effektive, og pålitelige. Digitalisere kan være lønnsomt og hensiktsmessig for virksomhetene, så lenge de digitale løsningene bidrar til raskere og mer korrekt saksbehandling. Digitaliseringsarbeidet får enda større effekt dersom det forenkler kontakten mellom virksomheter og innbyggere. Digitaliseringen av offentlig sektor i Norge har som utgangspunkt at innbyggerne i stor grad er digitale. Innbyggerne forventer således at helse- og velferdstjenestene tilbyr gode digitale tjenester og tjenesteytere med kunnskap på området^{6,7}.

Digitalisering og informasjonsteknologi utfordrer tjenestene, men gir samtidig store muligheter på grunn av tre viktige utviklingstrekk⁸.

1. Kommunikasjonshastigheten øker: Sende og motta informasjon blir stadig billigere og mer effektiv. Informasjonsinnhenting og planlegging blir enklere fordi mange systemer kobles sammen og gir det en trenger av informasjon i tid og sted når man yter tjenester
2. Lagre (og finne igjen) informasjon: Dataanalyser blir i økende grad automatisert. Data-maskinene finner sammenhenger i data og vurderer raskt hvilke metoder som fungerer best.
3. Beregne (prosessere) informasjon: Datamaskiner regner raskere- vi får økt prosesseringskraft. Dette får betydning for hvordan vi organiserer og hva vi gjør. Mange rutiner som er virksomme i dag, er ofte resultat av manglende regnekraft.

Disse utviklingstrekkene medfører at utdanningskandidatene får behov for undervisning om informasjons- og informasjonsteknologi og digitalisering. En viktig arena for å prøve ut ervervet kunnskap under studietiden, er det som skjer i praksistiden. Bruk av e-helse og digitale løsninger er mer enn ferdighet (les: "tastologi"). Helsepersonell og de som jobber i velferdstjenestene har dokumentasjonsplikt. Hver og en virksomhet må sørge for at de har systemer som understøtter denne og at bruken av systemene foregår innenfor rammene av gjeldende regelverk. På denne måten bør opplæringen forankres i den organisatoriske konteksten systemene brukes i. Et godt læringsmiljø påvirkes av virksomhetenes bruk av IKT-systemer og at disse utvikles i sammenheng med virksomhetens overordnede kvalitetsarbeid⁹. IKT-systemene og datatilfanget blir en sentral ressurs i virksomheten – en kilde til kunnskap og som grunnlag for et godt undervisningsmiljø.

Universitets- og høyskolene kan i undervisningen på digitaliseringsområdet gjøre nytte av en tilnærming som følger:

KONSEPTUELL

Gjennom den profesjonsfaglige utdanningen må studentene oppøve en grunnleggende teknologiforståelse. Digitalisering har tre konseptuelle kjennetegn

1. Digitalisering er transformativt: IKT må ikke forstås alene som verktøy som kun understøtter eksisterende praksiser (les: "strøm på papir"). Digitalisering muliggjør nye måter å lede på, utøve

⁶ Kommunal og moderniseringsdepartementet (2014): [Digitalisering av offentlig sektor](#)

⁷ Store Norske leksikon (oppslag 13.juli 2018): [Digitalisering](#)

⁸ Andersen, Espen og Sannes, Ragnvald. Handelshøyskolen BI. [Hva er digitalisering](#), tidsskriftet Magma

⁹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, [lovdata.no](#)

Direktoratet for e-helse

helse, omsorg og velferd på. Transformasjonen setter pasienter og fagutøvere i nye roller og relasjoner og er potensielt disruptiv.

2. Digitalisering er sosioteknisk: Digitalisering er mer enn teknologi. Det er samspillet mellom tekniske, faglige, juridiske, organisatoriske og kompetansemessige faktorer.
3. Digitalisering er kontekstavhengig og prosessorientert. Det handler ikke om en teknisk engangsinstallasjon eller et administrativt vedtak, men kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Denne grunnleggende forståelsen av teknologi, gir føringer for måten utdanningen velger tema og organiserer læring.

TEMATISK

Tema som driver digitaliseringen og e-helse fremover, vil påvirke hva studentene bør kunne for å mestre en digitalisert arbeidshverdag. Viktige og prioriterte tema finnes i den nasjonale e-helsestrategien som er en konsensus mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren¹⁰. Nasjonal strategi for e-helse (2017-2022)¹¹ gir god pekepinn på hvilken retning digitaliseringen av helse og omsorg vil ta, og hva slags kunnskap profesjonene vil behøve for å være kompetente utøvere. Teamene har høy grad av relevans og legitimitet i forhold til den praksisen studentene vil møte på i arbeidslivet som profesjonsutøvere. Det er likelydende tematikk fra andre lands nasjonale digitaliserings-strategier, eksempelvis Sveriges *Nationell e-hälsa*¹² og NHS England *Five Years Forward View*¹³.

Nasjonal e-helsestrategi har seks satsningsområder. Vi kan trekke frem områdene *arbeidsprosess*, *samhandling* og *innbygger* som eksempel på relevante undervisningstema for studentene:

Digitalisering av arbeidsprosesser. Vi går fra å bruke journalsystemer til å dokumentere helsehjelp i etterkant, til en prosessorientert tilnærming der vi høster, prosesserer, presenterer og gjenbraker helsedata analytisk underveis i arbeidet.

Bedre sammenheng i pasientforløp. Ved nasjonal innføring av e-resept, handlet det om å begynne å dele legemiddelinformasjon. Tilgang til god, oppdatert legemiddelinformasjon øker pasient-sikkerheten og redder liv. Denne legemiddelinformasjon gjenbraker vi nå i Kjernejournal sammen med annen informasjon helsepersonell og innbyggere legger inn. Helsepersonell (og innbygger) får med dette et bedre kunnskaps- og beslutningsgrunnlag når det står om liv og helse. På fler og fler områder blir digital informasjon gjenbrukt i andre systemer og til andre formål. En viktig implikasjon fra utviklingene, er at digitalisering går fra å være "verktøy", til å bli en forutsetning og integrert del av forsvarlige tjenester. Tjenesteytere og helsepersonell agerer i denne kontekst (og i motsetning til gårdsdagens) i et felles verdisystem og må kunne, forstå og anvende (helse)informasjon som en felles ressurs, et fundament for samhandling og helhetlig forløp.

Helsehjelp på nye måter. Pasientens helsetjeneste, og etter hvert pasientens netthelsetjeneste, har fra starten vært et organiserende og førende prinsipp for e-helseutviklingen. Det har medført satsningen på digitale innbyggertjenester, helsenorge.no og kommunenes satsning på velferds-teknologi i innbyggernes hjem.

¹⁰ Nasjonal styringsmodell for e-helse. [Nasjonale utvalg](#).

¹¹ Nasjonal strategi for e-helse 2017-2022. [Direktoratet for e-helse](#).

¹² eHälsomyndigheten: [Nationell e-hälsa](#), vision 2025

¹³ NHS England, [Five Years Forward View](#)

Direktoratet for e-helse

Mangfoldet av digitale løsninger og velferdsteknologi, beslutningsstøttesystemer for pasienter, helseapper, chatbots, brukerforum m.m. mobiliserer innbyggeren som ressurs og diskurs om innbyggers rolle i samfunnet; som pasient i et helsesystem, konsument i et marked for personlig helseteknologi, eller som borger med rettigheter og plikter i et samfunnsliv. Denne endring i innbyggerrollen utfordrer tradisjonelle roller og relasjoner mellom pasient og profesjonell. Helsepersonell må kunne vurdere hvilke kunnskaper, erfaringer og sosiotekniske ressurser hver og en pasient har til å takle eget liv og helse, og tilsvarende sin egen komplementære rolle i møte med disse - som kunnskapskilde, veileder og/eller beslutningstaker med ansvar for å utøve forsvarlig hjelp eller tjeneste.

KULTURELL

Ulike fag, ulike aktører og institusjoner spiller en rolle for kunnskap og praksis på e-helseområdet. Nøkkelen til god og relevant e-helse kompetanse ligger i møtet mellom disse. Teknologiske endringer skjer raskt. Forelesere som ikke har nylig praksiserfaring, vil ha vansker med å forstå betydningen av *chatbots*, *gamification* og *maskinlæring* i en faglig kontekst, desto mindre kunne ta slike teknologier i bruk på en god måte. For utdanningsinstitusjonen kan det derfor være relevant å hente inn forelesere fra andre fag, virksomheter og aktører som kan gi oppdatert og praksisnær kunnskap om teknologiutvikling og erfaringer med å implementere teknologi i tjenesten.

Hospiteringsordninger og prosjektdeltakelse eksponerer studenter tidlig for praksisfeltet og utvikler deres kreative teft for hvordan teknologi kan brukes til å løse helsefaglige utfordringer. På kunnskapsområdet digitalisering/digital kompetanse, tror vi at relasjonen mellom utdanningsinstitusjon, praksissted, student og veileder blir særs viktig for studentenes læringsutbytte.

En studiehverdag som innebærer kontakt på tvers av fag, aktører og institusjoner kan være utfordrende og i en digital transformasjon skape *kulturell friksjon*. Friksjon mellom på den ene siden fagdisipliner som får regelverk, nasjonale retningslinjer, prosedyrer, og faglige standarder inn i tråd med tradisjonelle konvensjoner, og på den andre siden innovasjonskultur som er mer eksperimentell og agil av natur. Direktoratet tenker her på begrepet friksjon med en positiv betydning. Helse- og velferdstjenestene skal utvikle seg i en bærekraftig retning, og med det må studentene i større grad forstå, ta del i, ha tillit til og ha evne til å bruke digital teknologi i sin arbeidshverdag. Studentene forberedes med andre ord til å bli aktive deltakere i innovasjonssyklusen for digitalisering og e-helse.

STRATEGISK VALG MELLOM DIGITAL DISRUPSJON OG DIGITALE MULIGHETER

Den digitalisering som pågår i offentlig sektor, reiser viktige strategiske spørsmål for utdanningene. De siste tiårenes satsning på medisinsk, helse- og sosialfaglig forskning har medført en eksplosiv vekst i kunnskap. Det er utfordrende å få implementert ny kunnskap raskt i praksis. Den raske kunnskapsutviklingen gjør det utfordrende for hver og en fagutøver å holde seg oppdatert på sitt fags utvikling. Denne utviklingen fører til et generasjonsskifte innen e-helse og digitale løsninger; Forståelse og bruk av analysekapabilitet og beslutningsstøtte blir viktige læringsområder for studentene i deres senere faglige vurderinger, valg av behandling og tiltak.

For å forstå dette strategiske veiskillet bedre og hvilken betydning det kan ha for utdanningene, gir vi eksempel fra "billeddannende" fag som radiologi, patologi og laboratoriefagene. Kunstig intelligens gjør det mulig å analysere bilder raskere, billigere og bedre enn mennesker. Fagene og fagutøvere risikerer å bli utkonkurrert av teknologi. Den digitale teknologien gir samtidig mulighet for oppgaveglidning. Teknologien erstatter det repetitive arbeidet med bildeanalyse, og tillater faget(-ene) å utvikle seg til et nytt analytisk nivå. Dette frigir tid og energi til pasientbehandling.

Direktoratet for e-helse

Det er ingen teknologisk determinisme i vår argumentasjon. Hovedbudskapet er at hvert fag gjør en vurdering av om teknologien kan fungere som en kunnskapsutøver og hvilken retning den faglige utviklingen skal ta. Direktoratet kjenner til gode eksempler på at studiesteder enkeltvis åpner opp for nye kunnskapsformer, prøver ut nye læringsmetoder og med undervisningstimer som integrerer flere fagdisipliner- særlig kombinasjonen helsefag og informatikk. Våre erfaringer er særlig fra videre- og etterutdanningene på høyskole- og universitetsnivå. Etter vår oppfatning er det ikke tilstrekkelig med de enkeltstående gode eksempler. Bachelorutdanningene som helhet står ved et strategisk veiskille i måten digitalisering integreres i utdanningsløpet. Spørsmålet bør være om hva digitalisering betyr for faget som helhet – ikke bare som et nøytralt verktøy som sporadisk blir benyttet som undervisningsform/objekt.

Nærmere om e-helse som digitalt kompetanseområde

Beskrivelse av læringsutbytter krever kunnskap om hva som ligger i begrepet e-helse. Direktoratets definisjon av e-helse reflekterer etablerte kvalitetskriterier som kjennetegner velutviklede helsesystemer¹⁴:

E- helse er et samlebegrep som omfatter bruk av IKT i helsevesenet. Målet er bedring av kvalitet, trygghet og effektivitet innen helsevesenet gjennom bruk av informasjonsteknologi. Også privatpersoner sin bruk av IKT i helseformål omfattes av e-helse-definisjonen

Med *digital kompetanse* i e-helse mener vi ferdigheter, kunnskap, kreativitet og holdninger som alle trenger for å kunne bruke digitale medier for læring og mestring i kunnskapssamfunnet. Det er den kompetansen som bygger bro mellom ferdigheter som å lese, skrive og regne, og den kompetansen som kreves for å ta del i utviklingen av, og bruke nye digitale verktøy og medier på en kreativ og kritisk måte. På grunnlag av informasjonsteknologi, skal vi bli i stand til å kommunisere og samhandle på en god og forsvarlig måte.

Vi finner støtte for vår forståelse i digital kompetanse bla. fra Melding til Stortinget nr. 30 (2003-2004) *Kultur for læring*¹⁵ som definerer digital kompetanse med to element:

- *Enkle IKT-ferdigheter: bruk av programvare (f.eks. lese, skrive, regne) og søk, lokalisering, omforming og kontroll av informasjon fra ulike digitale kjelder*
- *Mer avanserte ferdigheter som sikrer en kreativ og kritisk bruk av digitale verktøy og medier.*

Digital kompetanse vil med andre ord tilsvare summen av enkle IKT-ferdigheter og informasjonskompetanse. En informasjonskompetent person er en som vet når og hvorfor en trenger informasjon, hvordan en finner informasjonen, og hvordan en vurderer, bruker og kommuniserer informasjonen på en etisk måte. Et utsagn fra stortingsmeldingen *Digital agenda for Norge*¹⁶ er en syntese av dette:

Digitalisering handler ikke primært om teknologi, men innebærer omlegginger av virksomheten som endrer arbeidsprosesser, organisering, regelverk eller teknologi. Digitalisering handler derfor i stor grad om styring, organisasjonsutvikling og ledelse. Dette må understøttes av ulike virkemidler – juridiske, organisatoriske og økonomiske.

Digital kompetanse, e-helsekompetanse og bruk av e-helseløsninger er viktige tiltak for å yte likeverdig helsehjelp av god kvalitet. Digitalisering og e-helse er samtidig mer enn bare et faglig

¹⁴ Nasjonal kvalitetsstrategi for helse- og sosialtenesta (2005-2015):... Og bedre skal det bli..

¹⁵ St.meld. nr.30 (2003-2004) Kultur for læring, Kunnskapsdepartementet

¹⁶ Meld. St. 27 (2015–2016), Digital agenda for Norge, Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2016

Direktoratet for e-helse

spørsmål. I definisjonene ligger det åpenbart en forventning om at tjenesteytere og profesjonene vil ha behov for kompetanse for å se digitalisering og e-helse i et videre nærings-, organisatorisk-, og ledelsesmessig perspektiv. Fra Lov om helsepersonell, bl.a. §6 om ressursbruk, og prinsippene for prioritering (nytte, kost og kostnadseffektivitet), tilsier at helsepersonell bør ha kunnskap om e-helse som kan bidra til mer effektiv tjenesteyting og e-helse som virkemiddel for å sikre rettferdig fordeling og bærekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren i framtiden.

Er retningslinjene i samsvar med politiske føringer og nasjonale reformer?

Kunnskapsdepartementet påpeker at retningslinjene skal være i tråd med bl.a. tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene; oppdatert og forskningsbasert kunnskap; og sentrale politiske føringer og nasjonale reformer.

På IKT, e-helse og digitaliseringsområdet har Regjeringen i Meld. St. 27 (2015-2016) *Digital agenda for Norge- IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet* redegjort for sin overordnede IKT-politikk og understreket behov for digital kompetanseutvikling og å løse ut potensialet av digitaliseringen i offentlig sektor. Digitalisering i helse- og omsorgssektoren er viktig i oppfølgingen av Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (e.g. velferdsteknologi, primærhelseteam og nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste), ny *Nasjonal helse- og sykehusplan* for 2019 (oppfølging av Meld. St. 11 (2015-2016)) og Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre*.

I Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal* finner man Regjeringens overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

I helse- og omsorgssektoren er det et stort behov for mer kunnskap om effektene av digitalisering på tjenester som ytes og nytten av tjenesteutvikling for øvrig. Nasjonalt senter for e-helseforskning¹⁷ ble etablert i 2016. Direktoratet for e-helse har i rapporten Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet pekt på viktige områder for på sikt å kunne tilrettelegge for mer kunnskapsbaserte e-helseprioriteringer i helse- og omsorgssektoren. Universitet- og høyskolesektoren er en viktig aktør for å frembringe mer kunnskap som også kan nyttes i utdanningsøyemed. Sektoren har samtidig mange gode interne kompetansemiljøer som kan bidra inn i undervisningen, når academia utnytter dette på en systematisk og god måte.

Direktoratet for e-helse vurderer at de åtte forslagene til retningslinjer i større grad bør reflektere innholdet i Regjeringens overordnede IKT og digitaliseringspolitikk. Dette er også i tråd med de senere års perspektivmeldinger. Grunnlaget for et slikt synspunkt er blant annet at ingen av forslagene bruker begrepet "digitalisering"; kun bioingeniørutdanningen anvender ordet informasjonsteknologi; kun vernepleierutdanningen anvender "velferdsteknologi"; og kun radiografutdanningen skriver eksplisitt om "e-helse".

¹⁷ Nasjonalt senter for e-helseforskning. <https://ehealthresearch.no/>

Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse håper derfor at Kunnskapsdepartementet og de respektive programgruppene vurderer "digitalisering" som kunnskapsområde og konkretiserer læringsutbyttene ytterligere i en slik retning høsten 2018. Utdanningene må ivareta framtidige digitale kompetansebehov, både for å utvikle tjenestene i tråd med den digitale transformasjonen som skjer i samfunnet, men også for å møte befolkningens ønsker og behov for digitale tjenester.

Skiller læringsutbyttene godt nok mellom digital kunnskap, ferdighet og generell kompetanse?

Om Kunnskapsområder: Departementet anfører at det ikke er obligatorisk å angi kunnskapsområder i retningslinjene. Direktoratet for e-helse mener at de forslag til retningslinje som anvender kunnskapsområder som disposisjon for retningslinjen, fremstår mer didaktisk. Det blir også tydeligere gruppering av læringsutbyttene med en slik tilnærming. Organisering av kunnskapsområder, med nummerering slik bla. programgruppen for sykepleiefaget har gjort, gir en bedre forståelse om viktig tematikk fra forskriftens læringsutbytter som er adressert i forslaget til retningslinje.

Direktoratet for e-helse ville gjerne sett at digitalisering, teknologiforståelse og innovasjon fremkom som eget kunnskapsområde i alle retningslinjene. Dette er i tråd med våre synspunkter over.

Om Læringsutbytter: Læringsutyttebeskrivelser skal være i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk. I Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk, kapittel 5, er det angitt nivåer i form av kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Direktoratet for e-helse har litt vansker med å forstå hvordan forslagene til retningslinjene skiller mellom og plasserer læringsutbyttet i tråd med kvalifikasjonsrammeverkets nivåer. Vi har særlig vurdert digitalisering, e-helse og informasjons- og kommunikasjonsteknologi inn i denne kontekst.

I forslagene til retningslinje, leser vi at digital kompetanse, innovasjon og teknologi av og til er oppført i læringsutbyttene under "kunnskap", men som oftest under "ferdighet", og sjeldnere under "generell kompetanse". I noen tilfeller er digital kompetanse som læringsutbytte formulert som bruk av "digitale verktøy". Vår høringsuttalelse har som særskilt budskap og anbefaling at informasjons-teknologi, digitalisering og e-helse er mer enn "verktøy".

Diskriminering mellom digital kunnskap, ferdighet og generell digital kompetanse som læringsutbytte vil kontinuerlig utvikle seg i tråd med kunnskaps- og samfunnsutviklingen. Et eksempel finner vi i grunnskolens rammeplan for grunnleggende ferdigheter, der *Digitale ferdigheter* er en av fem grunnleggende ferdigheter i grunnopplæringen¹⁸. Under *Digitale ferdigheter* er det beskrevet fem ferdighetsområder, som for oss fremstår som en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse.

Direktoratet for e-helse vil understreke at digitalisering ikke handler om riktig bruk av teknologi (ferdighet) alene, men vel så mye om teknologiforståelse og kontekst. Grunnutdanningen må oppøve studentenes kritiske og kreative forståelse av teknologi, gjerne i samarbeid med sektoren og gjennom bruk av konkrete systemer.

¹⁸ Rammeverk for grunnleggende ferdigheter. Kunnskapsdepartementet 8. november 2017.

Direktoratet for e-helse

Når det gjelder behov for ytterligere å presisere mellom nivåene på digital kunnskap, ferdighet, og generell digital kompetanse, viser vi til omtale i Meld. St. 28 (2015-2016) *Fag – Fordypning – Forståelse- En fornyelse av Kunnskapsløftet*¹⁹. I meldingens kapittel 4.2 (s. 30) er det referert til NOU 2015:8 (Ludvigsenutvalget). Dette utvalget har anbefalt "...at ferdighetene videreutvikles til kompetanser.....". Departementets vurdering av dette (s.32), er at

- "I lys av samfunnsutviklingen og erfaringene med dagens læreplaner er det behov for å videreutvikle innholdet i digitale ferdigheter som grunnleggende ferdighet og samtidig legge økt vekt på digital teknologi som en integrert del av innholdet i fagene"
- "Departementet støtter Ludvigsenutvalget i at det bør skilles tydeligere mellom de ulike delene av digitale ferdigheter"
- Departementet vil: "Det skal bli tydeligere hvilke fag som har ansvar for ulike sider ved ferdighetene, spesielt når det gjelder digitale ferdigheter og regning".

Direktoratet for e-helse finner denne diskusjon og departementets vurderinger som svært relevant i utvikling av retningslinjer for de åtte helse- og sosialfagene, også for å skille mellom nivåene i læringsutbyttene.

En tilnærming i prosessen med ferdigstilling av retningslinjene, kan etter vår oppfatning være at man legger mer vekt på følgende:

- At retningslinjene viderefører prinsippene fra rammeverket for grunnleggende ferdigheter fra grunnopplæringen, slik at kunnskapsdannelsen (les: ferdighetsområdene i rammeverket) skjer progressivt til høyere studie- og kompetansenivå i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (les: livslang kunnskapsdanning).
- At læringsutbyttene på områdene digitalisering, teknologi og innovasjon blir mer konsistente i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk, ref. kapittel 5.
- At utdanningsinstitusjonene i sin operasjonalisering av læreplaner, legger vekt på at teknologi, digitalisering og e-helse er tverrfaglig kompetanse og må inngå som langsgående tema gjennom hele utdanningen.
- At det blir tydeligere hvilke fag som særskilt skal undervise i digitale kompetanseområder som eksempelvis jus, personvern og informasjonssikkerhet m.v.

Direktoratet for e-helse antar at det vil kreve nyorientering og et betydelig arbeid fra utdanningsinstitusjonene sin side for å bringe e-helse og digital kompetanse inn i undervisningen. I vår kontakt med undervisningsinstitusjonene har vi erfart at e-helse og digitalisering som kunnskapsområder "konkurrerer" med mange andre fagområder i en allerede trang curriculum. Vi mener likevel at utdanningene i en strategisk kontekst må trekke inn digitalisering og e-helsekunnskap som et svært viktig kunnskapsområde og implementere dette i undervisningen.

¹⁹ Kunnskapsdepartementet, Meld St 28 (2015-2016)



Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.
Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Deres ref.:
Vår ref.: 18/9410-8
Saksbehandler: Anne Farseth
Dato: 23.07.2018

Høring - Forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger - (RETHOS) - autorisasjonsfaglige vurderinger

Helsedirektoratet er autorisasjonsmyndighet på helsepersonellområdet. Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasienters sikkerhet, samt kvalitet og tillit til helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell. Helsepersonellovens vilkår for å oppnå autorisasjon forutsetter at autorisasjonsmyndighetene foretar en samlet vurdering av de samlede kvalifikasjoner som utdanningen gir. Det vil si at utdanningens innhold, omfang og nivå i grunn- og videreutdanning, kurs og praktisk erfaring, som hovedregel må vurderes konkret. Unntak gjelder for utdanninger fra EØS-området som er harmoniserte (lege, sykepleier, jordmor, tannlege, provisorfarmasøyt) der godkjenningprosessen er enklere for søkere som fremlegger kvalifikasjonsdokumenter som beviser EUs fastsatte minstekrav til utdanningen.

Autorisasjon av helsepersonell kan ses som en sertifisering av kompetanse for utøvelse av et yrke, basert på dokumentert akademisk kompetanse og vurdering av skikkethet for den enkelte kandidaten. Forutsigbarhet i forhold til kompetanse og faktisk kunnskap er grunnleggende for praksisfeltet og arbeidet med personalplanleggingen. Det forutsettes stor grad av nasjonal harmonisering.

Retningslinjer, fagplaner og praksisavtaler som foreslås i nytt nasjonalt kvalitetsrammeverk skal erstatte beskrivelse av den norske utdanningens omfang og innhold som man i dag finner i nasjonale rammeplaner, og i lokale fagplaner. Autorisasjonsmyndighetene er avhengig av en detaljert beskrivelse av den norske utdanningen for å kunne foreta de konkrete vurderinger som er forutsatt i lovverket. Helsedirektoratet er bekymret for om de retningslinjer, fagplaner og praksisavtaler som foreslås utarbeidet etter nasjonalt kvalitetsrammeverk vil inneholde tilstrekkelig konkrete beskrivelser av utdanningens omfang og innhold til at autorisasjonsmyndighetene behov ivaretas.

Av samlet antall som årlig innvilges autorisasjon utgjør kandidater med utenlandsk utdanning en vesentlig andel, for noen av profesjonene helt opp i 50%. Ved behandling av disse sakene foretas en jevn godhetsvurdering av den utenlandske utdanningen opp mot rammeplaner og fagplaner for tilsvarende norsk utdanning. Det vektlegges, i tillegg til nivå og omfang, spesifikk beskrivelse av faglig innhold samt beskrivelse av mål og intensjon for det enkelte

emneområdet. Dette arbeidet krever derfor stor grad av konkrete angivelser av kunnskap og kan ikke baseres på generelle målformulering som å ha bred kunnskap om, - kan anvende, - ha innsikt i, med videre.

I dag ligger rammeplanene med detaljert beskrivelse av innhold og omfang i utdanningen. Studiepoeng er fordelt pr. del-emne og innenfor hvert fag-emne. Lovtekst og forarbeider gir ikke anvisning på en bestemt sammenligningsformel ved vurdering av utenlandsk utdanning opp mot norsk utdanning. Det gis heller ingen nærmere beskrivelse av hvordan innholdet i jevngradighet skal forstås. Helsedirektoratet skal foreta en sammenligning ved en konkret vurdering av de to utdanningene. Timetall, studiepoeng og andre beskrivelser av faginnhold, omfang og nivå er relevant for å kunne foreta en sammenligning. Utdanningen skal lede frem til det samme yrket, ha samme akademiske nivå og lengde som norsk utdanning og i omfang tilsvare den minst omfattende norske utdanningen jf. presisering i brev fra HOD 30.8.2013. Videre skal den tilfredsstillende minstekravene i EU direktiv 2005/36EF.

En utfordring for autorisasjonsmyndighetene i dag er at de ulike lærestedene kan ha lokale fagplaner med ulik vektlegging av ulike delemner og forholdet mellom teoriundervisning, ferdighetstrening og praksis, selv om omfang og hovedinnhold er likt. Som autorisasjonsmyndighet skal vi forholde oss til minstekravet av autorisasjonsgivende norsk utdanning, og ved avvikende lokale fagplaner kan det være utfordrende å finne frem til det nivået som gir et adekvat forhold mellom omfang av delemner, teori og ferdighetstrening/praksis. I den grad NKR-systemet gir beskrivelser som kan tjene som veiledning for å finne frem til et balansert minstenivå på norsk utdanning, vil dette kunne være nyttig for autorisasjonsmyndigheten.

Ved jevngradighetsvurdering av utenlandske utdanninger opp mot tilsvarende norsk utdanning vektlegges, i tillegg til nivå og omfang, det faglige innholdet. Vurderingen må baseres på detaljerte fagplaner hvor hoved- og delemner framgår. Det må gis en beskrivelse av innholdet i det enkelte fag og en beskrivelse av mål for emneområdet.

Når det gjelder praksisstudier er dette sentralt i autorisasjonsvurderingen hvor det vektlegges målbeskrivelse, hvilket omfang praksisen har hatt og innen hvilke virksomhetsområder den har vært gjennomført. Rammeplanforskriften § 3 angir bestemmelser om praksisstudier og Helsedirektoratet er kjent med at det skal inngås samarbeidsavtaler med praksistilbydere og at det, slik vi forstår det, er utarbeidet en mal for disse. Selv om omfang og innhold i praksis ikke er en del av høringen, er det så sentralt i vår vurdering at vi likevel vil fremheve behov for at samarbeidsavtalene inneholde krav til omfang innen de ulike tjenesteområdene og at dette bør være likt innen hver utdanning.

Helsedirektoratet ser fordeler med nytt styringssystem med mer overordnede retningslinjer tilpasset endringer i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig ønsker vi å påpeke de utfordringene som vil oppstå dersom fagplanene ikke er tilstrekkelig kvantifiserbare. Dersom jevngradighetsvurdering skal baseres kun på læringsmål og læringsutbyttebeskrivelser vil det vanskeliggjøre vurderingene. Autorisasjonsmyndigheten må selv innhente informasjon fra hvert enkelt lærested og vurdere hva som er den minst omfattende utdanningen som skal ligge til grunn for jevngradighetsvurderingen. Fagplaner som ikke understøtter behov for informasjon i autorisasjonsvurderingene vil kunne gjøre det vanskelig å foreta en forsvarlig jevngradighetsvurdering, samtidig som det vil medføre merarbeid i autorisasjonsprosessen.

Det er årlig et stort volum av søknader om autorisasjon, og det vil derfor være svært viktig at nye lokale planer som skal erstatte eksisterende raskt er på plass, slik at man ikke får noe opphold i, eller tvil om grunnlaget for, autorisasjonsvurderingene.

Vennlig hilsen

Anne Farseth
fungerende divisjonsdirektør

Kopi:
Helse- og omsorgsdepartementet

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Deres ref:

Vår ref:
2018/359 - 3909/2018

Saksbehandler:
Gina Beate Holsen 51 96 3830

Dato:
31.07.2018

Høringsinnspill - forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

Vi viser til invitasjon til høring datert 17. april 2018.

Helse Stavanger og Helse Bergen har besvart direkte på questback, og Helse Vest har derfor ikke tatt stilling til disse uttalelsene.

Generelle innspill

Kvalitet, pasientsikkerhet og forbedring/læring av feil, må være et gjennomgående tema i utdanningsløpene.

Dette krever fokus på forbedringsarbeid og innovasjon. Vi ønsker at studentene i større grad kan bidra til utvikling/forbedring av helsetjenesten gjennom å være «endringsagenter». Dette må også gjenspeiles i samarbeidet og avtaler mellom utdanningsinstitusjon og virksomhetene som praksisarena.

Basisforståelse for bruk av teknologi og digitalisering er i økende grad avgjørende for god oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Samarbeid med og involvering av praksisvirksomhetene er nødvendig for å konkretisere innhold i utdanningene knyttet til disse temaene.

Praksisløpene må ha en viss lengde for å sikre kvalitet og kontinuitet i praksisstudiene, for å bidra til tilstrekkelig læringsutbytte. Det er ønskelig med et mer forpliktende samarbeid mellom praksisvirksomhet og utdanningsinstitusjon for konkretisering av læringsaktiviteter og læringsutbyttebeskrivelser. Samarbeidet med praksisvirksomhetene, må videreutvikles for å sikre tilstrekkelig utnyttelse av kapasitet for praksisplasser. Samarbeidsavtaler må etableres og jevnlig oppdateres/evalueres.

Det må gis økt rom for fleksibilitet og mobilitet knyttet til utdanningsløpet. Økt bruk av alternative praksisarenaer som poliklinikk og dagkirurgi mv., må gjøres mulig gjennom

konkretisering av læringsaktivitet og læringsutbytte. Det må skapes felles forståelse for innholdet på de ulike praksisarenaene.

Barnevernspedagogutdanningen

For at utdanningen skal være relevant for spesialisthelsetjenesten bør utdanningen legge større vekt på den miljøterapeutiske kompetansen i tillegg til det rent barnevernsfaglig. For å ha relevant kompetanse for spesialisthelsetjenesten bør en ha mer enn «kjennskap til» læringsutbytte 18-22.

Behovet for standardisering sett opp mot læringsinstitusjonens behov for autonomi i beskrivelse av læringsutbytte ser ut til å være godt ivarettatt, men krav til studiets oppbygning bør styrkes. Det er brukt begrep som ferdighetstrening og simuleringstrening i omtale av krav til studiets oppbygging i sosionomstudiet. Dette kunne med fordel vært harmonisert både i barnevernspedagogstudiet, vernepleiestudiet og sosionomstudiet. Vi tror at ferdighetstrening og simuleringstrening er gode læremåter på alle disse studiene.

Det er verdt å bemerke at det er ulik formulering om internasjonalisering i både barnevernspedagogstudiet, sosionomstudiet og vernepleiestudiet. En bør ha lik tilnærming til internasjonalisering, og bestemme seg om det er et *bør* eller *må* krav at utdanningsinstitusjonen legger til rette for dette.

Helseforetakene påpeker at kompetanse om, og ferdigheter i kommunikasjon nesten ikke er omtalt. Svært mange klagesaker både til pasient- og brukerombud om kommunale helse- og sosialtjenester gjelder manglende eller dårlig kommunikasjon fra tjenesteyter/helse- og sosialpersonell. Det bør derfor være klare krav til læringsutbytte og ferdigheter i kommunikasjon på individnivå, men og på systemnivå.

Bioingeniørutdanningen

Utkast til retningslinje for bioingeniørutdanningen anses i stor grad å være i tråd med tjenestens fremtidige kompetansebehov. En bør likevel vurdere behovet for økt kompetanse innen IKT, instrumentkoblinger, mellomløsninger mm.

Vi mener det er viktig at det beskrives hvilke læringsutbytte/kompetanse som kreves innen organisering og samhandling mellom sykehus/institusjoner.

Beskrivelsen av praksisstudiene er hensiktsmessige og gjennomførbare, basert på foretakenes erfaring med bioingeniørstudenter.

Basiskompetanse er viktig å sikre gjennom utdanningens treårige løp. Kompetansekrav må konkretiseres i samarbeid med praksisvirksomheter. Dette for å sikre helhet og sammenheng, og et innhold i utdanningen som er i samsvar med helsetjenestens behov, og som er gjennomførbart i forhold til studiets lengde.

På et overordnet nivå er retningslinjene godt tilpasset fremtidige kompetansebehov. 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. Det må være utdanningsinstitusjonen, som må begrunne behov for autonomi.

Ergoterapiutdanningen

Vi støtter at palliativ og behandlende ergoterapi fremheves under kunnskapsområdet. Vi er enig i at det er et viktig kunnskapsområde for ergoterapeuter og bør heves til «bred kunnskap».

Radiografutdanningen

Forslag til retningslinjer synes å være i tråd med tjenestens fremtidige kompetansebehov. Vi ser i dag at det er økte krav til kunnskap innen anatomi, fysiologi og sykdomskunnskap. Det samme gjelder teknisk kompetanse. Dette er i større grad ivare tatt i de nye retningslinjene.

Det legges likevel for lite vekt på kunnskapsnivået innen kapittel V: Kunnskaper punkt 4, kapittel IV: Kunnskaper punkt 1 og Generell kompetanse punkt 3. Dette gjelder grunnleggende forståelse både for utøvelsen av radiograffaget, og forskning. Bruk av begrepet «kjenner til» bør endres til «ha kunnskap om».

Detaljeringsnivået synes greit balansert. Detaljeringsgraden i kapittel II punkt 4 og 5 under både kunnskap og ferdigheter, i tillegg til kapittel X punkt 1 Kunnskaper – slik vi ser det inngår det som omtales i flere andre punkt i retningslinjene.

Slik praksisdelen av studiet er beskrevet i retningslinjene, anses den å være hensiktsmessig og gjennomførbar. Vi har erfaring med at 12 ukers sammenhengende praksis gir godt læringsutbytte, og fungerer for avdelingene.

Omfanget av innholdet i retningslinjene er stort, men vårt inntrykk er at dersom en etter endt utdanning innehar den kompetansen retningslinjene beskriver, er kandidaten godt forberedt til oppgavene.

Andre høringsinnspill

Kapittel III, Generell kompetanse, punkt 2 benytter ordet strålehygieniske prinsipper. Dette er et utgått begrep, og benyttes ikke i verken lovgivning eller offentlige veiledere. Dette bør endres til f.eks. forsvarlig strålebruk /strålevern.

Kapittel VII, Begrepet Pasientsikkerhet bør forankres her og andre steder i retningslinjene, ikke bare under Formål.

Forslaget om 30 ukers praksis i utdanningen understøtter læringsmålene. Dette gir mulighet til å komme i kontakt med andre modaliteter enn kun konvensjonell røntgen, CT og MR.

Når det gjelder minimumskrav til innhold i praksis er disse i tråd med forventningene, og vi støtter behov for at det stilles økte og tydeligere krav enn ved dagens praksisavvikling.

Sosionomutdanningen

Det er brukt begrep som ferdighetstrening og simuleringstrening i omtale av krav til studiets oppbygging i sosionomstudiet. Det kunne med fordel vært harmonisert både i barnevernspedagogstudiet, vernepleiestudiet og sosionomstudiet. Vi tenker at ferdighetstrening og simuleringsterning er gode læremåter på alle disse tre studiet.

Det er ulik formulering om internasjonalisering i både barnevernspedagogstudiet, sosionomstudiet og vernepleiestudiet. En bør ha lik tilnærming til internasjonalisering, og bestemme seg om det er et *bør* eller *må* krav at utdanningsinstitusjonen legger til rette for dette.

Det er ønskelig at teoretisk og praktisk ferdighet vedrørende kommunikasjon må vektlegges ytterligere. Praktisk utføring og veiledning er nødvendig. Sentrale virkemiddel vedrørende kommunikasjon må være integrert (teori og praktisk). Videre er det ønskelig at det er større vektlegging av forståelse av endring; hvordan en sosionom kan bidra til endring. Det bør være klare krav til læringsutbytte og ferdigheter i kommunikasjon på individnivå, men og på systemnivå.

Sykepleierutdanningen

Retningslinjene peker på flere utfordringer som vil prege fremtidens helsetjeneste og kompetansebehov; herunder eldre, rus, psykiatri, folkehelse, migrasjon. Det bør komme bedre frem at sykepleieren møter syke på tvers av alle aldre og med sammensatte og komplekse helseplager. Vi tror at ferdighetstrening og simuleringsterning er gode læremåter på alle studiene, og at dette videreutvikles for sykepleierutdanningen.

Det er viktig at det opprettholdes nasjonale prøver i medikamenthåndtering, og at dette har fokus gjennom alle årene av bachelorstudiet. Sykepleiere håndterer daglig medisiner og ordineringer, og en grundig kunnskap om dette bør ligge til grunn når man observerer pasienter.

Utkastet til retningslinje for sykepleierutdanningen anses i stor grad å være i tråd med tjenestens fremtidige kompetansebehov, og brukernes behov for kvalitet i tjenesten. Innhold i forhold til «pasientens helsetjeneste» kunne i større grad vært mer eksplisitt.

Helsetjenesten er i stadig utvikling og utviklingen skjer raskt. Utkastet peker på mange viktige momenter som vil være aktuelle i fremtidens helsetjeneste. I sykehus vil tjenestene bære preg av å være enda mer spesialiserte og mer spisset enn de er i dag. Det er viktig at retningslinjene gjenspeiler dette med tanke på fremtidig kompetansebehov- basiskompetanse som sykepleier. Det er ønskelig at retningslinjene i større grad vektla hensynet til brukermedvirkning og brukerperspektivet i all utøvelse av faget jf. «pasientens helsetjeneste». Det er vår oppfatning at brukerperspektivet/kravet til brukermedvirkning i for liten grad gjenspeiles i retningslinjene. Kunnskapsområdene i retningslinjene tar for seg store og viktige områder i helsetjenesten.

Sykepleierutdanning tilbys over hele landet, og helsetjenesten er organisert ulikt rundt i landet (geografiske ulikheter f.eks. store avstander, by/distrikt mm.). For stor

detaljstyring vil kunne by på utfordringer for utdanningsinstitusjonene. Samtidig må en sikre at utdanningen blir så lik som mulig uavhengig av hvor en velger å ta utdanningen.

Slik gjennomføringen av praksisstudiene er beskrevet i retningslinjen, er det vår oppfatning at denne er hensiktsmessig og gjennomførbar. Sykepleie er et praktisk yrke, men krever god teoretisk forståelse for å kunne se sammenhengen mellom teori og praksis, og kunne anvende dette helhetlig og sammenhengende for ulike pasientsituasjoner og pasientforløp. Dette bør ha fokus i samhandlingen mellom utdanningsinstitusjoner/lærer og praksisvirksomheter/praksisveileder. Det bør være en sterkere grad av samarbeid/konkretisering av læringsutbyttebeskrivelser.

Det er avgjørende med tett kontakt mellom utdanningsinstitusjon og praksisvirksomheten. At lærer er oppdatert i praksisstedets problemstillinger er også viktig. Det kan oppleves som om det skriftlige arbeidet i praksis vektlegges mer enn å vektlegge at studentene får god og grundig opplæring i å utøve sykepleie, bruke klinisk blikk osv. Dersom dette fortrenger praksislæringen vil det ramme den praktiske utøvelsen av yrket. Den tverrprofesjonelle og tverrfaglige tilnærmingen og teamarbeid som pekes på som fremtidens «arbeidsmetodikk», bør få vesentlig større fokus i utdanningen fremover. Relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse må konkretiseres i læringsaktiviteter og læringsutbyttebeskrivelser.

Omfanget av retningslinjene er omfattende, og kravene i helsetjenesten øker stadig. Korte praksisperioder kan vanskeliggjøre gjennomføring av alle læringsutbytterne beskrevet i retningslinjene. Sykepleiere utdannes til et praktisk yrke, og fokus på mengde teori og praksis må gjenspeile dette.

Vi støtter at det åpnes opp for mulighet for studentmobilitet mellom utdanningsinstitusjoner og at utdanningen blir tilnærmet lik i hele landet.

Det er vår oppfatning at minimum 2 praksisløp bør tallfestes med antall sammenhengende uker alternativ B, og 7 uker bør være et minimum. Lengden på praksisperioden er avgjørende for kvaliteten på praksisstudiene, og kontinuitet er viktig for å se helhet og høste trening, og erfaring gjennom strukturerte praksisveiledere.

Vernepleierutdanningen

Kapittel IV om helse- sykdom og funksjonsnedsettelse og kapittel V miljøterapeutisk arbeid mm. er viktig for arbeid i spesialisthelsetjenesten. Ellers bør det være mer om læringsutbytte og ferdighetskrav til kommunikasjon.

Læringsutbyttebeskrivelsene har god balansen mellom autonomi og standardisering, men krav til studiets oppbygging bør tydeliggjøres. Det stilles bare krav til internasjonalisering og mobilitet.

Det er brukt begrep som ferdighetstrening og simuleringstrening i omtale av krav til studiets oppbygging i sosionomstudiet. Dette kunne med fordel vært harmonisert både i barnevernspedagogstudiet, vernepleiestudiet og sosionomstudiet. Vi tror ferdighetstrening og simuleringsterning er gode læremåter på alle disse tre studiet.

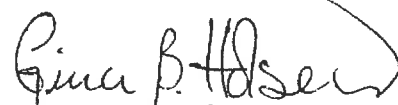
Det er ulik formulering om internasjonalisering i både barnevernspedagogstudiet, sosionomstudiet og vernepleiestudiet. En bør ha lik tilnærming til internasjonalisering, og bestemme seg om det er et *bør* eller *må* krav at utdanningsinstitusjonen legger til rette for dette.

Foretakene påpeker at kompetanse om og ferdigheter i kommunikasjon nesten ikke er omtalt. Det bør være klare krav til læringsutbytte og ferdigheter i kommunikasjon på individnivå, men også på systemnivå.

Vennlig hilsen
Helse Vest RHF



Hilde Christiansen
Direktør medarbeider, organisasjon og teknologi



Gina Beate Holsen
PO-rådgiver



Foreningen for barnepalliasjon
- omsorg for døende barn og unge

Kunnskapsdepartementet

Postboks 8119

Dep 0032 Oslo

Kristiansand 01.08.18

Vår ref. NP/FFB

Deres ref. 18/643

Innspill til høring om forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger fra Foreningen for barnepalliasjon FFB

Foreningen for barnepalliasjon (FFB) takker for muligheten til å bidra med innspill til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger. FFB har også bidratt med innspill direkte til arbeidet med forslagene til nasjonale retningslinjer på mail og har også deltatt på møte i Kunnskapsdepartementet i januar for å gi innspill.

Høringsinnspillet fra FFB består av samlet innspill og tilbakemeldinger fra både helsepersonell som jobber direkte med målgruppen, fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og fra pårørende og andre som direkte er involvert eller berørt av fagområdet barnepalliasjon. I tillegg har FFB også direkte kontakt og samarbeider med kommuner rundt omkring i Norge.

Barnepalliasjon må bli et kompetanseområde i all helse og sosialfaglige utdanninger
Barnepalliasjon må bli en integrert del av hele vårt helsesystem og våre helsetjenester på alle nivåer. Utvikling av spesifikke modeller for helsetjenester, inkludert barnehospice, må etableres. Barn har komplekse behov. Behovene innenfor barnepalliasjon kan bestemmes ut fra alder og sykdommens tilstand. Familien som enhet og miljø vil kreve kombinerte helsetjenester og lokale tilpasninger. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten mangler en samlet oppdatert ekspertise i palliasjon til barn, og det finnes ingen organisert virksomhet for barnepalliasjon i Norge. Å få et barn med store pleiebehov er en ekstrem påkjenning for familien.

Å jobbe for utdanning til alle som er involverte i barnepalliasjon er et mål som er og må være høyt prioritert, og noe som vi i FFB er veldig opptatt av. I desember ble det også overlevert en **NOU 2017: 16** På liv og død og omtaler dette med kompetanse og utdanning og vi anbefaler at kunnskapsdepartementet ser på utredningens anbefalinger. *Omfanget av undervisning i palliasjon varierer både innad og mellom de ulike utdanningene og utdanningsstedene. Noen steder er det i lite omfang undervisning i palliasjon. Det er derfor viktig at utdanningen i palliasjon styrkes i helse og sosialfaglige utdanninger, både teoretisk og praktisk. Innholdet i undervisningen i palliasjon bør omfatte palliasjon til alle som har behov, uavhengig av diagnose og alder, og den må ivareta tidlig integrasjon av palliasjon, samt ha et tverrfaglig perspektiv¹.*

¹ **NOU 2017: 16** Kapittel 2 På liv og død s 13 og 14

Kunnskapsdepartementet vil også en svært god oversikt over hvordan palliasjon er ivarettatt i utdanningene i dag i NOUen på liv og død i kapittel 7, s 67- 69. Videreutdanningen for sykepleiere i barnepalliasjon som startet i 2017 er enda så ny, at det er vanskelig å vurdere den. Vi i FFB mener og vil foreslår bl.a. at palliasjon anerkjennes som et eget fagfelt og en egen spesialitet, og at det bør inn i de nasjonale retningslinjene.

The European Association for Palliative Care (EAPC) utviklet «White Paper» i 2013 som angir pensum for kjernekompetansen i palliasjon for helse og sosialfaglige utdanninger, som også er rettet mot barn².

Det er en betydelig mangel på kunnskap og utdanning innen barnepalliasjon og man bør utarbeide en standard. Det er nødvendig å gi tilstrekkelig utdanning og opplæring for dem som skal tilby tjenester innenfor barnepalliasjon. Palliativ omsorg til barn må gis av et tverrfaglig team.

Barnepalliasjon er en aktiv og total omsorg, fra det punktet en diagnose om alvorlig livstruende sykdom eller tilstand stilles. Det omfatter fysisk, følelsesmessige, sosiale og åndelige elementer og fokuserer på forbedring av livskvaliteten for barnet / ungdommen, og støtte til hele familien.

På grunn av mangfoldet av sykdommer og tilstander og individuelle behov, kreves det spesial kompetanse i hjemmet, på sykehus, hospice og i avlastning. Derfor er det viktig at helsepersonell og hjelpeapparatet har grunnleggende kompetanse på plass.

Den overordnede målsettingen med kompetansen innen barnepalliasjon er å gi bedre livskvalitet, bedre støtte og bedre helsetilbudet til alvorlig syke og døende barn og deres familie. Kompetansen sikrer også et mer enhetlig og lindrende tilbud nasjonalt. En felles filosofi om omsorg og et felles mål.

Europarådets anbefaling Rec (2003) der 24 av ministerkomiteen til medlemslandene om organiseringen av palliasjon understreker behovet for strukturerte programmer for utdanning innlemmet i opplæring av alle berørte helsetjenester og fagfolk. De understreker at det er nødvendig for alle helse- og sosialfaglig fagfolk og arbeidere som er involvert i palliativ omsorg til å få nødvendig praksis som er hensiktsmessig for deres oppgaver i en konkret, innsiktsfulle og kulturelt sensitiv måte.

European Association for Palliative Care (EAPC) adresserte i 2013 spørsmålene om utdanning og opplæring av palliasjon til helsepersonell. Det er allment anerkjent at palliasjon er aktuelt på tvers av en rekke helsetjenester fra spesialisthelsetjenestene til primærhelsetjenesten. Alt helsepersonell og andre involverte som jobber med barn, bør kunne gi riktig palliasjon og trenger dermed å bli opplært til å gi den høyeste mulige standard for barnepalliasjon for å møte de utfordrende behovene som barna og familier står ovenfor, uavhengig av diagnosen. Visse aspekter av utdanning og opplæring er av

² https://barnepalliasjon.no/wp-content/uploads/2016/08/CPC-education-EAPC-Nov-2013-Final_NO.pdf

nødvendighet og disiplin-spesifikke. Det er helt klart elementer av opplæring og kjernekompetanse for teori og praksis på barnepalliasjon som er relevant for alle faggrupper. Det bør utarbeides et rammeverk for hva man bør forvente av kompetanse, ferdigheter og nivå fra dem som skal jobbe innenfor barnepalliasjon. Målet for dette er hvordan man på best mulig måte kan oppnå høyest kvalitet av evidensbasert omsorg.

Mål med rammeverk for kompetanse:

- Beskrive rolle og ansvar på ulike nivåer for å utvikle ansvar, arbeidsfordeling, oppgaver og struktur og stillingsbeskrivelser
- Støtte en karrieremessig progresjon og utvikling slik at ansatte kan vise til en vekst og profesjonell utvikling.
- Studiedager, fagdager, spesialistkurs og evaluering
- Bidra til å utvikle lederroller innenfor barnepalliasjon

Målgrupper:

- Allmennlege
- Pediatere
- Sykepleier
- Jordmor
- Helsefagarbeider, vernepleier, hjelpepleier, barn- og ungdomsarbeider
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Sosionom
- Psykolog
- Pedagogisk personell
- Ernæringsfysiolog

Utdanning, undervisningsprogram, klinisk forskning og praksis.

Barnepalliasjon som fagområde må utformes og etableres for å kunne nå målet om en helhetlig og kvalitativ tjeneste for lindrende behandling og omsorg for barn og deres familier. Norge bør utvikle nasjonale læreplaner for utdanning til dem som skal jobbe i pediatrik palliativ omsorg. Helsepersonell som skal utøve denne typen omsorg trenger økt kunnskap og kompetanse for å jobbe med den særskilte situasjonen og prosessene som det innebærer å stå og være i når man har et alvorlig sykt og døende barn.

Helsepersonell trenger å blant annet å ha avklart forhold til liv og død. Irland hadde en utredning vedrørende kompetansekrav og fant ut på bakgrunn av dette at det var behov for mere kompetanse. utfordringene ovenfor denne pasientgruppen er sammensatte og

Postadresse
Foreningen for barnepalliasjon FFB
Postboks 429,
4664 Kristiansand
kontakt@barnepalliasjon.no

Besøksadresse
Tollbodgata 8, 5 etg.

www.barnepalliasjon.no

Telefon
99162223
org.nr 994 763 083

mangfoldige. Helsepersonell anbefales også å få en kompetanseheving på ventesorg, sorgforståelse, sorgarbeid og krise.

Internasjonalt er det et økende antall kurs, utdanninger og e-læringsprogram for barnepalliasjon. Noen er gratis og noen gjøres som et studieprogram og forløp gjennom universitet og gir studiepoeng og grad. Det vil anbefales at det utvikles en tverrfaglig utdanning og å øke tilgangen til denne utdanningen på landets høyskoler og universitet.

Helsepersonell utdanning og forskning

For alle relevante sykehuspersonell og ansatte i kommunehelsetjenesten og skolesektoren bør det legges til rette for å delta i utdanning og opplæring for barnepalliasjon.

Tilbud og etterspørsel for de ansatte bør undersøkes sammen med eksisterende og eventuelle ytterligere krav til opplæring som bør oppfylles av utdanningssystemene både på lavere og høyere nivå.

Alle helsepersonell som arbeider innen barnepalliasjon bør ha mulighet til å engasjere seg i forskning.

- Og være ansvarlig for utviklingen av en omfattende tverrfaglig service innen barnepalliasjon på de store sykehusene.
- Klinisk støtte og råd til helsepersonell, og samarbeide med ledelsen og pediaterne som har ansvaret for omsorgen for barnet og deres familie.
- Fungere som en ytterligere ressurs / support for kommunehelsetjenesten, avansert hjemme sykehus.
- Forskning og utdanning.
- Utvikle og bistå i formidling av utdanning og opplæring.
- Utvikle og lede en forskningsagenda for barnepalliasjon og utviklingen av tjenesten.
- Opprettelse av professorat på barnepalliasjon for å sikre og forsterke fagområdet.
- Utvikling av tjenester innen barnepalliasjon.
- Klinisk ledelse for fremtidig utvikling og faglig anerkjennelse av barnepalliasjon innen helse og samfunnet forøvrig.
- Være involvert i beslutninger knyttet til og utvikling av et integrert tilbud om barnepalliasjon og service.
- Konsulent innen pediatrik palliativ medisin bør utnevnes og bør støttes av et tverrfaglig team inkludert en pediater under spesialisering.
- Sykehus- barneavdelinger- habilitering.
- Avansert hjemme sykehus.
- Kommunehelsetjenesten; avlastnings- og barnebolig, hjemmesykepleier.
- En tverrfaglig kompetanse.

En utredning og kartlegging av kompetansen som finnes på barn på de ulike helsenivåene bør gjøres. Hva trenger helsepersonell? Hva trengs av kunnskap og praksisutøvelse for å jobbe innen barnepalliasjon? Hvor mye og hvem?

Kompetansenivåer innen barnepalliasjon:

NIVÅ A: Grunnleggende forståelse- tverrfaglig – alle som jobber med barn.

Postadresse
Foreningen for barnepalliasjon FFB
Postboks 429,
4664 Kristiansand
kontakt@barnepalliasjon.no

Besøksadresse
Tollbodgata 8. 5 etg.

www.barnepalliasjon.no

Telefon
99162223
org.nr 994 763 083

NIVÅ B: Nødvendig kompetanse for de som behandler.

NIVÅ C: Spesialistnivå

MÅL: Utdanning og kompetanse

Undervisning i barnepalliasjon i alle aktuelle grunnutdanninger

Undervisning og kurs for alle som utøver barnepalliasjon

Palliasjons spesifikk videreutdanning for barn/ spesialist utdanning- Nivå C.

Minimum av kjernekompetanse innen barnepalliasjon bør være:

1. Effektiv og hensiktsmessig kommunikasjonsferdigheter ovenfor barnet og ungdommen med palliative behov.
2. Tilby helhetlig og holistisk omsorg for barn og unge med palliative behov uansett omsorgssituasjon og sted.
3. Kompetanse på egenomsorg for seg selv som personell og stab og ansatte samtidig som man står i krevende pleie og omsorgssituasjoner med barn og unge med sorg, krise, død og tap.
4. Å kunne hjelpe med å se og identifisere smerte og symptomer.
5. Økt kunnskap om sorg og sorgforståelse, ventesor.
6. Kunnskap om søsken som pårørende

Disse bør også ha nivå A-B-C.

Anbefalinger for fremtiden

Definere barnepalliasjon og palliasjon som fagområde

Utvikle nasjonale studieplaner: Behovet for studieplaner for ulike profesjoner (leger, sykepleiere, medisinstudenter, psykologer, sosialarbeidere, fysioterapeuter, åndelige ledere, etc.). Kjernekompetanse som bør være tilgjengelig for alt helsepersonell og andre som arbeider med barn.

Utvikle Sorgstøtte systemer før og i etterkant av død.

Utvikling av lærebokmatriell i barnepalliasjon på Norsk. Grunnbok i barnepalliasjon 2016 - utgitt av FFB i samarbeid med kommuneforlaget, er et eksempel.

Det må også sikres en bred tverrfaglighet i fagutviklingen og det multikulturelle innen palliasjon.

Sluttmerknader

Kun retningslinjen om sykepleierutdanningen inneholder begrepet død. ellers så er begrepene palliasjon, død, og sorg helt fraværende i retningslinjene for læringsutbytte på alle forslagene til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger. Dette på tross av flere innspill i prosessene. Noe som er svært alvorlig med tanke på at flere lever lenger og er multisyke og at man vet at det er en betydelig mangel på kunnskap og utdanning innen palliasjon og barnepalliasjon. Man bør utarbeide en standard for dette innen all helse og sosialfaglige utdanning. Det er nødvendig å gi tilstrekkelig utdanning og opplæring for dem som skal tilby tjenester innenfor barnepalliasjon.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten mangler i dag en samlet oppdatert

Postadresse
Foreningen for barnepalliasjon FFB
Postboks 429,
4664 Kristiansand
kontakt@barnepalliasjon.no

Besøksadresse
Tollbodgata 8. 5 etg.

Telefon
99162223
org.nr 994 763 083

www.barnepalliasjon.no

ekspertise i palliasjon til barn. Den grunnleggende kompetansen i palliasjon bør helsepersonell få gjennom sin grunnutdanning. Barnepalliasjon som fagområde må utformes og etableres for å kunne nå målet om en helhetlig og kvalitativ tjeneste for lindrende behandling og omsorg for barn og deres familier. Av WHO's definisjon av palliasjon fremgår det at palliasjon skal være en del av helsetjenesten også når behandling gis med en helbredende og livsforlengende intensjon.

Definisjonen tydeliggjør dermed at palliasjon ikke «kun» omfatter behandling og lindring ved livets slutt, slik begrepet palliasjon tradisjonelt er omtalt. Kompetanse i palliasjon må derfor være tilstede også når pasientene får behandling med kurativ og livsforlengende målsetting, i tillegg til lindrende behandling ved livets slutt. Norge bør utvikle nasjonale læreplaner og retningslinjer for utdanning der barnepalliasjon er integrert for å møte et allerede eksisterende behov og for fremtiden.

Mvh Natasha Pedersen,



Leder og fagansvarlig i Foreningen for barnepalliasjon FFB

Kilder:

<https://barnepalliasjon.no/fagstoff/utdanning/> (lastet ned 01.08.18)

https://barnepalliasjon.no/wp-content/uploads/2016/08/CPC-education-EAPC-Nov-2013-Final_NO.pdf (lastet ned 01.08.18)

<http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistomradet/delprosjekter/palliativ-medisin/Documents/Krav-utdanningssteder.pdf>

<http://www.eapcnet.eu/Themes/Education/EAPCWhitepaperoneducation.aspx>

[Education in children's palliative care across Europe and internationally, J Downing, J Ling 2012.](#)

[Palliative care for children and young people, RCN Competences; Published by the Royal College of Nursing 2012, s28.](#)

[Palliative care for children with life limiting conditions in Ireland - A National Policy 2009, s. 70.](#)

NOU 2017:16 PÅ LIV OG DØD

<https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>

Postadresse

Foreningen for barnepalliasjon FFB
Postboks 429,
4664 Kristiansand
kontakt@barnepalliasjon.no

Besøksadresse

Tollbodgata 8. 5 etg.

www.barnepalliasjon.no

Telefon

99162223
org.nr 994 763 083



Stiftelsen SOR

01.08.2018

SORs høringssvar – RETHOS

SOR takker for muligheten til å komme med innspill. Vi har tre overordnende kommentarer til de nye retningslinjene.

1. Temaet utviklingshemming må styrkes i helsefagutdanningene

Det er gjennomgående lav kompetanse innenfor tjenester til personer med utviklingshemming og lite kunnskap om utviklingshemming innenfor aktuelle helsetjenesteutdanninger.¹ Barn og voksne med utviklingshemming får ikke de helse- og omsorgstjenestene de har krav på.² Samtidig er mange utviklingshemmede i større grad enn resten av befolkningen avhengig av disse tjenestene. For at denne gruppen skal kunne få et likeverdig helsetilbud er det viktig at temaet utviklingshemming kommer tydeligere inn i utdanningene.

2. Studentene må få menneskerettighetsopplæring

FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og andre menneskerettighetskonvensjoner hvor Norge er part, er av aller høyeste relevans for helsefagutdanningene. Som statspart til CRPD er Norge forpliktet til «å fremme opplæring i de rettigheter som er nedfelt i [CRPD], for fagfolk og personale som arbeider med mennesker med nedsatt funksjonsevne, slik at de lettere kan sørge for den bistand og de tjenester som garanteres gjennom disse rettigheter» (CRPD artikkel 4). I utkastene som foreligger kommer denne forpliktelsen i liten grad frem, og kravet til menneskerettighetsopplæring må derfor få en tydeligere plass i retningslinjene. Kunnskap om

Besøksadresse:

Bentsebrugata 16A
0476 Oslo

Postadresse:

Stiftelsen SOR
Postboks 12 Torshov
0412 Oslo

Fakturaadresse:

Stiftelsen SOR
c/o ASR Accounting AS
Rakkestadveien 1
1814 Askim

www.stiftelsensor.no

sor@sorpost.no

Org.nr.: 984 257 503



menneskerettighetene bør nevnes eksplisitt i de fagspesifikke retningslinjene, og som en del av de ferdighetene studentene skal opparbeide seg.

3. Studentene må få god opplæring i kritisk tenkning

SOR synes det er spesielt bra at retningslinjene for vernepleierutdanningene inkluderer avsnittet «Etter endt utdanning skal kandidaten ha høy etisk bevissthet, gode kommunikasjons- og samarbeidsferdigheter og kunne arbeid målrettet og systematisk for å tilby brukerorienterte tjenester kjennetegnet av kritisk og innovativ tenkning». I 2016 fant Fylkesmennene lovbrudd i 45 av 57 kommuner da de gjennomførte landsomfattende tilsyn med helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming.ⁱⁱⁱ Forholdene må ha vært kjent for svært mange profesjonsutøvere fra profesjoner som sykepleiere, sosionomer, vernepleiere, psykologer og leger, og vitner blant annet om behovet for mer kritisk orienterte utdanningsløp. Som Halvorsen og Løkke påpeker i en kronikk i Khrono «Det kan være at profesjonenes ideer om at studentene skal få en identitet som «advokater for de svake» og roller som politiske aktører ikke har funnet sin materialisering i utdanningen».^{iv}

Å utdanne studenter til kritisk refleksjon rundt eksisterende systemer og praksiser (inkludert praksiser som de selv tar, eller vi ta, del i) er en viktig grunnsten for god og uavhengig forskning og utdanning. Opplæring i systemkritikk er av stor betydning for beskyttelsen av rettighetene til sårbare enkeltindivider, og er nødvendig for å forbedre eksisterende systemer. Det er derfor svært viktig at kritisk tenkning får en sentral plass i retningslinjene.

Med vennlig hilsen

Kjersti Skarstad,
Seniorrådgiver,
PhD statsvitenskap

Jarle Eknes,
Daglig leder,
Spesialist i klinisk psykologi/habilitering

ⁱ NOU 2016:17 På Lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/>

ⁱⁱ Ibid.

ⁱⁱⁱ Helsetilsynet 2017, <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2017/ikke-gode-nok-tjenester-til-personer-med-utviklingshemming/>

^{iv} Halvorsen og Løkke 2018, <https://khrono.no/ytringsmot-demokrati-halvorsen/taushet-er-et-demokratisk-problem/205994>

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 18/9410-9
Saksbehandler: Cathrine Hannevig Welle-Watne
Dato: 01.08.2018

Høring - Forslag til nasjonale faglige retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger (RETHOS)

Det vises til Kunnskapsdepartementets brev av 17.04.18 der utkast til nasjonale faglige retningslinjer for 8 helse- og sosialfaglige bachelorutdanninger sendes på høring. Helsedirektoratet gir uttalelse på retningslinjene for sykepleier-, vernepleier-, fysioterapeut-, ergoterapeut-, radiograf- og sosionomutdanning. Vi har ikke foretatt den tallmessige graderingen som ligger i questback-skjemaet for høringssvar. Etter avtale sender vi derfor vårt høringssvar i brevs form. Det vises også til eget brev om utfordringer knyttet til autorisasjon av helsepersonell datert 23.07.18. Høringsinnspillene er forsøkt inndelt etter hovedspørsmålene i questback-skjemaet. Det foreligger ikke svar på alle spørsmål og tilleggsspørsmål, men flere av disse er berørt i den samlede høringsuttalelsen.

Generelle kommentarer/andre innspill

Til tross for føringene som ligger til grunn for utarbeidelse av retningslinjene er de svært ulikt utformet både i inndelingen i kunnskapsområder, ordlyd og detaljeringsgrad. Det nye styringssystemet har som formål å sikre brede grunnutdanninger med en velferdsfaglig kunnskapsplattform med mye felles innhold i utdanningene. Retningslinjene bør derfor ha en felles oppbygning og grunnprofil. Formålsbeskrivelsene kan for eksempel ha én fellesdel for alle og én profesjonsspesifikk del. Inndelingen i kunnskapsområder bør også ha større grad av likhet. Det foreslås felles læringsutbyttebeskrivelser (LUB) om kjennskap til de andre helse- og sosialfagutdanningene, kunnskap og ferdigheter i samhandling og tverrprofesjonell samarbeidslæring. Dette er bl.a. viktig med tanke på de personellutfordringer vi står overfor, der fleksibel bruk av helsepersonell og oppgavedeling mellom personellgrupper vil være nødvendig i årene fremover. Kunnskap om helse- og sosialpolitikk og kunnskap om helse- og velferdssystemet er et krav i rammeplanforskriften § 2 og burde være likt formulert i læringsutbyttebeskrivelsene for alle utdanningene.

Noen av retningslinjene har LUB på et mer overordnet nivå enn andre. Dette gir større grad av fleksibilitet og autonomi i utarbeidelsen av fagplaner og muliggjør raskere endringer i faglig innhold i tråd med endringer i helse- og velferdstjenestene. Lokale tilpasninger er bra, også når det gjelder å få etablert egnede praksisplasser som tilbyr praksis i tråd med tjenestenes og brukernes behov. Vi er likevel bekymret for at det kan bli for liten grad av nasjonal

standardisering. Helse- og sosialfagutdanningene må ha en sluttkompetanse som sikrer lik kompetanse uavhengig av utdanningssted, som ivaretar pasientsikkerhet og som sikrer likt grunnlag for autorisasjon av helsepersonell. For liten grad av nasjonal standardisering kan også få konsekvenser for ønsket mobilitet av studenter mellom utdanningsstedene både i grunn- og videreutdanningsløpene. Det kan også gi utfordringer med tanke på internasjonalisering og mobilitet av arbeidskraft.

Helsedirektoratet vil særlig påpeke konsekvensene av de nye retningslinjene for autorisasjon av helsepersonell i Norge. De tidligere rammeplanene hadde inndeling i hoved- og delemner med studiepoeng for hvert emne. Praksisstudiene var også angitt i studiepoeng. Det gjorde det mulig for helsemyndighetene å foreta jevn godhetsvurdering av norsk og utenlandsk utdanning ved å sammenholde antall studiepoeng i rammeplaner og fagplaner. Det vises til egen uttalelse om dette i brev til Kunnskapsdepartementet.

Rammeplanforskriften § 2 punkt 5 stiller bl.a. krav om at kandidaten kan anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere i sin tjenesteutøvelse. Retningslinjene ivaretar i stor grad dette, men vi savner LUB som sikrer kunnskap om nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og anbefalinger som gis av sektormyndighetene.

Alle utdanningene bør ha noen felles LUB innen helsefremmende og forbyggende arbeid. Kunnskap og ferdigheter om effektive metoder for endring og mestring mangler for flere av utdanningene. Praksisstudiene bør også inkludere erfaring med helsefremmende og forebyggende arbeid for alle aldersgrupper for de utdanningene der dette er særlig relevant, som sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og vernepleier. Det vises her til føringene gitt i samhandlingsreformen og til Meld. St. 26 (2014-2025) *Fremtidens primærhelsetjeneste – helhet og nærhet*.

Det er viktig at utdanningene er tilpasset dagens og fremtidens helsetjeneste. Pasienter skrives raskere ut fra sykehus og behandling av pasienter skjer i større grad i kommunene. De må også tilpasses utviklingen bruk av medisinsk teknologi og IKT, samt arenafleksible helsetjenester. Utdanningene må også ta opp i seg den styrkede pasientrollen. Pasienter/brukere skal få delta mer aktivt i beslutninger om egen behandling. Det krever en annen type kompetanse hos personellet. Dette er særlig viktig for sykepleierutdanningen, men også for de andre utdanningene.

Felles for flere utdanninger er manglende eller mangelfulle LUB innen psykisk helse og rusproblematikk, velferdsteknologi, koordinatorrollen og individuell plan, kognitive lidelser/funksjonsnedsettelse, pårørendes behov, barn som pårørende, endrings- og kvalitetsforbedringsarbeid, innovasjon mv. Vi ser også at noen av utdanningene (som bioingeniør og radiograf) har LUB knyttet til spesifikke fag som anatomi, fysiologi, molekylærbiologi, genetikk, farmakologi mv. Andre utdanninger (som fysioterapeut og ergoterapeut) har betydelig mer overordnede LUB, der ingen fag/fagområder nevnes. Det bør vurderes om kunnskap i grunnleggende fag bør nevnes eksplisitt i LUB i de enkelte utdanningene.

Krav til praksisstudiene

Det stilles spørsmål om i hvilken grad praksisstudiet for hver av utdanningene er hensiktsmessig og gjennomførbart. Det er vanskelig å vurdere ut fra utkastene til retningslinjer. Det er kun ergoterapeut- og fysioterapeututdanningen som angir krav om praksis både i primær- og i spesialisthelsetjenesten. Det bør også tas inn i retningslinjene for sykepleier- og vernepleierutdanningen. De ulike retningslinjene angir et omfang av praksisperioder som varierer fra minimum 7 uker til minimum 12 uker. Rammeplanforskriften § 3 stiller ikke krav knyttet til omfang, men bl.a. at utdanningsinstitusjonene skal forsikre seg om at det tilbys relevante læresituasjoner, kunnskapsbaserte tjenester og kompetente veiledere. Dette vil kunne gi økt bredde, kvalitet og fleksibilitet i praksisundervisningen. Det vil kunne gjøre det lettere å tilpasse praksis i tråd med tjenestenes og brukernes behov for helse- og velferdstjenester, og gi brukerne, tjenestene og sektormyndighetene økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene. Samtidig ser vi behov for en større grad av nasjonal standardisering for å sikre at kandidatene får tilstrekkelig med praksis både i innhold og omfang og for å unngå for stor variasjon i kandidatenes praksiserfaring. Det er behov for å ha fastsatte krav til omfang og innhold i praksis av hensyn til autorisasjon av helsepersonell, både med norsk og utenlandsk utdanning. Vi vil også understreke behovet for at praksisundervisningen i sykehus innrettes mot dagens og fremtidens sykehus/spesialisthelsetjeneste, jf. uttalelsen ovenfor.

Svakheter i kvalitet og relevans på praksisstudiene ble fremhevet i Meld. St. 13(2011-2012) *Utdanning for velferd*. Kompetente veiledere er sentralt for kvalitet på praksisundervisning. Det er kun retningslinjene for sykepleierutdanningen som stiller krav om formalisert veilederutdanning for praksisveileder med hovedansvar for kandidaten. De bør vurderes å innføre krav om minimum veilederkompetanse for alle utdanningene. Det må vurderes i hvilken grad dette kan medføre mangel på kompetente veiledere i en overgangsfase.

Sykepleierutdanningen

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov?

Retningslinjen skiller ikke mellom sykepleierrollen i primær- og spesialisthelsetjenesten verken i formålsbeskrivelsen eller i læringsutbyttebeskrivelsene. Det anses heller ikke nødvendig så lenge det faglige innholdet i undervisning og praksis har tilstrekkelig bredde og er rettet mot sykepleierens rolle/oppgaver i dagens sykehus, andre deler av spesialisthelsetjenesten og oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjen virker noe svak på LUB knyttet til kunnskap og ferdigheter innen psykisk helse og rusrelaterte lidelser. Generelt synes den å ha en for sterk innretning mot somatikk. Deltagelse i kvalitetsforbedringsarbeid bør tydeliggjøres. Ferdigheter knyttet til individuell plan og koordinatorrollen mangler. Retningslinjen synes å være noe svak på LUB innen forebygging. Helsefremmende og forebyggende arbeid er sentralt i for å redusere behovet for helsetjenester i fremtiden. Kunnskap om effektive metoder for endring og mestring bør tydeliggjøres.

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

Retningslinjen synes i stor grad å være i tråd med brukernes behov, men når det gjelder legemidler er retningslinjen for svak og kan utgjøre en pasientrisiko. Den må stille strengere krav til kunnskap i farmakologi og ferdigheter i legemiddelhåndtering, se nedenfor.

Det foreslås et nytt punkt under "Helse og sykdom", Generell kompetanse: kan planlegge og gjennomføre helsefremmende og forebyggende tiltak til risikogrupper. LUB for sykepleierens rolle i helhetlige pasientforløp (herunder pakkeforløpene) bør styrkes. Kommunikasjon og samhandling med pasient og pårørende er nevnt, men ikke knyttet til andre tjenesteutøvere. Fremtidens helsetjeneste krever at sykepleieren kan jobbe tverrprofesjonelt rundt den enkelte pasient/bruker.

Retningslinjens grad av detaljering med hensyn til utd.institusjonenes behov for autonomi og behovet for nasjonal standardisering

Retningslinjen synes å ha en rimelig god balanse mellom mulighet for lokal tilpasning og behovet for nasjonal standardisering, men på legemiddelområdet vurderes det å være for liten grad av nasjonal standardisering. Her kan det ses hen til retningslinjene for radiografutdanningen.

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

Legemiddelkunnskap er for dårlig ivare tatt i retningslinjen. "Kjennskap til farmakologi" og "har innsikt i legemiddelhåndtering" er ikke tilstrekkelig for sykepleiere som i stor grad håndterer legemidler i sitt arbeid. Dette vil kunne bidra til svært ulik kvalitet på legemiddelkunnskap hos sykepleiere. Feil knyttet til legemiddelhåndtering utgjør en betydelig risiko for pasientsikkerheten. Deltagelse i kvalitetsforbedringsarbeid bør tydeliggjøres. Ferdigheter knyttet til individuell plan og koordinatorrollen mangler. Se også generelle kommentarer.

Er beskrivelsen av praksisstudiet hensiktsmessig og gjennomførbart?

Det fremgår at læringsutbyttebeskrivelser og læringsaktiviteter vil bli utarbeidet i samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedene. Hensiktsmessighet og gjennomførbarhet er derfor vanskelig å vurdere. Direktiv 2005/36/EC setter imidlertid krav til praksis innen 6 bestemte fag-/tjenesteområder. For øvrig anses beskrivelsen av krav til praksisstudier som god. Krav om veilederutdanning på minimum 10 studiepoeng på mastergradsnivå støttes. Hdir støtter flertallsforslaget om å fastsette minimumskrav til antall uker for en praksisperiode for å sikre kvalitet og kontinuitet i praksisstudiene.

I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning?

Retningslinjen fremstår som noe for omfattende for å kunne gjennomføres innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning og bør gjennomgå med tanke på dette. Det bør vurderes om noen av LUB er på et for høyt faglig nivå (masternivå).

Vernepleierutdanningen

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov?

Retningslinjen synes å ivareta kunnskap om selvbestemmelse og brukermedvirkning. Vernepleierens rolle knyttet til styringssystemene og kvalitetsforbedringsarbeid for helse- og omsorgstjenesten bør tydeliggjøres. Vernepleiere må ha bred kunnskap om kommunene og

spesialisthelsetjenesten for å kunne gi et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Vernepleierkompetanse i forebygging av helsemessige og sosiale utfordringer bør beskrives. Det kan også vurderes om kunnskap om forebygging og reduksjon av bruk av tvang og makt bør nevnes spesifikt. Kjennskap til andre helse- og sosialfagutdanninger bør også tydeliggjøres. Det er sentralt for tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling for å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp.

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

Retningslinjen synes å være god på å beskrive brukerens behov for kompetanse i tjenestene, men mangler omtale av sentral kompetanse innen familie- og nettverksarbeid, barn som pårørende og tjenestekoordinering. Punkt 3 i rammeplanforskriften § 2 synes ikke å være tilstrekkelig operasjonalisert i LUB.

Retningslinjens grad av detaljering med hensyn til utd.institusjonenes behov for autonomi og behovet for nasjonal standardisering

Her vises det til generelle kommentarer.

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

Læringsutbyttebeskrivelsene knyttet til kunnskap om legemiddelhåndtering er for uspesifikke og bør styrkes. Forsvarlig legemiddelhåndtering bør også stå som en ferdighet under "Helse, sykdom og funksjonsnedsettelse" ikke bare som kunnskap og generell kompetanse. Kunnskap om rus og avhengighet, vold og overgrep, tvang og makt, pårørendes behov og barn som pårørende er sentrale temaer for vernepleiere og burde fremkomme i læringsutbyttebeskrivelsene. Helsefremmende og forebyggende arbeid kan komme tydeligere frem også i vernepleierutdanningen.

Er beskrivelsen av praksisstudiet hensiktsmessig og gjennomførbart?

Det er vanskelig å vurdere gjennomførbarhet av praksisstudiet på bakgrunn av beskrivelsen i retningslinjen, da denne er veldig knapp. Det bør vurderes et krav om praksis både fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Det vises til de generelle kommentarene.

I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning?

Kommenteres ikke.

Fysioterapeututdanningen

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov?

Generelt synes utkast til retningslinje å være i tråd med nivå 6.2 i NKR. Den synes likevel å være noe for overordnet. Retningslinjen vurderes i stor grad å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov, men den mangler viktige områder som velferdsteknologi og elektronisk samhandling. Det bør stå yrkesetiske retningslinjer som ikke er knyttet til en yrkesorganisasjon. Kunnskapsområdet "Folkehelsearbeid" bør utvides til å hete "Folkehelsearbeid, helsefremmende og forebyggende arbeid". Evne til tverrfaglig samarbeid bør fremgå i formålsbeskrivelsen. Se for øvrig generelle kommentarer.

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

Læringsutbyttebeskrivelsene er utformet slik at de dekker alle aldersgrupper og omtaler både helsefremmende og forebyggende arbeid, undersøkelse og tiltak, og rehabilitering/habilitering. Fysioterapeuter har i stor grad en selvstendig rolle som behandler av sykdommer og skader og LUB knyttet til behandling av pasienter bør inngå i tillegg til instruksjon og veiledning. Kunnskap innen både fysisk og psykisk helse ser ut til å være dekket, men psykisk helse kommer ikke så tydelig frem. Livskvalitet mangler sammen med beskrivelsen av kunnskap om helse og sykdom (side 3 i retningslinjen). Under habilitering, rehabilitering og samhandling bør det inngå delta i tverrprofesjonelt og tverrfaglig arbeid i tillegg til å planlegge og lede. Begrepet helsevesenet bør endres til helse- og omsorgstjenesten. Kunnskapsområdet folkehelsearbeid: Kandidatene bør også ha ferdigheter i bruk av kunnskapsbaserte og effektive metoder for endring av levevaner og mestring av helseutfordringer.

Retningslinjens grad av detaljering med hensyn til utd.institusjonenes behov for autonomi og behovet for nasjonal standardisering

Retningslinjen vurderes å være noe for generell og kan gi rom for lokale tilpasninger som kan medføre stor variasjon mellom utdanningene. Dette vil kunne gi konsekvenser for autorisasjon av fysioterapeuter. Det vises til generelle kommentarer og til Helsedirektoratets uttalelse i eget brev datert 23.07.18 om konsekvenser for autorisasjon av helsepersonell.

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

Det bør vurderes om retningslinjen bør ha LUB innen sentrale fag som anatomi, fysiologi, biomekanikk og patologi. Dette er fag som er grunnleggende for yrkesutøvelsen. Samtidig ser vi at disse fagene kan inngå i LUB under "Kropp, bevegelse og funksjon". Spørsmålet er om dette innebærer at det blir for stor variasjon i innholdet i disse fagene ved de ulike utdanningsinstitusjonene. LUB om kunnskap og ferdigheter i bruk av effektive metoder for endring og mestring bør tydeliggjøres. Retningslinjene for sykepleie, bioingeniør og radiograf har betydelig mer detaljerte LUB både innen kunnskap og ferdigheter enn fysioterapeututdanningen, jf. også generelle kommentarer.

Er beskrivelsen av praksisstudiet hensiktsmessig og gjennomførbart?

Praksisstudier i kommunal helse- og omsorgstjeneste bør ha med bredden i kommunal fysioterapitjeneste, dvs. at kandidatene også bør ha erfaring fra forbyggende oppgaver, som helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Frisklivssentral er også en sentral praksisarena. Minimumskrav til praksisperioder i hhv primær- og spesialisthelsetjenesten, samt krav til innhold og veilederkompetanse anses som ønskelig.

I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning?

Gjennomførbarheten er vanskelig å vurdere ut fra læringsutbyttebeskrivelsene. Det vil lettere kunne sees ut fra lokale fagplaner. Fysioterapistudiet skal kvalifisere kandidater til ett års praktisk tjeneste (turnustjeneste) i primær- og spesialisthelsetjenesten som vilkår for norsk autorisasjon. Det innebærer at mye av den praktiske erfaringen/ferdighetene erverves gjennom turnustjenesten etter endt utdanning. Det er viktig at innhold i bachelorutdanningen og i turnustjenesten samsvarer best mulig.

Ergoterapeututdanningen

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov?

Det foreslås at det i formålsbeskrivelsen gjøres følgende tilføyelse: "Utdanningen skal gi kandidaten kompetanse i å praktisere i tråd med etablert kunnskap, nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og anbefalinger i samarbeid med andre.." Formålsbeskrivelsen bør også omfatte kompetanse i kunnskapsbaserte og effektive metoder for endring og mestring. Under kunnskapsområdet "Samspill mellom kropp.." foreslås det et nytt punkt: kunnskap om betydningen av levevaner for fysisk og psykisk helse. Tilsvarende et punkt om ferdigheter i metoder for å endre levevaner. Begrepet endring bør tas inn i tillegg til mestring. Ergoterapeuter er en sentral yrkesgruppe i kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling. Det bør derfor fremkomme tydelig i LUB at kandidatene får kompetanse til å være oppdatert på avansert velferdsteknologi. Ergoterapeutenes rolle knyttet til kommunale styringssystemer bør også vektlegges. Se for øvrig generelle kommentarer.

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

Se generelle kommentarer.

Retningslinjens grad av detaljering med hensyn til utd.institusjonenes behov for autonomi og behovet for nasjonal standardisering

Se generelle kommentarer.

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

LUB knyttet til psykisk helse mangler. Det bør være konkrete LUB knyttet til velferdsteknologi, universell utforming, og rehabilitering av personer med kognitive funksjonsnedsettelser. Koordinatorrollen bør også nevnes. Arbeidshelse er noe svakt omtalt.

Er beskrivelsen av praksisstudiet hensiktsmessig og gjennomførbar?

Krav til studiets oppbygning og praksisstudiene er godt beskrevet, men det foreslås mer spesifikke krav til ergoterapeutisk kompetanse og ferdigheter. Det kreves praksis både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten uten at omfang er beskrevet. Her vises til våre generelle kommentarer til praksisundervisningen ved bachelorutdanningene. Krav til kompetanse for praksisveiledere nevnes ikke. Her bør det vurderes å ta inne et krav om minimum veiledningskompetanse, jf. generelle kommentarer.

I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning?

Kommenteres ikke.

Radiografutdanningen

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov?

Retningslinjen synes å inneha de kunnskapsområdene som bør være med for å dekke tjenestenes behov. Radiografi utøves i hovedsak i spesialisthelsetjenesten og i private institusjoner og ikke i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

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

Retningslinjen synes å ivareta brukernes behov og pasientsikkerheten ved å sikre at radiografen har grunnleggende kompetanse og ferdigheter som basisfagene i kunnskapsområde I, bildedannelse og bildebehandling, strålevern, risiko, farmakologi (eget kunnskapsområde) og pasientomsorg, observasjon og smittevern.

Retningslinjens grad av detaljering med hensyn til utd.institusjonenes behov for autonomi og behovet for nasjonal standardisering

Retningslinjen er bygget opp med kunnskapsområder knyttet til konkrete fagområder i radiografi-faget, både når det gjelder kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Det legger et godt grunnlag for nasjonal standardisering som sikrer lik kompetanse uavhengig av utdanningsinstitusjon.

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

Kunnskap om og ferdigheter til å kunne benytte gjeldende nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og anbefalinger i sin praksis, mangler. Det bør vurderes om molekylærbiologi bør legges til i kunnskapsområde I.

Er beskrivelsen av praksisstudiet hensiktsmessig og gjennomførbart?

Kravene til praksisstudier er utformet slik at de burde være gjennomførbare. Se for øvrig generelle kommentarer.

I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning?

Kommenteres ikke.

Sosionomutdanningen

I hvilken grad vurderes retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige behov?

Forebyggende arbeid for å hindre at sosiale problemer oppstår, tjenesteinnovasjon og sosionomens rolle i kommunenes styringssystem bør tydeliggjøres i læringsutbyttebeskrivelsene. Det samme gjelder kunnskap og ferdigheter i å delta i og lede kvalitets- og forbedringsarbeid.

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

Retningslinjen synes i hovedsak å være i tråd med brukernes behov for kompetanse. Se også generelle kommentarer.

Retningslinjens grad av detaljering med hensyn til utd.institusjonenes behov for autonomi og behovet for nasjonal standardisering

Retningslinjen synes å ha en god balanse mellom mulighet for lokal tilpasning og behovet for nasjonal standardisering. Se også generelle kommentarer.

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

Det mangler eller er for svake LUB innen velferdsteknologi, tjenesteutvikling, betydningen av tannhelse og ernæring og oppfølging av personer med kognitive funksjonsnedsettelser.

Er beskrivelsen av praksisstudiet hensiktsmessig og gjennomførbar?

Se generelle kommentarer.

I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning?

Kommenteres ikke.

Vennlig hilsen

Torunn Janbu e.f.
fung. divisjonsdirektør

Cathrine H. Welle-Watne
fung. avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
Helse- og omsorgsdepartementet (11)



Oslo kommune
Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Dato: 01.08.2018

Deres ref:

Vår ref (saksnr):

Saksbeh:

Arkivkode:

201800064-51

Heidi Engelund, 23461587

343

**HØRING - FORSLAG TIL NASJONALE RETNINGLINJER FOR HELSE- OG
SOSIALFAGUTDANNINGER (RETHOS)**

Det vises til høringsbrev fra Kunnskapsdepartementet av 17.04.2018 om forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialutdanningene.

Oslo kommune ved byråd for eldre, helse og arbeid avgir følgende høringsuttalelse:

Oslo kommune viser til høringsbrev fra Kunnskapsdepartementet av 17.04.2018 om nasjonale retningslinjer for helse- og sosialutdanningene. Kommunen ønsker tett samarbeid med universitet og høyskoler for å utvikle byen til en nasjonal og internasjonal kunnskaps- og studenthovedstad. Kommunen ser det som positivt å kunne avgi høringsuttalelse.

Retningslinjene er sendt på høring til bydeler, etater og brukerråd i Oslo.

Oslo kommune vektlegger at det er en rekke forhold som anses som grunnleggende og felles for helse- og sosialfagene, og har derfor valgt å trekke dette ut i én felles innledning før de enkelte utdanningene kommenteres.

Utdanningene som omtales i høringen gjelder utdanninger hvor mange tjenester i Oslo kommune har studenter i praksis og faggruppene utgjør en vesentlig andel av kommunens medarbeidere. Primærhelsetjenesten har et økende behov for alle disse profesjonene i tida som kommer, særlig gjelder dette helseutdanningene. Primærhelsetjenesten vil vokse som følge av at befolkningen lever lengre, ofte med ulike og samtidige sykdommer og hjelpebehov, de bor lengre hjemme og det tas i bruk nye behandlingsmetoder og ny teknologi. Det er i disse tjenestene det store omfanget av spennende jobber vil komme og som studentene må skoles til å kunne arbeide i. Sykehjem og helsehus får i stadig større grad oppgaver som tidligere ble ivaretatt i spesialisthelsetjenesten, og som krever høyt kvalifisert personell. Primærhelsetjenesten er en svært godt egnet praksisarena ikke bare for å styrke basale, grunnleggende sykepleieferdigheter, men også for å gi studentene kompetanse i komplekse,

Byrådsavdeling for eldre, helse
og arbeid

Postadresse:

Rådhuset, 0037 Oslo

E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no
Org.nr.: 876819872

sammensatte diagnoser og sykdomsbilder. Kunnskap og innsikt i samhandling og sammenheng i helsetjenesten opparbeides også i stor grad gjennom praksis i primærhelsetjenesten.

Oslo kommune vil påpeke at retningslinjene for de ulike utdanningene er forskjellig hva gjelder kvalitet og detaljeringsnivå. Det kan synes som om dokumentene ikke er sammenlignet og sikret likeverdig begrepsbruk og besvarelse. Beskrivelsene varierer for eksempel hvorvidt en utdanning skal gi «kvalifiserte profesjonsutøvere», «kvalifiserte, praksisorienterte og reflekterte profesjonsutøvere» eller om utdanningen skal være «kunnskapsbasert og praksisrettet». Mens noen retningslinjer trekker fram behovet for digital kompetanse, nytenkning og innovasjonsprosesser, gjør andre ikke det. Det er derfor uklart hvorvidt departementet anser at praksisorientering, refleksjon, digital kompetanse og nytenkning kun er avgjørende i noen utdanninger eller om dette er glemt. Oslo kommune vurderer at dette er egenskaper som forventes av samtlige utdanninger og vil påpeke at det i tillegg til digital kompetanse generelt kreves god evne til skriftlig dokumentasjon.

Det er viktig for Oslo kommune at de ulike helse- og sosialfagutdanningene tilfører studentene kunnskap og ferdigheter slik at de kvalifiseres til å møte brukere gjennom hele livsløpet. Innbyggere som kommer i kontakt med tjenesteapparatet har ulike ressurser og behov. De er ofte i en sårbar livssituasjon. Samtidig møter tjenestene stadig flere brukere som er godt opplyst om sine muligheter og rettigheter.

Flere skal kunne bo trygt hjemme og leve selvstendige liv. Alle skal ha tilgang til likeverdige tjenester av høy kvalitet. Innbyggerne skal møtes av sammenhengende og tilgjengelige tjenester der medarbeiderne har riktig kompetanse og evner å anvende denne i møte med mangfoldet av brukergrupper. Studenter med bachelorutdanning forventes å kunne identifisere den enkelte brukers særskilte behov, ha fokus på ressurser og mestringsevne. De tiltakene som iverksettes skal meisles ut i dialog med bruker, i enkelte tilfeller også med pårørende/foresatte. God informasjon, åpenhet og forutsigbarhet er grunnleggende for at innbyggerne skal ha tillit til tjenestene.

Oslo kommune støtter departementets mål om at retningslinjene må være på et overordnet nivå slik at institusjonene kan konkretisere nasjonale retningslinjer i lokale planer for derigjennom å møte ulikheter og sikre lokale tilpasninger. Imidlertid må retningslinjene være tydelige på grunnleggende kunnskaper og ferdigheter slik at utdanningsinstitusjonene ikke gis frislipp i hva som skal vektlegges og være satsningsområder.

Det støttes også at det må sikres en helhet og sammenheng mellom fag, emner, teori og praksis. Dette vil kreve at tjenestene det utdannes til får større innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene, og at det blir nødvendig med et tydeligere og mer strukturert samspill mellom tjenestene og utdanningene. Det settes i tillegg store krav til samarbeid mellom ulike lokale tjenester. Utdanningene må kvalifisere studentene til tverrfaglig samarbeid og til å prioritere ulike oppgaver. Tilsvarende bør de ulike fakultetene og instituttene ved utdanningsinstitusjonen samarbeide ved utvikling av studiene og gjennomføring av praksis. Tverrfaglig samarbeid og samhandling må være gjennomgående både i studier og tjenester.

Samhandlingsreformen med nye forventningene til kommunene stiller krav til samarbeid. I pasientforløp mellom og innad i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er det sårbare overganger. Oslo kommune anbefaler at samarbeid om fellesemner på tvers av helse- og sosialfagene tas inn i læringsutbytte for alle utdanningene, for derigjennom at kunnskap om samhandling og informasjonsutveksling ved overgangene tillegges større vekt. Det bør

vurderes om deler av studiene kan gjennomføres gjennom felles temaforelesninger og praksis sammen med andre utdanninger. Studenter som får teoretisk og praktisk trening i å se og løse problemer sammen, har et bedre grunnlag for konstruktivt samarbeid når de kommer ut i arbeid.

Oslo kommune vurderer at det er en rekke ulike kompetanseemner som samtlige studenter innen helse- og sosialfag bør inneha. Det er viktig å avdekke omsorgssvikt, vold, overgrep, rus, og sosioøkonomiske problemer så tidlig som mulig og følge opp med nødvendige tiltak. Det er avgjørende at alle yrkesgrupper utdanningsinstitusjonene her representerer innehar dette. Vold og overgrep skjer inn mot ulike sårbare grupper både i private hjem og på institusjoner og er utfordrende å avdekke. Traumekompetanse er viktig for økt bevisstgjøring i roller og ansvar i møte med traumatiserte brukere. Kunnskap om vold, traumer og psykisk helse er viktig for alle aldersgrupper.

Kunnskap om arbeidsinkludering er trukket fram under barnevern. Oslo kommune vil påpeke at dette også er et tema som samtlige helse- og sosialfagutdanninger bør ha. Mange mennesker med helsebelastninger, funksjonsnedsettelse, sosiale utfordringer o.l. kan med bistand delta i det ordinære arbeidslivet. Selv om ikke alle har full arbeidskapasitet skal disse menneskene få utnyttet sine evner og interesser, samtidig som samfunnet får arbeidskraft. Deltakelse i arbeidslivet kan i seg selv være helsebringende.

Retningslinjene hensyntar samene i det de har status som urfolk. Oslo kommune vil påpeke at den norske befolkningen er blitt betydelig mer heterogen enn tidligere og forutsetter at utdanningene gir kulturkompetanse slik at det sikres likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet, uavhengig av sosiokulturell bakgrunn, religion, kjønn, etnisitet, funksjonsevne, seksuell orientering o.l. Videre er for eksempel relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse avgjørende slik at medarbeiderne forstår og kan håndtere ulike situasjoner med innbyggerne.

Det finnes en rekke velferdstjenester som kan ytes på forskjellige måter innenfor juridisk ramme. Tjenesteutøverne må kjenne handlingsrommet og kunne bruke dette i tråd med innbyggernes behov, ønsker og rettigheter og takle dilemmaer som måtte oppstå i denne sammenheng. Universitet og høyskoler må på sin side være oppdatert på nye retningslinjer knyttet til nytt lovverk og ihensynta innspill som er kommet gjennom høringer o.l. Et eksempel er konsekvenser av de nye personvernreglene i EUs forordning om personvern (GDPR).

Samtlige utdanninger forutsetter at praksis gjennomføres i nært samarbeid med lokale tjenester. Tidligere ble tjenestene økonomisk kompensert, mens ressursene i dag er samlet og lagt til utdanningsinstitusjonene hvor midlene for eksempel brukes til samarbeidsprosjekter, stipendiatstillinger og lignende. Oslo kommune vil påpeke viktigheten av at innretning og bruk av disse midlene skjer i tett samarbeid med praksisfeltet.

Læringsutbyttebeskrivelsene er omfattende og det er ikke gitt at alle kompetansebehov i praksisfeltet kan dekkes innen en bachelor. Oslo kommune stiller spørsmål ved om det er realistisk å kreve at en bachelorstudent skal kunne planlegge og gjennomføre systematiske kunnskaps- og utviklingsprosjekter, og foreslår at studentene heller skal bidra inn i slike prosesser. Oslo kommune anbefaler at utdanningsinstitusjonene legger til rette for livslang læring i videre- og masterutdanninger.

Kommentarer til de enkelte utdanningene:

Barnevernspedagog

Oslo kommune vil i fremtiden ha behov for barnevernspedagoger som arbeider kunnskapsbasert og reflektert med evne til å se både enkeltbarn og familier i utsatte livssituasjoner. Arbeidet skal skje i nært samarbeid med de involverte som ofte befinner seg i komplekse situasjoner. Dette stiller store krav til relasjons- og kommunikasjonskompetanse. Å snakke med barn krever egne ferdigheter og en særskilt bevissthet om tid, sted og rom for samtalen.

Kunnskapsbeskrivelsen for barnevernspedagog vurderes generelt som godt. Oslo kommune vektlegger at kunnskapen må inkludere prosesser på ulike nivåer som individ og familie, gruppe og samfunn. Grunnleggende kompetanse om barne- og ungdomspsykologi er en selvfølge. Det er positivt at kunnskap om sosioøkonomiske ulikheter og sammenhenger trekkes fram, hvilket inkluderer levekårutsatte barnefamilier og generasjonsperspektivet.

Oslo kommune savner fokuset på samarbeid om fellesemne med andre helse- og sosialfag og da særlig sosionomstudiet. Oslo kommune støtter kravene som er satt til praksisstudiene, men går i tillegg inn for at det settes profesjonskrav til veileder. Veileder skal være barnevernspedagog, alternativt sosionom.

De felles læringsutbyttene bør først og fremst ivareta det mer varige kunnskapsgrunnlaget i barnevern og må formuleres slik at utdanningsinstitusjonene kan forholde seg fleksibelt og kritiskanalytisk til både kompetansebehovet og metodene som anvendes i praksisfeltet. Utdanningsinstitusjonene må også kunne velge ut noen spesialiseringsområder som kan utvikles med forskning og satsing på en utdanningsprofil. For Oslo kommune er det viktig at læringsutbyttet i de profesjonsspesifikke nasjonale retningslinjene gjenspeiler den kompetansen som tjenestene og brukerne har behov for og at utdanningene gir et likeverdig tilbud til studentene på landsbasis.

Ergoterapeut

Som ergoterapeut i Oslo kommune trenger man bred kunnskap om hvordan samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser påvirker mennesker gjennom hele livsløpet. Det er behov for ergoterapeuter som arbeider kunnskapsbasert, som kan anvende ergoterapeutiske redskaper og skreddersy tiltak sammen med brukeren slik at tiltakene får best mulig effekt for den enkelte. Ergoterapeut skal kunne veilede brukere, pårørende og kjenne til og mestre samarbeidet med andre faggrupper. For å sikre gode pasientforløp må studenten ha kunnskap og ferdigheter i anvendelse av verktøy som beskriver og kommuniserer helserelaterte forhold i tverrprofesjonell behandling. Som følge av dette vurderer Oslo kommune at retningslinjene i stor grad er i tråd med tjenestenes kompetansebehov og at brukerne vil bli godt ivaretatt når ergoterapeut mestrer de foreslåtte læringsutbyttebeskrivelsene.

Oslo kommune støtter at områdene teknologi og hjelpemidler er gitt tydelige krav både når det gjelder kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Anvendelse av disse må ha som mål å øke grad av selvstendighet, aktivitet og deltakelse i eget liv, ved å kompensere for tapt eller redusert funksjon, sykdom eller skade.

Oslo kommune ser det som en fordel at det er foreslått fellesemne i tredje studieår. I retningslinjen er fellesemne og innretningen for dette svakt beskrevet og bør utdypes ytterligere. Fellesemner kan inkluderes både i den teoretiske og praktiske delen av utdanningen

og man kan løse og øve på oppgaver på tvers av helse- og sosialfag. Nettbasert undervisning vil være godt egnet til formålet.

Retningslinjen foreslår minimum åtte uker sammenhengende praksis hvert studieår. Oslo kommune anbefaler at praksisperioden i første studieår nedjusteres til 3-4 uker og at resterende uker flyttes til andre og tredje år. En lang praksisperiode første studieår får negative konsekvenser for det teoretiske fundamentet som er viktig å ha for å utføre ergoterapeutiske tiltak. Det kan også by på utfordringer å rekruttere gode praksisveiledere til å lære opp studenter i både grunnleggende teori og praksis. Ved økt omfang av praksis i andre og tredje studieår kan studentene i større grad fokusere på å mestre oppgaver, kunnskaper og ferdigheter som de skal opparbeide seg innen de er ferdigutdannet. Oslo kommune støtter at praksisveileder skal være utdannet ergoterapeut.

Fysioterapeut

Oslo kommune har behov for fysioterapeuter som arbeider kunnskapsbasert med god kompetanse i å undersøke, vurdere og diagnostisere forhold knyttet til kropp, bevegelse og funksjon. Fysioterapeuten skal behandle, habiliter og rehabilitere. Ergonomi og ny teknologi er virkemidler som medarbeidere skal kunne benytte. Det skal fokuseres på brukermedvirkning, mestring og hva som er viktig for den enkelte. Fysioterapeuten er også en viktig medspiller i tverrprofesjonell/-sektoriell samhandling. Oslo kommune savner fokuset på samarbeid om fellesemne med andre helse- og sosialfag.

Det foreslås obligatoriske praksisstudier som dekker minst 1 200 timer (30 uker fulltid) og at det i løpet av de 2 siste årene skal gjennomføres minst to praksisperioder av 7 ukers varighet. En av disse skal gjennomføres i primærhelsetjenesten. Oslo kommune støtter at bred og variert praksis er viktig for at studentene skal utvikle et tilfredsstillende kompetansenivå, samtidig er kommunen opptatt av at innhold og kvalitet i praksisstudiene er vel så viktig som lengden på praksisperioden. Når praksis utgjør en så omfattende del av studiet, fordrer det at utdanningsinstitusjon og praksissted samarbeider tett om planlegging og gjennomføring. Innhold i læringsutbyttebeskrivelser og vurderingsformer må tilpasses praksisperiodenes varighet og egenart og må være kjent for og gjennomarbeidet av partene. Dette anbefales ytterligere tydeliggjort i retningslinjen. Oslo kommune støtter at praksisveileder som hovedregel skal være fysioterapeut med norsk autorisasjon og ha formell veilederkompetanse. Hvis krav om veilederkompetanse innføres vil dette ha en økonomisk konsekvens for kommunene, og det forventes at staten kompenserer kommunene for dette.

Oslo kommune vurderer at retningslinjen er gjennomførbar innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning og at innholdet i stor grad er i tråd med tjenestens og brukernes behov.

Sosionom

Oslo kommune vil i fremtiden ha behov for sosionomer som arbeider kunnskapsbasert og reflektert med prosesser på ulike nivåer som individ, gruppe og samfunn. Hovedvekten av sosionomers arbeid er individuelt sosialt arbeid. I tråd med formålsparagrafen skal sosialtjenesteloven også bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Dette forutsetter større tyngde av kunnskap og ferdigheter innen gruppe- og samfunnsarbeid enn hva som har vært vektlagt i senere tid. Oslo kommune støtter at samfunnsaspektet ved sosialt arbeid påpekes. Et eksempel er at studiet vektlegger ferdigheter knyttet til likeverd og mangfold, deltakelse og representasjon, både gjennom individuelt arbeid og samfunnsarbeid.

Studiets oppbygging forutsetter praksis. Oslo kommune støtter at de lokale utdanningene har mulighet til lokal organisering av praksis, og at det bør tilstrebes at studenten får erfaring fra to ulike praksisfelt. Oslo kommune støtter videre at veileder som hovedregel skal være sosionom. Det bør legges én felles brutto tidsramme for praksis som en del av den teoretiske utdanningen.

Beskrivelsen av sosionomutdanningens læringsutbytte og studiets oppbygging vurderes generelt som godt.

Sykepleier

Oslo kommune har behov for sykepleiere med bred kunnskap om pleie, omsorg og behandling av ulike helsetilstander og komplekse sykdomsbilder. Sykepleier har ansvar for å gjøre selvstendige kliniske vurderinger, prioriteringer og beslutninger og møter sårbare pasienter gjennom hele livsløpet. Brukerkunnskap og tillit er sentralt da tiltak som iverksettes skal være tilpasset den enkelte. Oslo kommune trenger sykepleiere som har grunnleggende kunnskap om digitalisering. Sykepleier har et viktig ansvar i å veilede pasienter, pårørende og kollegaer og er dermed en viktig ressurs i samhandlingen mellom ulike tjenester.

For at retningslinjen skal være i tråd med tjenestens og brukernes behov foreslår Oslo kommune flere presiseringer.

Sykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert. Erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og funn ved forskning er viktig for god yrkesutøvelse. For å mestre dette bør det framkomme i læringsutbyttet at studentene skal ha kunnskap og ferdigheter relatert til kunnskapsbasert praksis som metode.

Oslo kommune mener også at sykepleiere må ha *bred* kunnskap om aldringsprosessen og eldres særlige behov. Likeledes at det er for lavt kunnskapsnivå at studenten skal *kjenne til* farmakologi. For å sikre forsvarlig kunnskapsnivå må det kreves at studentene *skal ha innsikt i forsvarlig legemiddelbehandling og ha kunnskap om legemidler og hvordan disse virker på barn, voksne og eldre*. Kompetanse i brukermedvirkning og fokus på mestring bør fremheves tydeligere som del av ferdigheter og generell kompetanse. Oslo kommune finner det heller ikke tilfredsstillende at kompetanse om kulturelt mangfold er utelatt, og mener dette må med som egen del av læringsutbyttet.

Helsevesenet i Norge er i rask utvikling, det foregår mye endringsarbeid og ny teknologi tas i bruk. På bakgrunn av dette foreslås at det tas inn i retningslinjen at sykepleiere skal ha implementeringskompetanse. Oslo kommune mener også at sykepleiere må ha ferdigheter i å anvende relevante velferdsteknologiske løsninger. Det er ikke tilstrekkelig at sykepleiere kan anvende relevant medisinsk-teknisk utstyr.

Etter Oslo kommunes oppfatning skal praksis være heldøgns og over flere uker. Antall uker og timer er ikke det viktigste, men kvalitativt gode praksisplasser og kompetente veiledere har betydning. Mer systematisk bruk av simulering kan bidra til å effektivisere praksisstudiene.

Primærhelsetjenesten tilbyr både allsidige og utfordrende problemstillinger, og behovet for sykepleiere vil i fremtiden være størst i denne delen av helsetjenesten. Herav foreslår Oslo kommune at studentene tilbys praksis i kommunen ikke bare i første studieår men også det tredje året. Dette vil være et viktig tiltak også for rekruttering av sykepleiere til tjenesten.

Oslo kommune støtter at veileder skal være sykepleier og ha veilederutdanning tilsvarende minimum 10 studiepoeng på mastergradsnivå. Dette har en økonomisk konsekvens for kommunene, inkl. at sykepleiere tas ut av arbeidsstedet, og det forventes at staten kompenserer kommunene for dette.

Vernepleier

Oslo kommune vil i fremtiden ha behov for vernepleiere med kunnskaper om funksjonsnedsettelse og samfunnsmessige forhold som skaper funksjonshemming i et livsløpsperspektiv. Vernepleiere skal kunne samarbeide med brukere, pårørende og andre tjenesteytere for å fremme selvbestemmelse, deltakelse, mestring, helse og livskvalitet. Oslo kommune vurderer at innholdet i retningslinjen i stor grad er i tråd med tjenestens og brukernes behov.

Vernepleiere møter sårbare brukere og Oslo kommune mener det er vesentlig at studenten har god kompetanse i relasjonsbygging, medbestemmelse og i kartlegging av samtykke. Dette må derfor tydeliggjøres i retningslinjen. Oslo kommune mener det er viktig å nevne særskilte grupper i formålet slik retningslinjen beskriver.

Det foreslås å legge til rette for studentmobilitet og at det skal være mulig med valgbart fordypningsevne. Oslo kommune stiller seg positiv til dette.

Beskrivelsen av vernepleierutdanningens læringsutbytte og studiets oppbygging vurderes generelt som godt, og som gjennomførbart innenfor rammen av en 3-årig bachelorutdanning.

Med hilsen

Svein Lyngroth
konst. kommunaldirektør

Kari Elisabeth Sletnes
konst. seksjonssjef

Godkjent elektronisk

Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)

Fagforbundet har mottatt høring om Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Retningslinjene har vært behandlet av Fagforbundets faggruppe for barnevern, faggruppe for sykepleiere, Sektorpolitisk enhet, Yrkesseksjon Helse og Sosial og er politisk godkjent av styret i Yrkesseksjon Helse og Sosial. Her følger våre merknader.

Bakgrunn

Høsten 2017 startet utviklingen av de nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene. Forslag til nasjonale retningslinjer for utdanningene i fase 1 er sendt på høring. Prosjektets mål er å utarbeide nasjonale retningslinjer for hver enkelt av grunnutdanningene i helse- og sosialfag. Retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene.

Prosjektet for utvikling av retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene er inndelt i to faser.

Fase 1 består av de åtte rammeplanstyrte utdanningene: barnevernspedagog-, bioingeniør-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, radiograf-, sosionom-, sykepleier-, og vernepleierutdanningen.

Fase 2 omfatter de resterende helse- og sosialfagutdanningene: audiograf-, farmasi-, medisin-, tannlege-, optiker-, ortopediingeniør-, psykolog-, tannpleier- og tannteknikkutdanningen, samt klinisk ernæringsfysiologutdanningen.

Retningslinjene er en del av et nytt styringssystem. Det nye styringssystemet har som mål at utdanningene selv, tjenestene og brukerne får økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene. Retningslinjene skal også utformes i tråd med tjenestenes og brukernes kompetansebehov.

Generelle merknader

Fagforbundet mener helse, miljø og sikkerhet er et helt sentralt tema i yrkesutøvelsen i alle yrker, og dette må gjenspeiles i de nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene. Yrkesutøvere med helse- og sosialfaglige utdanning møter helse-, miljø- og sikkerhetsutfordringer fra dag én i arbeidslivet. Derfor er det viktig at dette er tema i alle utdanningene, ikke bare tilfeldig i praksisperioder, men det må konkretiseres i retningslinjene og framgå av studieplaner.

Et læringsutbytte fra de helse- og sosialfaglige utdanningene må være at studentene har fått kompetanse i samhandling og samarbeid. Dette er med i de foreslåtte retningslinjene og framgår av forskrift om felles rammeplan. Fagforbundet benytter likevel muligheten til å understreke viktigheten av dette, fordi det er svært viktig at de ulike yrkesgruppenes faglige potensial kommer til sin rett i arbeidet med å levere kvalitativt gode tjenester. Samhandling og samarbeid tverrfaglig og tverrprofesjonelt omfatter alle ansatte uavhengig av utdanningsbakgrunn.

Fagforbundet mener også at kunnskap om arbeidslivet i vid forstand – om arbeidslivslovgiving, partenes rolle i arbeidslivet, den norske modellen og dens historie, må få en plass i utdanningene og dermed i retningslinjene. Ikke bare fordi studentene skal ha kjennskap til egne rettigheter, men også ha forståelse for arbeidslivets spilleregler i alminnelighet, og omkring endring, omstilling og medvirkning i særdeleshet. Omstillingstempoet er høyt i helse- og sosialtjenestene, og vil over all sannsynlighet fortsette å være det lenge. Mange av dem som tar disse utdanningene kommer til å få lederfunksjoner og skal være med å forme tjenestene. Kunnskap om samspillet mellom arbeidslivets ulike aktører, slik som fagorganisasjonene og vernetjenesten, er derfor å regne som kjernekompetanse i helse – og sosialfaga.

Om retningslinjene for barnevernspedagogutdanninga

Fagforbundet mener at det her pekes på de sentrale målene som må oppnås for at utdanningen skal sikre god hjelp til barn. Fagforbundet er opptatt av det pågående kompetansearbeidet som BUFdir utfører. Dette kompetansearbeidet har gjort en kartlegging av behovet for kompetanse som bør tas med i det videre arbeidet med retningslinjene.

Fagforbundet anser læringsutbyttebeskrivelsene for utdanninga for å være god og har ingen tillegg til hva barnevernsarbeideren skal kunne noe om etter endt utdanning.

Kunnskapsbeskrivelsene er gode. Når det gjelder ferdigheter ønsker vi et nytt punkt 18:

- Kan anvende arbeidsmiljøloven for å vurdere om forutsetningene for å utøve god faglighet er tilstede.

Fagforbundet mener at innsikt i arbeidsmiljølovens bestemmelser bør gjenspeiles under dette punktet, ikke minst for å kunne vurdere foreldres arbeidsforhold. Denne kunnskapen kan være sentral for å kunne gi riktig hjelp til rett tid. Kunnskap til arbeidsmiljølovens bestemmelser kan også svare opp minste inngreps prinsipp i barnevernsloven.

Fagforbundet er godt fornøyd med at det legges vekt på at utdanningen skal organiseres slik at den fremmer integrering av teori og praksis. En praksisnær utdanning er helt nødvendig for å sikre den nødvendige kompetansen. Fagforbundet mener også at utdanningen bør være obligatorisk for å sikre at studentene får den trening som er nødvendig for yrkesutøvelsen av barnevern.

Fagforbundet mener at det burde være mer praksis enn 20 uker. Vi ser at dette er en utfordring i forhold til innlæring av kunnskapen så lenge bachelorutdanningen er 3 årig. Vi mener dette reiser spørsmålet om førpraksis skal være et krav for opptak til studiet.

Om retningslinjene for vernepleierutdanningen

Disse retningslinjene er gode og dekkende slik de foreligger. Fagforbundet ser imidlertid at noen av punktene i retningslinjene for vernepleierutdanningen er overlappende. Det er mulighets noe av en skjønnhetsfeil, men vi vil forslå at punkt 4 under ferdigheter i kapittel 2 blir med i kapittel 1. (Punktet handler konkret om etikk, som er overskrift til kapittel 1) Det samme gjelder punkt 1 i kapittel 2 under «generell kompetanse» - hører det også hjemme i kap. 1?

Om retningslinjene for sykepleierutdanninga

Under «Formål» sies det at «Retningslinjen skal sammen med forskriften sikre at utdanningsinstitusjonene i et forpliktende samspill med praksisfeltet, tilbyr en praksisnær, profesjonsrettet og forskningsbasert sykepleierutdanning med høy faglig kvalitet.» Dette er selvfølgelig målsettinger Fagforbundet støtter, men vi vil likevel utfordre departementet til å definere tydeligere hva som ligger i et begrep som «forskningsbasert».

Sykepleierutdanningene har de siste åra blitt kritisert for en uheldig form teoriutvikling og for å ikke ha nok fokus på praktiske ferdigheter. Derfor bør det være tydelig i retningslinjene hva en legger i «forskningsbasert». Slik Fagforbundet ser det betyr «forskningsbasert» først og fremst at undervisning skal bygge på oppdatert kunnskap, som bygger på anerkjente vitenskapelige metoder. Det betyr for eksempel ikke nødvendigvis at undervisere må presentere eller drive utstrakt egen forskning.

Fagforbundet mener intensjonen om at praksisveiledere skal ha veiledningsutdanning tilsvarende minimum 10 studiepoeng på mastergradsnivå er god, med fremstår i dag lite realistisk. Krav om veiledningsutdanning er viktig og nødvendig, men Fagforbundet mener at det må vurderes på hvilket nivå og på hvilken måte veiledningsutdanninga skal gjennomføres. Kvalifiserte praksisveiledere må være målsettinga, og det er ikke gitt at utdanning på masternivå er den beste løsninga for å nå den.

Fagforbundet mener intensjonen om å bygge ned skillet mellom praksis i kommune- og spesialisthelsetjeneste i seg selv positivt. Likevel er det vanskelig å påstå at det ikke er forskjell. Spesialisert behandling, særlig med mange avanserte sykepleieprosedyrer skjer fortsatt primært i spesialisthelsetjenesten. Derfor er det viktig at studentene får erfaring fra begge steder, både for å få denne mer spesialiserte behandlinga, men og for å styrke samhandlingskompetansen. Fagforbundet mener at samhandling mellom tjenestenivåer, yrkesgrupper og tjenestegrener blir viktigere og viktigere, særlig for denne yrkesgruppa.

Fagforbundet mener retningslinjene slik de foreligger mangler et punkt om kunnskap om den eksistensielle sida ved mennesket. En sykepleier kommer svært ofte i kontakt med mennesker i krise, og gjerne òg mennesker som nærmer seg slutten av livet. Kunnskap om eksistensielle spørsmål og eksistensielle/åndelig omsorg er viktig. Særlig blir det viktig nå som Norge blir mer mangfoldig, både ved at andelen kristne synker og delen som identifiserer seg som ikke-religiøse øker, men òg fordi det er mange innvandrere med forskjellige tros- og livssyn.

Fagforbundet vil støtter flertallet i dissensen nederst på side 10. Fagforbundet mener flertallets formulering er tydeligere og bedre. Det er viktig at alle sykepleierstudenter har minst to praksisperioder på 7 uker eller mer som inkluderer døgntkontinuerlig oppfølging av pasienter. Særlig for sykepleiere i kommunehelsetjenesten er det viktig å utvikle sitt kliniske blikk og sin kliniske selvstendighet, før man kommer ut i arbeidslivet. Svært mange av de sykepleierstudentene vi organiserer rapporterer om et «praksissjokk», en opplevelse av utilstrekkelighet når de kommer ut

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Nannestad kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 29. Begrunn svaret
 - Har med relevante faktorer som digitalisering/innovasjon, etikk/kommunikasjon, og endringer etter samhandlingsreformen
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 31. Begrunn svaret
 - Fokus på helse/mestring og forebygging som er viktig i fremtiden
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 7
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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
- 38. Begrunn svaret
 - Omfang er mer på linje med lærerutdanning (4-5 år)
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - Ikke tatt stilling til dette
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Helse Møre og Romsdal HF
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke

- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Nei
- 36. Begrunn svaret
 - o I første studieår mener vi at studentene vil få større utbytte av praksis i to bolker a fire uker slik at de kan observere og få kjennskap til områder for yrkesutøvelse. De har begrenset med kunnskap første studieår og derfor begrenset mulighet for selvstendig arbeid.
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Private sykehus
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Diakonhjemmet Sykehus AS
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 29. Begrunn svaret
 - o Oppbygging og layout kan fremstå ryddigere med punktmarkering og klarere begrep knyttet til faget (menneske, aktivitet og omgivelser - metodisk bruk av aktivitet)
Retningslinjen mangler god og konsekvent begrepsbruk. LUB II bør omgjøres til "Samspill mellom person, aktivitet og omgivelser".
Savner generelt fokus på ferdighet- og aktivitetsperspektivet samt deltakelse fremfor begrepet funksjonsvurdering.
Utkastet har en uklar/mangelfull beskrivelse av spillet Menneske-Aktivitet-Omgivelser og de ferdighetene studentene skal utvikle for å kartlegge dette. Savner bedre integrasjon av livsfaser. Ergoterapeutiske intervensjoner må inkludere individ-, gruppe og samfunnsnivå. (ref. generell kompetanse LUB III og IV). LUB V og VI kan med fordel sammenslås. Da kan en også få frem at teknologi og hjelpemidler kan fremme aktivitet, deltakelse og gi økt livskvalitet. LUB VI, pkt 4 bør omskrives da det er "faktorer" og ikke "problem" som påvirker individets aktivitetsmuligheter og livskvalitet
Ang. teknologi og hjelpemidler kan omformuleres til generelt til "utforming av omgivelser" ettersom det skal favne offentlige rom i tillegg til bolig.
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 3
- 31. Begrunn svaret
 - o Uklart spørsmål: "Brukere" i spørsmålet tolkes av oss som "bruker av tjenesten" ikke student (bruker av utdanning). Svar er ihht denne tolkningen.
Nøkkelferdighet som bør være gjennomgående er Metodisk bruk av aktivitet.
Ferdigheter bør beskrives med korrekte begrep knyttet til ergoterapifaget og utøvelse. Eks. «Kan anvende kunnskap om ferdigheter knyttet til aktivitetsutførelse» og «Kan anvende metodisk bruk av aktivitet i kartlegging og intervensjon» (ADL er ikke et verktøy!!), «Kan anvende kunnskap om krav til sansemotorikk, kognisjon og kommunikasjon knyttet til aktivitetsutførelse og deltakelse»
Generell kompetanse bør inkludere kritisk vurdering av kilder (KBP).

Fremstår som unødig spesifikt å benevne palliativ og behandlende ergoterapi i LUB IV, pkt. 4. Bør komme som del av kunnskap om livsfase og generell kompetanse.

- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 7
- 33. Begrunn svaret
 - o Mange ferdigheter er diffuse og som nevnt mangler det en del konsekvent fagspesifikk begrepsbruk. Bør være noe mer tydelig i hovedområder på basis krav om ferdigheter, kan være litt tydeligere i nasjonale krav. Eksempelvis "relevante brukergrupper", - hva legger en i dette, - hvilke brukergrupper skal studentene kunne hvor mye om? Igjen, punktform en fordel for å gi oversikt over krav og vurderingsformer.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Yrkesetiske retningslinjer under LUB I.
Under samhandling (LUB VII) kan en inkludere begrepet samvalg fremfor "medbestemmelse" eller "terapeutisk samhandling"
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
 - o Utdanning i praksis bør alltid skje med veileder som er utdannet ergoterapeut (selv om stilling heter noe annet) for å møte krav om at studenten skal "styrke sin profesjonsidentitet".
For diffus beskrivelse av krav til ferdigheter som skal opparbeides under praksis, dette kan settes punktvis (ref. retningslinjer RETHOS fysioterapeututdanningen).
- 37. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 4
- 38. Begrunn svaret
 - o sinistisjonene.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o Felles emne for hvilke utdanninger? Det kan være aktuelt med enkelte felles tema for noen profesjoner, men ikke alt eller med alle profesjonsutdanninger på bachelornivået.
Uvisst om fagspesifikt nettbasert undervisningsopplegg er godt nok for et praktisk fag. Dette vil også påvirke autonomi for utdanning
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o Enkelte tema i LUB'ene blir repeterende eller tilsynelatende "feil" plassert, mulig behov for å rydde/omorganisere/endre tittel på enkelt LUB'er.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Fagforening
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Norsk Ergoterapeutforbund
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 29. Begrunn svaret
 - o Norsk Ergoterapeutforbund ser at forslag til retningslinjer for ergoterapeututdanning i stor grad er mer fagspesifikk enn mange av de øvrige helsefagene. Det synes vi er en riktig vei å gå. Likevel er det mye som kan rettes opp, og delvis blir LUB-ene for detaljstyrende. Ergoterapeutenes innspill er i stor grad i samsvar med diskusjonen i Nasjonalt fagorgan for ergoterapeut og ortopediingeniørutdanning 26-27-april 2018, se eget referat.
Ergoterapeutene mener forslaget er et godt utgangspunkt for en beskrivelse av ønsket sluttkompetanse ved fullført bachelorutdanning i ergoterapi. Språkbruken avslører imidlertid at den ikke er tidsriktig og ikke i samsvar med felles kompetansebeskrivelse for utdanningene og Norsk Ergoterapeutforbund.
Ergoterapeutene anbefaler at programgruppa i det videre arbeidet har et særlig fokus på den «røde tråden» i retningslinjene. Sammenhengen mellom formålsbeskrivelsen og kunnskapsområdene/læringsutbyttebeskrivelsene bør vies ekstra oppmerksomhet, da kunnskapsområdene/læringsutbyttebeskrivelsene skal bygge opp om formålet med utdanningen og kjernekompetansen som beskrives der. Formålsbeskrivelsen er en «pilar» i dokumentet. Her må man få tydelig frem «hva

ergoterapeuter er særlig gode på»; hvilken kjernekompetanse ergoterapeuter har og hvilke lokale, nasjonale og globale utfordringer denne kompetansen kan bidra til å løse. Ergoterapeutene har derfor skrevet forslag til justert formålsbeskrivelse under spørsmål 40, med en tydeliggjøring av 'inkludering og deltakelse' som formål.

Dersom formålet gjøres tydeligere vil dette forenkle beskrivelsene av LUB-ene. Flere punkter som angår alle LUB-ene kan med fordel løstes opp på formålsnivå, eks:

- Kunnskapsbasert praksis - dette angår ikke bare noen få LUBer eller overskrift i ett kunnskapsområde.
 - At ergoterapeuter bidrar med innsats innen helsefremming, forebygging, behandling, og re/habilitering – dermed kan alle kunnskapsområdene knyttes opp mot ulik innsats og ikke være knyttet til ett eller to av innsatsområdene.
 - Når formålet er tydelig på 'inkludering og deltakelse' kan mange LUBer forenkles ved å slette siste del av setningen. Siste del av disse setningen kan forstås som formål og skaper forvirring da de ikke er likelydende og konsistente:
- II.K3:for å fremme mestring og selvstendighet
 III.F2: ...for å fremme helse livskvalitet
 III.F4: ...for å kunne tilrettelegge for mestring og meningsfull aktivitet
 V.K1: ...for å fremme personers aktivitet og deltakelse
 V.F.3: ...for å fremme selvstendighet, helse og livskvalitet
 VI.K2: kan fremme aktivitet og deltakelse

Kunnskapsområdene bør endres og gjøres mer tidsriktig.

Område II foreslåes endret til

II. SAMSPILL MELLOM PERSON, AKTIVITET OG OMGIVELSER

Begrunnelse: I samsvar med kompetansebeskrivelsen. Å bruke 'kropp' i overskriften virker heller ikke helt i samsvar med et verdisyn som vektlegger den enkelte som person.

Område III og IV foreslåes slått sammen til

III. PROFESJONSUTØVELSE

Begrunnelse: Disse to kunnskapsområdene er vanskelig å skille. Alt som læres i høyere utdanning er kunnskapsbasert, og må ikke knyttes til ett område. 'Profesjon' benyttes om høyere utdanningsnivå til forskjell fra yrkesfag på videregående skole. Mer spesifikke LUBer knyttet til rehabilitering, habilitering, behandling ev forebygging og helsefremming kan knyttes til dette emnet.

Kunnskapsområde VI foreslåes som nytt punkt:

V. FOLKEHELSE, POLITIKK OG ARBEIDSDELTAKELSE

Begrunnelse: Arbeidsdeltakelse er en svært viktig samfunnsutfordring der ergoterapeuter vil særlig bidra framover, dette må synliggjøres i overskrift med tydelige LUBer og vil dermed gi et klart politisk signal om vår kompetanse

Punkt VII foreslåes endret til

VI. INKLUDERING OG DELTAKELE

Dette er det sentrale formålet for ergoterapi og må vise plass både med kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse.

Ergoterapeuter er helsearbeidere

- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 3
- 31. Begrunn svaret
 - o Her anbefales ekstra granskning av språkbruken og lydhørhet til brukerorganisasjonenes innspill. Språkbruk er her svært viktig og signaliserer bevisst ellet ubevisst verdier og faglig plattform. Ofte gir dette likevel et dilemma. For eksempel foretrekker Ergoterapeutene begrepet person eller borger framfor pasient eller bruker som benyttes i lovverket. Ergoterapi beskrives som personsentrert og ikke brukersentrert eller pasientsentrert. Ergoterapeutene foretrekker å bruke begrepet 'person', ev person med...(diagnose, funksjonshemning). Deltakelse og myndiggjøring framfor brukermidvirkning. Vi liker derfor godt denne formuleringen av LUB: «Kan anvende ressursorienterte, myndiggjørende og problemløsende strategier overfor personer og grupper», MEN 'overfor' må erstattes med for eksempel 'sammen med' for tydeliggjøre samarbeidet.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
 - o Norsk Ergoterapeutforbund velger å ikke å gå inn i detaljene på LUBene, men gir kommentarer på det vi vurderer som viktigst:
 - Flere av Læringsutbyttebeskrivelsene (LUBene) har ikke god språkføring – en språkvask vil bedre dette og dermed kommunisere bedre. Det kan også virke som om LUBene på INNOVASJON, KVALITETSSIKRING OG LEDELSE ikke er godt nok gjennomarbeidet, og virker dermed mangelfulle
 - Denne LUBen under II K4, må endrest: «Har bred kunnskap om aktiviteter i dagliglivet (ADL) og hvordan ADL kan brukes for å fremme mestring og selvstendighet.» Denne LUBen virker svært avgrensende på aktivitetsforståelsen, se kompetansebeskrivelse side 20. Hva med en slik omformulering: «Har bred kunnskap om hverdagsaktivitet og meningsfulle gjøremål, og hvordan aktivitet kan tilrettelegges og graderes for å fremme inkludering og deltakelse»

- Det er ikke nok trykk på «innovasjon» i kunnskapsområde VII. Punktet må utdypes. Spesielt lykkes nå ergoterapeuter med å vise nyttenkning om bærekraftig helsetjeneste ved å finne nye måter for ressursutløsning og hverdagsmestring. Dette må inn som LUB-beskrivelse
- «Deltakelse og inkludering» må komme inn i overskriftene/kunnskapsområdene
- Ordet «helsefremmende» savnes, se forslag til formål
- Læringsutbyttebeskrivelsene bør gjennomgås med tanke på overlapp/gjentakelser. De er heller ikke konsekvent plassert under riktig overskrift – dette må ryddes
- Begrepet «funksjonsvurdering» (jf. Nevnte LUBer i punktet ovenfor) er noe misvisende ifht ergoterapeuters kompetanse. Fagorganet anbefaler at dette erstattes med «vurdering av ferdigheter og aktivitetsutførelse». Dette vil være mer i tråd med formålsbeskrivelsen/kjernekompetansen
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o • Tydeliggjøring av vår kompetanse på arbeidsdeltakelse og innovasjon (se over). Her må LUBene være mer i tråd med det som skjer i praksis i dag

Området TEKNOLOGI OG HJELPEMIDLER beskrives mer slik vi har det i dag og er ikke god nok på framtidsutfordringer. For eksempel ergoterapeuters veiledningskompetanse på dette området. Også her må språket korrigeres; eks 'Kan anvende teknologi...' foreslås endret til 'Kan tilrettelegge for teknologiske løsninger...'

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Nei
- 36. Begrunn svaret
 - o • Fagorganet og Ergoterapeutene stiller spørsmål ved at man stiller et høyere minimumskrav (30 uker) til ekstern praksis enn minimumskravet til WFOT (27 uker). Dette tror vi ikke lar seg gjennomføre.
 - Det bør stå i retningslinjene at studentene må ha praksis både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Uten dette punktet vil ikke utdanningsinstitusjonen og helseforetakene tilby praksis i sykehus/helseforetakene.
 - Det støttes at utdanninga har to lengre perioder i praksis. Det støttes også at en av praksisperiodene bør være knyttet til en mer utradisjonell type arbeid, som f.eks. innovasjon (eller annet utypisk arbeidsområde for ergoterapeuter).
 - Studentene må ha tilgang på ergoterapeut som veileder, enten på praksisstedet eller tilknyttet utdanninga
- 37. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
 - o Dette vurderer utdanningene best selv.
Pr i dag er det et voldsomt press på innhold i utdanningene. Nye retningslinjer bør åpne muligheter i utdanningene til å vurdere hva som må prioriteres og hva som må ut av grunnutdanninga. Noe faginnhold må heller inkluderes i kurs og videreutdanninger.
Ergoterapeutene mener det er helt sentralt at studentene har kunnskap, ferdighet og kompetanse knyttet til kjernekompetansen – der deltakelse og inkludering er starten. Læringsutbyttene bør bygges ut fra denne kjernen.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o Dette støttes, men her må utfordringene i helse- og velferdsnorge avgjøre tema. Nå er f.eks 'arbeidsdeltakelse' et helt sentralt tema der ergoterapeuter kan gjøre en forskjell, eller også velferdsteknologi, recovery/psykisk helse og ergoterapi
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o Foreslår å endre formål til:
«Formålet med ergoterapeututdanningen er å gi samfunnet tilgang til fagpersoner med kjernekompetanse i aktivitet, omgivelser og personers aktivitetsutførelse for å oppnå deltakelse og inkludering. 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 tilpasse 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, helsefremming, 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. Ergoterapeututdanningen skal være i samsvar med nasjonale og internasjonale føringer:

- Minimum Standard for the Education of Occupational Therapists (2016) ved World Federation of Occupational Therapists (WFOT)
- Ergoterapeuters kjernekompetanse (2017) ved Norske ergoterapeututdanninger og Norsk Ergoterapeutforbund

Ergoterapeututdanningen er en 3-årig fulltids profesjonsutdanning på 180 studiepoeng. Fullført utdanning gir rett til graden 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>.». Den engelske tittelen for ergoterapi er occupational therapist»

Begrunnelser:

1. Dette formålet er i samsvar med Ergoterapeuters kjernekompetanse utarbeidet av ergoterapeututdanningene og forbundet. Dette fikk sin tydelige forankring gjennom godkjenning i profesjonsrådet, samt innlegg på fagkongressen og landsmøtet i nov 2018. https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%C3%B8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltsider.pdf?slrid=3da8679e-60b4-5000-b48c-0954bfabcfed
2. Beskrivelsen er i samsvar med WFOT sin beskrivelse av ergoterapifaget. Det er helt nødvendig at ergoterapeututdanningen er i samsvar med WFOT sin minimumsstandard for å sikre internasjonal godkjenning
3. Formålet må skille oss fra andre utdanninger. Ved å inkludere andre begrep i tillegg til våre kjernebegrep vil vi samtidig gjøre fagprofilen utydelig. Hold dere til begrepsbruken i Ergoterapeuters Kjernekompetanse som både utdanningene og Ergoterapeutene har brukt god tid på å utvikle
4. Vi foreslår å løfte «folkehelse, helsefremming, forebygging, behandling, og re/habilitering» på formålsnivå. Da gjelder dette alle LUBene, vi slipper dermed dilemmaet med å lage egne emner med disse begrepene.

5. Begrepet kunnskapsbasert ligger i forslag til formål – det gjelder selvsagt for all høyere utdanning og bør ikke avgrenses til overskrift i et emne.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Folkehelseinstituttet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sykepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Har grunnleggende kunnskap om organisering, funksjon og arbeidsdeling i norsk helsetjeneste
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Brukerorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Norsk Revmatikerforbund
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 29. Begrunn svaret
 - Utkastet er generelt og tar for seg det meste på et abstrahert nivå. Det meste kan tolkes inn forslag til retningslinjer og dekke tjenestenes fremtidige kompetansebehov.
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 5
- 31. Begrunn svaret
 - Utkastet er generelt og tar for seg det meste på et abstrahert nivå. Det meste kan tolkes inn forslag til retningslinjer og dekke brukernes fremtidige kompetansebehov i tjenestene.

- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 10
- 33. Begrunn svaret
 - o Utkastet er generelt og tar for seg det meste på et abstrahert nivå. Det meste kan tolkes inn forslag til retningslinjer. Noe mer detaljering innenfor områder som primærhelsetjeneste/Spesialistheltjeneste og arbeidsliv kan være ønskelig.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Tatt i betraktning kapittel 4 og 7 kan dimensjonen "habilitering og rehabilitering for yrkesdeltagelse og et inkluderende arbeidsliv" styrkes.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
 - o Mangler kompetanse for å svare.
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
 - o Mangler kompetanse for å svare.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o Mangler kompetanse for å svare.
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o TPS-nettet. nettverk mellom universitet og høyskoler om tverrprofesjonell samarbeidslæring i helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger.
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 29. Begrunn svaret
 - o Retningslinjene omhandler TPS. Samtidig er TPS en felles kompetanse som alle helse- og sosialfaglige profesjonsutøvere skal ha; en kompetanse som skal utøves i samarbeid med andre involverte profesjoner og derfor bør være lik i alle retningslinjene. I det perspektivet er det overraskende hvor forskjellig TPS-kompetansen beskrives i retningslinjene for de ulike utdanningene. TPS beskrives med ulik taksonomi, på ulike måter og innen ulike deler av profesjonsutøvelsen for eksempel ledelse versus rehabilitering etc.
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 4
- 31. Begrunn svaret
 - o Den tverrprofesjonelle samhandlingskompetansen bør være mer sammenlignbar og generisk for alle.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Det er utviklet en internasjonal konsensus om hvilke kjernekompetanser som ligger i tverrprofesjonell samhandlingskompetanse: rolleforståelse, tverrprofesjonell kommunikasjon, tverrprofesjonelle verdier, koordinering og samarbeid ved beslutninger, teamarbeid og refleksivitet (Roger et.al 2017). Disse bør gjenspeiles i retningslinjene.

På dette grunnlag vil vi foreslå følgende felles LUB-er til alle retningslinjene:

Etter endt utdanning skal studentene kunne:

Kunnskap: Diskutere hvordan egen og andres kompetanse kan brukes i tverrprofesjonelt samarbeid for at pasientene kan få et optimalt helse- og velferdstjenestetilbud

Ferdighet: Anvende egen profesjonskompetanse i et likeverdig samspill med andre profesjoner, pasienter og samarbeidspartnere

Generell kompetanse: Reflektere over egen og andres rolle i tverrprofesjonelt samarbeid og begrunne sin forståelse i relevant teori.

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 36. Begrunn svaret
 - I den grad at TPS er godt omhandlet som en del av praksisstudiene
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - Interessant med tanke på tverrprofesjonell samarbeidslæring
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 9
- 33. Begrunn svaret
 - Bufdir ser det som positivt at retningslinjene er inndelt i kunnskapsområder, og mener dette må til for å tydeliggjøre utdanningenes profil. Vi er allikevel bekymret for at den overordnede lyden på retningslinjene ikke vil kunne bidra til mindre uønsket variasjon mellom studiestedene. Bufdir støtter en overgang fra input- til outputstyring av utdanningene, og aksepterer at læringsutbyttebeskrivelser på programnivå vil måtte være av noe overordnet art. Dog ser vi at LUBene slik de foreslås i retningslinjene er så overordnede at de gir uhensiktsmessig stort rom for variasjon.

Det vil bli krevende for institusjonene å utarbeide utdanninger som er like nok til at oppbygning og struktur er gjenkjennelig fra utdanningsinstitusjon til utdanningsinstitusjon. Og det vil fortsatt kunne være vanskelig for avtakertjenestene å ha et godt bilde av hva som særpreger den enkelte profesjon.

- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Forslaget til retningslinjer mangler læringsutbytte(r) som gjenspeiler at en nyutdannet ergoterapeut har forståelse for sin rolle i et forløp for de med sammensatte behov.

Forslaget er heller ikke tilstrekkelig for å sikre at ergoterapeuter har god kompetanse på universell utforming.

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
 - Formålet med praksis er at studentene integrer kunnskap i sine profesjonelle handlinger, og jobber aktivt med å utvikle sin handlingskompetanse, sin analytiske refleksjon og evne til samhandling med barn, unge og foreldre og samarbeidspartnere. Arbeid med rolleforståelse i praksiskontekst er viktig.

Buadir mener det ikke bør være valgfritt å beskrive praksisdelen i retningslinjene, og anbefaler at det etableres en standard for beskrivelse av praksisdelen i grunnutdanningene. Det er i dag alt for store variasjoner mellom utdanningsinstitusjonene hva gjelder praksisstudier. Gitt praksisstudienes sentrale rolle i profesjonsstudier som er så sterkt knyttet til tjenesteutøvelse, er dette et område der man bør tilstrebe en nasjonal standard og kvalitetsnivå. Formuleringene i forskrift om felles innhold ivaretar ikke dette behovet i tilstrekkelig grad.

Praksisdelen i retningslinjene bør si noe om minimum omfang og type praksis. Det bør også være en minstestandard for omfang av veiledning under praksisstudiene, veileders kompetanse og praksisstudienes relevans for utdanningen. Derneest bør praksisdelen være tilknyttet noen spesifikke læringsutbyttebeskrivelser.

- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Begrepsbruk:
I læringsutbyttebeskrivelsene brukes ulike begreper for å skille mellom omfanget som det forventes kunnskap, ferdigheter eller generell kompetanse i. Eksempelvis skilles det mellom «bred kunnskap om», «kunnskap om», «kjennskap til» og «tilegne seg kunnskap om». Når du har innsikt i for eksempel etiske problemstillinger – er det «mer» enn bred kunnskap? Buadir stiller spørsmålstegn ved hvorvidt operasjonaliseringen av disse nyansene er lik ved de ulike utdanningsstedene?

Tekstinnsnitt:

Del I. Identitet, profesjon og etikk, «Kunnskaper»: Buadir anbefaler at det legges til nytt punkt «Har kunnskap om lovverk som regulerer opplysningsplikt, taushetsplikt og avvegeplikt».

Del VI. Folkehelse, kultur og politikk, «Kunnskaper»: «Har kunnskap om sosiale og helsemessige utfordringer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer, samt hvilken støtte og hjelp mennesker med slike utfordringer trenger fra helse- og sosialtjenesten».

Under «Ferdigheter» anbefaler Bufdir at det legges til følgende punkt: «Kan anvende relevant kunnskap til å identifisere og følge opp mennesker som er utsatt for omsorgssvikt, vold og overgrep, og henvise videre ved behov».

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - NFSS (nettverk funksjonshemmede seksualitet og samliv), Habiteringen i Norge, spesialisthelsetjenesten
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Kliniske utfordringer som ulike helsearbeidere møter i forhold til seksuell helse står ikke i forhold til relevant kompetanse de får i sine utdanninger. «Seksuell helse» har minimal plass i fagplaner, og i noen utdanninger nærmest fraværende. Pasienter av i dag har gjerne forventninger om å ta opp slike problemstillinger, samt få råd og hjelp. Utdanningsinstitusjonene må sørge for at uteksaminerte kandidater er kledt på for oppgaven(e), noe som bl.a. betyr at seksualfaget må få en seriøs plass i fagplanene. Mange ganger er det komplekse og vanskelige tema de ønsker drøftet. NFSS (nettverk funksjonshemmede

seksualitet og samliv) favner både rehabilitering og habiliteringsfeltet. Vi har 20 års erfaring. Ønsker og bidra til at nye generasjoner helsearbeidere blir kompetente fagfolk.

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 36. Begrunn svaret
 - Sexologifaget må inn i alle helse og sosialfaglige grunnutdanninger i Norge
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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
- 38. Begrunn svaret
 - er fullt mulig å realisere
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - fullt mulig
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Institutt for Helsevitenskap i Gjøvik, NTNU
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 29. Begrunn svaret
 - Vi mener at de viktigste områdene i faget er bra dekket, men at helsefremming er et arbeidsområde som bør løftes fram i tillegg til folkehelse. Innovasjon er et viktig felt for ergoterapi og kan bli tydeligere. Kjernekompetansen i faget om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser for å oppnå deltakelse og inkludering må vises i innledning og i læringsmål.
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 31. Begrunn svaret
 - Retningslinjenes beskrivelse av hvordan faget skal løse samfunnets og befolkningens behov for tjenester er bra beskrevet. Sykdom og helse bør komme noe tydeligere frem, da utdanningen er en helsefaglig utdanning. Samtidig bra at samfunnsmessige og strukturelle forhold som påvirkende faktorer er vektlagt i forhold til å oppnå et deltakende og inkluderende samfunn.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 4
- 33. Begrunn svaret
 - Viktig at det ikke blir for detaljert, for å kunne utnytte de lokale ressursene og profilområdene som utdanningene har. For eksempel kan spesifiseringen av varighet på de enkelte praksisperiodene bli uhensiktsmessige ut fra lokale forhold. Forslaget om det felles fagspesifikke nettbaserte undervisningsopplegget kan bli for detaljert med tanke på å kunne utnytte lokale forhold og samarbeidspartnere på de ulike utdanningene.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Ikke ut over tidligere kommentarer.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 36. Begrunn svaret
 - Stort sett hensiktsmessig og gjennomførbart, men for eksempel kan spesifiseringen av varighet på de enkelte praksisperiodene bli uhensiktsmessige ut fra lokale forhold. Viktig at det kan åpnes for praksis på andre arenaer enn der ergoterapeuter jobber med pasient – terapeut relaterte arbeidsoppgaver (eks. helsefremming/folkehelse, universell

utforming, næringsliv/bedrifter, skole/utdanning). Det foreslås at en av praksisperiodene kan være knyttet til en mer utradisjonell type arbeid, som f.eks. innovasjon (eller annet utypisk arbeidsområde for ergoterapeuter).

- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 3
- 38. Begrunn svaret
 - o Retningslinjenes omfang synes gjennomførbare.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o Forslaget om det felles fagspesifikke nettbaserte undervisningsopplegget kan bli for detaljert med tanke på å kunne utnytte lokale forhold og samarbeidspartnere på de ulike utdanningene. Tidspunktet (hvilket semester/år) opplegget skal gjennomføres bør imidlertid holdes åpent. Det er viktig med fleksibilitet, både i forhold til tidspunkt og tema, og således ikke ønskelig at dette fastsettes i RETHOS-retningslinjene.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o Bacheloroppgave etterspørres ikke i RETHOS, og er heller ikke del av de spørsmål som omfattes i høringsrunden. Vi ønsker likevel å gi innspill på dette fordi en bacheloroppgave vil gi viktig læring for kandidatene i form at et selvstendig (individuelt eller gruppe) arbeid av noe størrelse på slutten av utdanningen. Dagens rammeplan sier ikke noen om størrelsen på denne (antall studiepoeng). Vi mener at alle studieprogram må ha en bacheloroppgave på minst 15 studiepoeng. Forslag til tydeligere tekst ang. formål:
Formål
Formålet med ergoterapeututdanningen er å gi samfunnet tilgang til fagpersoner med kjernekompetanse i aktivitet, omgivelser og personers aktivitetsutførelse for å oppnå deltakelse og inkludering. 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, helsefremming, 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-socialfagutdanninger.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 iht. lov om helsepersonell, §§ 48 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64.>»
Begrunnelser:
1. Dette formålet er i samsvar med felles kompetansebeskrivelse utarbeidet av utdanningene og forbundet. Dette fikk sin tydelige forankring gjennom godkjenning i profesjonsrådet, samt innlegg på fagkongressen og landsmøtet i nov 2018. https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%C3%B8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltsider.pdf?slrid=3da8679e-60b4-5000-b48c-0954bfabcfed
2. Beskrivelsen er i samsvar med WFOT sin beskrivelse av ergoterapifaget
3. Formålet må skille oss fra andre utdanninger. Ved å inkludere andre begrep i tillegg til våre kjernebegrep vil vi samtidig gjøre fagprofilen utydelig.
4. Vi foreslår å løfte «folkehelse, forebygging, behandling, og re/habilitering» på formålsnivå. Da gjelder dette alle LUBene, vi slipper dermed dilemmaet med å lage egne emner med disse begrepene.
5. Begrepet kunnskapsbasert ligger i forslag til formål - det gjelder selvsagt for all høyere utdanning og bør ikke avgrenses til overskrift i et emne
Kunnskapsområdene bør presenteres i eget kapittel/avsnitt etter formålsbeskrivelsen og før læringsutbyttebeskrivelsene.

Trenger vi ha «kunnskapsbasert yrkesutøvelse» inn som del av overskrift/kunnskapsområde? Dette er i dag ganske så selvsagt. LUB er likevel viktig. Kunnskapsområde IV mangler LUB på generell kompetanse

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Fakultet for helsevitenskap, OsloMet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - HØRING - TVERRGÅENDE KOMMENTARER FRA LEDERGRUPPEN VED FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP, OSLOMET

Synergier og generisk kompetanse: OsloMet har 10 BA-programmer som dekkes av RETHOS. Da ny forskrift kom med 12 felles læringsutbytter (§2) så vi dette som en mulighet og et incitament til å skape mer samarbeid på tvers av utdanningene om generiske læringsutbytter, undervisningsopplegg (eks e-læring) og evt evalueringer for disse emnene. I dag er programmene svært profesjonsspesifikke og det er vanskelig å oppnå synergier. Slik RETHOS har utviklet seg bidrar dessverre ikke prosjektet til en forbedring. Fakultetet forsøker likevel å få dette til for de 12 LUBene i en prosess på tvers av universitetet, med mål å enes om generiske læringsutbytter. Deretter kan det enkelte program legge på flere LUBer ved behov. Fra vårt synspunkt kunne KD ha spart utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet for mye arbeid, bidratt til synergier, og ikke minst effektivisert dette ved å fasilitere en slik prosess nasjonalt, evt oppmuntret til dette på institusjonene og i prosjektgruppene.

Retningslinjenes oppbygging: Retningslinjene fremstår som ulike, og bør bygges opp på en måte som gjør de gjenkjennelige på tvers. De bør ha felles layout, organisering og tematikk. Forskjellen må ligge på de faglige momentene for hver utdanning.

Retningslinjene skal ifølge KD være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene. Det skal være handlingsrom innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell tilpasning ved den enkelte institusjon. Totalt sett fremstår utkastene til retningslinjer som for detaljerte, og vil redusere handlingsrommet for den enkelte institusjon. For å sike likest mulig forståelse og implementering av retningslinjene er det avgjørende at departementet avklarer betydningen av at retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene.

Antall kunnskapsområder og LUBer og nivå på LUBer:

- Retningslinjeforslagene viser en sammenheng mellom høyt antall LUBer og høyt antall kompetanseområder. I forslagene er gjennomsnittet antall LUBer 63 med et spenn fra 38 – 88. De med flest LUBer beveger seg på et høyt detaljeringsnivå, og likner LUBer på emnenivå, og ikke på programnivå og bør endres. Et høyt detaljeringsnivå kan utfordre institusjonenes faglige frihet og ansvar.
- I sektoren har det vært en forståelse av at retningslinjene skulle utforme sluttkompetanse på programnivå, og unngå for sterk detaljeringsnivå på LUBene. Slik mange av retningslinjene fremstår har man ikke lyktes med dette. Fakultetet anbefaler at KD og programgruppene jobber sammen for å utjevne forskjellene på nivå, antall kunnskapsområder og LUBer.

LUBene bør ligge på programnivå, for å sikre lik sluttkompetanse på tvers av utdanningene innen samme fagområde/profesjon. Vi viser for øvrig til UHRs høringsuttalelse på dette punktet og gir vår tilslutning.

- BA-utdanninger er normert til 3 års studietid i Norge. Med det høye antallet LUBer i enkelte av retningslinjene stiller vi spørsmål om det er mulig å oppnå disse innenfor normert tid for studentene.
- Tema som savnes i noen utkast til retningslinjer/LUBer: helse-og velferdsteknologi, digital kompetanse, TPS, kunnskapsbasert praksis, endringskompetanse, terminologi rettet mot fremtiden, internasjonalisering.

Krav til studiet oppbygging: Retningslinjene må ikke utformes på et detaljeringsnivå som vanskeliggjør internasjonalisering (inn- og utveksling).

Bacheloroppgave er i retningslinjene behandlet forskjellig. Ved OsloMet har vi forskriftsfestet krav om et «selvstendig arbeid av minimum 15 studiepoengs omfang» i bachelorgraden. Det bør vurderes å ha en felles bestemmelse om dette på tvers av retningslinjene.

Praksis: Praksisstudiene er svært forskjellig beskrevet i forslagene, og kan bære preg av mer input enn output.

Finansiering: Det stilles spørsmål om det er mulig å

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Helse Nord-Trøndelag
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 29. Begrunn svaret
 - Retningslinjen er tydelig på kjernekompetansen innen ergoterapi og bygger tydelig på ICF.
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 31. Begrunn svaret
 - Savner kunnskap om sykdomslære i retningslinjen. Savner også kunnskap om ergoterapitilnærming i ulike faser av et sykdomsforløp, fra akutt fase som er sentralt for ergoterapeuter som arbeider i spesialisthelsetjenesten.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
 - De fleste læringsutbyttebeskrivelsene er åpent formulert slik at utdanningene kan ha stor påvirkning på hvilket innhold de vil legge inn for å oppnå læringsutbyttene. Noen av læringsutbyttebeskrivelsene er svært detaljerte med høye krav til dybdekompetanse, mens andre har lavere krav til dybdekompetanse. Det kan bli en utfordring for utdanningene å dekke det som er nødvendig og hensiktsmessig for å sikre tilstrekkelig dybde i fagkompetansen som er nødvendig for å yte ergoterapitjenestene.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Som nevnt under punkt 2: Kunnskap om sykdomslære og ulike faser i et sykdomsforløp.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Nei
- 36. Begrunn svaret
 - Vi mener at veileder for ergoterapistudenter som hovedregel skal være ergoterapeut. Studentene kan gjerne møte ulike praksissituasjoner med ulike faggrupper, men veiledningen bør gis av ergoterapeut for å underbygge faglig identitet og gi relevant og ergoterapifaglig veiledning.

Det skal avholdes en praksisperiode hvert studieår på minimum 8 uker sammenhengende: Innebærer det at utdanningen i

tillegg kan ha kortere praksisperioder som i dag? Det vil vi støtte, da det for enkelte praksisperioder kan være hensiktsmessig med kortere perioder for å få et innblikk i ulike og varierte arbeidsområder for ergoterapeuter.

- 37. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 4
- 38. Begrunn svaret
 - Læringsutbyttebeskrivelsene er omfattende og det vil være krevende å gi nok dybdekompetanse som er nødvendig for ergoterapitjenestene innenfor en 3-årig utdanningsløp. Som eksempel nevnes punkt VIII. Innovasjon, kvalitetssikring og ledelse: Mener at ledelse ikke trenger å inngå i en grunnutdanning for ergoterapeututdanning, foreslår evt. å heller kalle det organisasjonsforståelse. Punkt IV. Habilitering og rehabilitering: Kunnskap om palliativ og behandlende ergoterapi; Skjønner ikke hvorfor denne er tatt inn her, kan dekkes inn under andre områder, som punkt II. og III.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - Ingen mening, dette kan utdanningene sikkert svare bedre på.
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Ungdomspolitisk utval
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Ungdomspolitisk utval
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Under III. KUNNSKAPSBASERT YRKESUTØVELSE
Ferdigheter:
Bør ha eit punkt der det blir lagt vekt på motivasjon. Ein skal kjenne til og anvende metodar/strategiar for å kunne auke motivasjon hos enkeltpersonar og andre.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - - Bør vere stor bokstav i starten av alle setningar.
- Gå over å ta vekk ord/teikn som ikkje er meint skal vere i setninga:
EKS: VII. FERDIGHETER, INKLUDERING OG SAMHANDLING
Generell kompetanse:
Gjere om "Har kunnskap om barn og unge, og kan planlegge behandling eller tjenester til som sikrer deres medvirkning og

rettigheter" til "Har kunnskap om barn og unge, og kan planlegge behandling eller tjenester som sikrer deres medvirkning og rettigheter"

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Helse Sør-Øst RHF
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr i 'svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 29. Begrunn svaret
 - o HSØ ser behov for at retningslinjen får en tydeligere struktur. Det savnes en tydelig rød tråd. Noen områder er veldig generelt beskrevet, mens andre er kanskje litt for spesifikke.
For å imøtekomme fremtidig kompetansebehov bør man gå gjennom retningslinjen for å se på begrepsbruk. Dette må samsvare med tjenestens begrepsbruk, både nå og i fremtiden. For eksempel kunnskapsområde nummer II: «Samspill mellom kropp, funksjon, aktivitet og helse». Det bør byttes ut med for eksempel «Samspill mellom person, aktivitet og omgivelse». Et annet eksempel er at begrepene «ADL» og «funksjon» blir brukt i feil sammenhenger og blir upresise. Dette gjør at kompetansen vår i yrkesutøvelsen blir utydelig. Vi savner beskrivelse og tydeliggjøring av ergoterapiprosessen knyttet til kartlegging, vurdering og intervensjon. Vi i tjenesten har et behov for at dette kommer med i formålet, og som en rød tråd gjennom hele dokumentet.
Fremtidens kompetansebehov bør tydeliggjøres noe mer i retningslinjen. Spesialisthelsetjenesten utvikler seg mot å bli en mer spissert virksomhet, som for eksempel akutt/ intensiv, dagbehandling og poliklinisk virksomhet. Dette bør gjenspeiles i retningslinjene, for eksempel under generell kompetanse.

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

I. Profesjon, identitet og etikk.

Kommentar:

II. Samspill mellom kropp, funksjon, aktivitet og helse

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

Under kunnskap:

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

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

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

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

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

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

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

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

Under ferdighet:

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

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

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

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

- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 3
- 31. Begrunn svaret
 - o Se begrunnelse under punkt 29. I tillegg vil en språkgjennomgang av retningslinjen hjelpe og tydeliggjøre viktigheten av brukerperspektivet i ergoterapiutøvelsen.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
 - o 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.
HSØ er usikre på i hvor stor grad de nasjonale retningslinjene vil styre hensikten med mer lik sluttkompetanse, når hver utdanningsinstitusjon i stor grad har mulighet til lokal tilpasning av læringsutbyttene. Vi mener det er behov for en tydeligere nasjonal standardisering. Det er nødvendig for tjenestene å vite hvilken sluttkompetanse en nyutdannet ergoterapeut har, uavhengig av hvilken utdanningsinstitusjon vedkommende er uteksaminert fra.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o 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. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Ja
- 36. Begrunn svaret
 - o Her trengs det en mer presisering i hva som ligger i de ulike delene av praksisstudiet fra ferdighetstrening kontra eksternt veiledet praksis. Her vil vi henvise til fysioterapeutenes retningslinje, når det gjelder struktur og tydeliggjøring av hensikt og gjennomføring av praksisstudiene.
Den eksternt veiledede praksisen kan organiseres på ulikt vis, men det er viktig at studentene får praksis i både spesialist- og primærhelsetjenesten.
Vi stiller oss bak anbefalingene om omfang av eksternt veiledet praksis fra «Praksisprosjektet» og WFOT. Det er viktig at det presiseres i praksisstudiet at man fremhever betydningen av at teori og praksis skal knyttes sammen. Vi vil også fremheve at utdanningen tilstreber at ved eksternt veiledet praksis er hovedregelen at veileder er en norsk autorisert ergoterapeut. Praksisfeltet og utdanningen bør samarbeide om eksternt veiledet praksis, både når det gjelder tilrettelegging og gjennomføring. Områder for samarbeid bør være utvikling av aktuelle pedagogiske tilnærminger, læringsutbyttebeskrivelser, vurderingsformer og varighet på praksis.
I forskrift står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse». HSØ har tidligere gitt innspill på at veilederkompetanse må innlemmes i allerede eksisterende utdanningsløp. Veiledning er en kontinuerlig oppgave for ergoterapeuter, og kompetansen som ligger til grunn kan benyttes både til pasienter, pårørende, kollegaer og studenter. De læringsutbyttebeskrivelsene som omhandler dette i retningslinjen, må kvalifisere for denne oppgaven.
Krav om kompetanse på de sykehusansatte veilederne, må ses i sammenheng med hva som skal være universitets- og høyskoleansattes rolle når studentene gjennomfører sine praksisstudier. HSØ støtter formuleringen i forskrift om at lærer skal være oppdatert i praksisstedets problemstillinger og sikre kontinuitet, sammenheng og progresjon i studiet. Det forventes at forskrift er førende, men i retningslinjen står ikke dette omtalt. HSØ ønsker at lærers rolle tydeliggjøres og at det utarbeides

nasjonale maler for samarbeidsavtaler hvor blant annet utdanningsinstitusjonenes ansvar for oppfølgingen av studenter i praksis operasjonaliseres, basert på beskrivelsen i forskrift. Det kan ikke være opp til det enkelte helseforetak og den enkelte utdanningsinstitusjon å fremforhandle løsninger på dette.

- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
 - For de som jobber ute i praksis, er det ut i fra denne overordnede retningslinjen vanskelig å si hvor omfattende utdanningen blir. UH sektoren må jobbe videre med dette, men det er viktig at man vektlegger, og muliggjør, læring av kjernekompetanse i faget på bachelornivået. Dette for at studentene skal kunne danne seg et faglig fundament med både kunnskap og ferdigheter knyttet til kjernekompetansen. Eksempler er aktivitetsanalyse, ergoterapiprosessen og metodisk bruk av aktivitet. Utdanningene må, ut i fra retningslinjen, vurdere hva som skal prioriteres i grunnutdanningen og hva som skal bli lagt til kurs og videreutdanninger. Her bør samarbeidet mellom praksisfeltet og utdanningene styrkes, slik at dette blir et felles anliggende knyttet til fremtidens kompetansebehov.
Krav til studiets oppbygging:
Dette punktet bør få en mer overordnet framtoning, derav kortes ned og konkretiseres. Vi ser ikke nødvendigheten av å presisere hva som skal gjøres i hvert studieår.
Her blir det også en blanding av presisering og for generelt innhold, dette blir da litt utydelig.
Henviser til fysioterapeutenes retningslinje.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - 39) Hvordan vurderes mulighetene evt. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
Felles undervisningsopplegg mellom de ulike ergoterapiutdanningene:
Dette vil være lurt å tilstrebe, i enkeltemner, for å muliggjøre mer samlet eller lik sluttkompetanse, spesielt knyttet til kjernekompetansen i ergoterapifaget.
Felles undervisningsopplegg mellom ulike profesjoner på samme utdanningssted:
Det er viktig at studentene får muligheten til å opparbeide seg kompetanse på tverrprofesjonelt samarbeid og få forståelse for andre profesjoners kompetanse, både gjennom undervisningsopplegg i den teoretiske delen av utdanningen, men også i praksisperiodene. En utfordring med tverrprofesjonell praksis er at praksisperiodene i liten grad er samkjørte mellom de ulike utdanningene. Her må utdanningsinstitusjonene sitte i førersetet og legge opp studieprogrammene slik at dette lar seg gjennomføre. Det kan for eksempel være en punktpraksis, med alle relevante profesjoner. Det anbefales at studentene har kommet like langt i sine studier, for å få maksimalt ut av opplegget. Denne type kompetanse er viktig for praksisfeltet.
- 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».

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Fakultetsadministrasjon/dekanat
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 29. Begrunn svaret
 - Ønskelig at formålsbeskrivelsen i enda større grad får frem hva som er kjernekompetansen til ergoterapeuter, og hvilke lokale, nasjonale og globale utfordringer denne kompetansen kan bidra til å løse. Kunnskapsområdene sykdom og helse, psykisk helse, innovasjon, helsefremming bør komme enda tydeligere frem.
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 31. Begrunn svaret
 - Sykdom og helse bør komme tydeligere frem, og det er et behov for større fokus på psykisk helse.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 4
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Kompetanse knyttet til psykisk helse mangler gjennomgående.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 36. Begrunn svaret
 - Fakultetet for medisin og helsevitenskap mener det må gis noen generelle føringer for praksisstudier. Slik forslagene fremstår i dag er dette svært ulikt løst. Praksisfeltet er utenfor UH-sektorens jurisdiksjon. Da blir det viktig å få kartlagt hvilke signaler tjenestene har behov for slik at de kan bidra med tilrettelegging på best mulig måte. Det er behov for tydelig lovfesting og bedre finansiering av helse- og velferdstjenestene ansvar og oppgaver knyttet til praksisstudier.

Det er viktig at det fremkommer i retningslinjene at studentene skal ha ekstern veiledet praksis, men fastsetting av omfang er ikke ønskelig. Praksisperiodene må ha et omfang som gjør det realistisk at studenten oppnår læringsutbytte som både krever praktiske ferdigheter og integrering av teori i praksis, og at det er mulig å foreta en forsvarlig vurdering av studenten. Læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudier foreslås utarbeidet i samarbeid med representanter fra praksisfeltet.

- 37. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 3
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - Et fellesemne gir muligheter til å tydeliggjøre yrkesgruppens kjernekompetanse, og gir en anledning til at utdanningsinstitusjonene kan samarbeide. Behov for fleksibilitet i forhold til tema, tidspunkt osv.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Fakultet for medisin og helsevitenskap mener at retningslinjene bør bygges opp på en slik måte som gjør at de er gjenkjennelige på tvers, dvs at de bør ha felles layout, organisering og tematikk. Det som er forskjellig er de faglige momentene for den enkelte utdanning. Spesielt sammenhengen mellom formålsbeskrivelse og kunnskapsområdene/læringsutbyttebeskrivelsene bør vies ekstra oppmerksomhet da disse skal bygge opp fundamentet for formålet med utdanningen og kjernekompetansen som beskrives der. Beskrivelser som kan være felles, bør være felles, og dette bør reflekteres i retningslinjene. Det må være en ens praksis hvor forhold som er fastsatt i annet regelverk ikke gjentas i retningslinjene. På generelt grunnlag fremstår retningslinjene for detaljert, og vil redusere handlingsrommet for den enkelte

institusjon. Det blir derfor viktig med en avklaring om at retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene. Fakultetet mener det vil være uheldig å forskriftsfeste retningslinjene før en lengre utprøving er gjennomført. Det høye detaljeringsnivået i de fleste retningslinjene kan også utfordre institusjonenes faglige frihet og ansvar slik som er beskrevet i UHL, og i tillegg vanskeliggjøre for eksempel internasjonalisering. Definisjonen av egenarten ved den enkelte utdanning varierer sterkt mellom retningslinjene – fra tydelig til veldig generell.

Annet:

Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) bør omhandles under formål for alle utdanninger, noen som ikke gjøres i dagens utkast.

Bacheloroppgave – fakultetet mener at alle studieprogram bør ha en bacheloroppgave på minst 15 stp da dette er viktig læring for studentene.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Interesseorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Norsk studentorganisasjon
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sykepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Formuleringen i punkt 1 under VIII Innovasjon, kvalitetssikring og ledelse står det: "Har kunnskap om ledelse, prosjektarbeid, utviklings- og innovasjonsprosesser." Her er innovasjonsprosesser dekket av nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk under "generell kompetanse" på bachelornivå.

NSO mener det er viktig at forholdet mellom de foreslåtte retningslinjene og Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk er godt. Det er viktig for NSO at retningslinjene skal supplere NKR, slik at man får et logisk oppbygd rammeverk som regelverk og

retningslinjer som studieprogrammene må forholde seg til. Dette må ha konsekvenser for detaljeringsgraden i retningslinjene. NKR skal være mer overordnet enn retningslinjene, og retningslinjene må utdype målene som settes i NKR.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Helse Stavanger HF
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 7
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 36. Begrunn svaret
 - Det må være et krav at veileder for ergoterapeutstudenter skal være ergoterapeut
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Heidi Solvang, Nettverk funksjonshemmede seksualitet og samliv (NFSS)
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 8. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Interesseorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Norske Kveners Forbund - Ruijan Kveeniliitto
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Kompetanse om nasjonale minoriteter mangler.
I det norske samfunnet er det stor mangel på kunnskap om Norges fem nasjonale minoriteter, kvener, skogfinner, tater/romani, rom og jøder. I helse- og sosialfagene er kunnskap og forståelse for nasjonale minoriteters rettigheter, status og utfordringer særdeles viktig. I møte med folkene i det som kan være sårbare situasjoner er det avgjørende med forståelse for kulturene og bakgrunnshistorien med holdninger folkegruppene har blitt utsatt for og også møter i dagens Norge.
Norske Kveners Forbund foreslår følgende endringer/tillegg:

Ergoterapeututdanningen

Under VI. FOLKEHELSE, KULTUR OG POLITIKK, Kunnskaper

Nytt punkt etter punkt 5:

Har kunnskap om nasjonale minoriteters rettigheter, kunnskap om og forståelse for de nasjonale minoritetenes status og kultur.

Under VII. RETTIGHETER, INKLUDERING OG SAMHANDLING, Generell kompetanse

Tilføyelse punkt 2

2. Kan argumentere for og bidra til å sikre likeverdige tjenester med utgangspunkt i menneskerettigheter, inkludert

samiske og nasjonale minoriteters rettigheter, retten til aktivitet og deltakelse, og verdiene kulturelt mangfold og et inkluderende samfunn

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Asker kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 29. Begrunn svaret
 - Omfanget av tjenestens fremtidige kompetansebehov er vanskelig for oss å få en total oversikt over. Slik retningslinjen fremstår i dag vil den gi en relevant grunnkompetanse, men fremtiden vil nok medføre enda mer spesialisering og det vil måtte gå frem i retningslinjene.
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 31. Begrunn svaret
 - Behov for at tjenesten får mer kompetanse innenfor medisin. Brukere som følges opp i kommunehelsetjenesten blir stadig dårligere og har en mer sammensatt problematikk. Hva skal prioriteres av områder/retninger innen kompetanse. Metodefagene må styrkes.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 8
- 33. Begrunn svaret
 - Gir rom for tilpasning av undervisning utfra nåværende og fremtidig behov
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Hva med ferdigheter på andre områder, fysisk funksjonsevne, sosiale forhold?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 36. Begrunn svaret
 - Viktig med ergoterapeut som veileder, også i 3. praksis/3. studieår
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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
- 38. Begrunn svaret
 - Grunnutdannelsen, behov for spesialisering utfra arbeidsoppgaver og bruker-/målgrupper
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - Viktig i fht å forstå hverandres fagprofesjoner og ressurser. Fokus på brukers mål.
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Fagforening
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Norske ortoptisters forening
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivare tatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Norske ortoptisters forening (NOF) har ikke detalj kunnskap om Bachelor graden i ergoterapi. Vi har følgende kommentar. Ergoterapeuter utreder og rehabiliterer mange forskjellige pasient grupper. Gruppen pasienter som har gjennomgått slag eller har hjerneskader etter trauma eller hjernetumor, er økende. Det er viktig med kunnskap om rehabiliterings mulighetene for pasienten i disse gruppene. Synsfunksjonen er en viktig brikke i en god rehabiliterings prosess, dermed er kjennskap til hvordan syn og øyebevegelser blir påvirkende av hjerneslag og hjerneskader. I denne forbindelse er det viktig med kunnskap om andre yrkes grupper som ortoptister, som kan bidra i rehab prosessen. Ergoterapi studenter bør ha et hospiterings opphold på en øyeavdeling som har ortoptist.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Kristiansand kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 29. Begrunn svaret
 - Retningslinjen fremstår som helhetlig og favner viktige kunnskapsområder og alle bruker/pasientgrupper. Utdanningen har vektlagt at kandidatene "skal ha kunnskap om ulike profesjoner og betydningen av tverrprofesjonelt og tverrsektorielt samarbeid" samt "kandidatene

skal ha forståelse for sitt bidra i tverrprofesjonell samhandling. Dette er kunnskap som med fordel kunne vært beskrevet tilsvarende i retningslinjene for utdanningene som er avhengig av tverrfaglig samhandling for å bidra til helhetlige og koordinerte tjenester til pasientene/brukere

- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 5
- 31. Begrunn svaret
 - o Det er avdekket kompetansegap i kommunale rehabiliteringstjenester på faggrupper som har kunnskaper om rehabilitering av pasienter/brukere med kognitive utfall. Det er positivt at retningslinjen vektlegger at kandidatene kan anvende kunnskap for å forbedre ferdigheter ved kognitiv funksjonsnedsettelse. Utdanningen vektlegger også terapeutisk kompetanse i møte med personer som er i lærings-, mestring,- og endringsprosesser. Det vil være sentral kompetanse fremover for å avdekke behov for rehabilitering og motivere til endring
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Nei
- 36. Begrunn svaret
 - o Beskrivelse av krav til praksisstudiene er i liten grad detaljert foruten varighet på praksisperioder og anbefaling på fagbakgrunn på veileder. Det er lagt stor vekt på kunnskaper og ferdigheter om samhandling med andre profesjoner, men det stilles ikke krav til erfaring med dette under praksisperioden.
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o Det synes som en bærekraftig og hensiktsmessig å legge til rette for nettbaserte fellesemner på tvers av utdanningene. Det vil kunne bidra til større likhet på kunnskapsnivået på emner hvor det er mulig

å hensiktsmessig. Folkehelse kan være et slikt tema, men det kan være andre tema som vil være aktuelle, blant annet oppfølging til personer med store og sammensatte behov.

- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Se felles høringsinnspill for alle retningslinjene under innspill til barnevernpedagog

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Interesseorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Exercise is Medicine Norge
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 29. Begrunn svaret
 - Vi får en stadig eldre befolkning, og med dette er det behov for å forebygge og behandle flere med livsstilssykdommer. Utkastet tar for seg behovet for fokus på aktivitet i læreplanen, det er meget bra.
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 31. Begrunn svaret
 - Brukerne har behov for økt kompetanse innen aktivitet/fysisk aktivitet, slik at de får en best mulig innsikt i de positive effektene som fysisk aktivitet har innen forebygging og behandling av en rekke sykdommer og lidelser. Dette bør det være ennå sterkere fokus på i utkastet.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 8
- 33. Begrunn svaret
 - Med bakgrunn i samfunnsutviklingen med stadig flere med livsstilsrelaterte sykdommer, med tilhørende kostnader, så bør den nasjonale styringen være sterkere.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Høringen er et overordnet dokument, og vi vet ikke hva som vil gjøres i praksis, ikke minst innen temaet fysisk aktivitet og helse. Fokuset på fysisk aktivitet som forebygging og intervensjon kunne vært sterkere.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 36. Begrunn svaret
 - Planlagt gjennomføring ser adekvat ut.
- 37. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 3
- 38. Begrunn svaret
 - Gjennomføring av teoretisk og praktisk opplæring ser ut til å være mulig innen tidsrammen.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - Det anses hensiktsmessig med felles fagspesifikt undervisningsopplegg for å sikre felles faglig kompetanse innen relevante temaer.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Verdens Helseorganisasjon (WHO) estimerer at i 2020 vil 70 % av all sykdom ha sin bakgrunn i livsstilssykdommer (ref.). Det er estimert at fysisk inaktivitet årlig forårsaker 5.3 millioner premature dødsfall i verden. Fysisk inaktivitet er en av de viktigste risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, metabolsk syndrom, overvekt, muskel- og skjelettsykdommer. Norge har sluttet seg til WHO sitt mål om 25 % reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) innen 2025, og Norge har utarbeidet en egen NCD strategi. Dette innebærer bl.a. at forekomsten av høyt blodtrykk skal reduseres med 25 % og andelen fysisk inaktive skal reduseres med 10 %.
Regelmessig fysisk aktivitet (FA) har en betydelig helsefremmende og sykdomsforebyggende effekt. Det er i økende grad dokumentasjon for at FA også kan benyttes som et selvstendig terapeutisk tiltak i behandling av en rekke sykdommer. I tillegg

til de positive effektene som FA har på sykdomsgruppene nevnt over, reduserer regelmessig FA risikoen for å få en kreftdiagnose med 20-40 %, og best dokumentert effekt er det i forhold til tykktarmskreft, brystkreft, prostata-, eggstokk- og livmorhalskreft. FA øker dessuten sjansen for overlevelse med 50-60 % etter at man har fått brystkreft eller tykktarmskreft. FA har også store positive effekter på psykiske lidelser.

I 2015 publiserte Helsedirektoratet en rapport som viser at kun 32% av Norges voksne befolkning innfrir helsemyndighetenes anbefalinger om 150 minutter fysisk aktivitet i uken, og at vi er stillesittende 9,1 timer i den våkne delen av døgnet. Det har dessverre vist seg at det er en lang vei å gå fra vitenskapelig dokumentasjon til aktivt bruk av FA som behandlingsform i helsevesenet. Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 har medført bl.a. at flere pasienter skal behandles i primærhelsetjenesten, dvs en overføring av store deler av behandlingsansvaret formelt og i praksis fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Noen av målene med reformen har vært å øke forebyggingen fremfor å «reparere», tidlig innsats fremfor sen innsats, og å få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen. Samtidig skulle det også utvikles flere tilbud til dem som ønsker hjelp for å legge om til sunnere levevaner (økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og røykeslutt) for å redusere risiko for sykdom og død. 82 % av Norges befolkning er innom fastlegen i løpet av ett år. Helsetjenesten må således anses som en viktig arena for å nå og gi råd til befolkningen om de helsefremmende effektene av fysisk aktivitet.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o St. Olavs hospital
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 2
- 29. Begrunn svaret
 - o Ergoterapeuter både i 1. og 2. linjetjenesten utreder, undersøker og behandler pasienter med komplekse og sammensatte problemstillinger etter skade, operasjon eller akutt sykdom i akutt/tidlig fase. Problemstillingene som ergoterapeuter på begge nivå møter er sammenfallende fordi pasienter skrives ut tidlig og har samme utfordringer på dag 3 i spesialisthelsetjenesten som på dag 5 etter utskrivelse til kommunehelsetjenesten. Dette forutsetter gode overføringer og samhandlingskompetanse.

Alle aspekter ved ergoterapifaglig basiskompetanse må derfor vektas enda sterkere.

Det er ønskelig med større vekt på pasient-/ brukerkontakt og praktiske ferdigheter.

Dette innebærer:

Kunnskap:

- Har bred kunnskap om kognitive ferdigheter, motoriske ferdigheter (inkludert håndfunksjon, anatomi og biomekanikk), sosiale ferdigheter og kommunikasjon.
- Har bred kunnskap om konsekvenser av ulike diagnoser og funksjonsnedsettelse i forhold til deltagelse i daglige aktiviteter i hjem, skole/barnehage, jobb og fritid.
- Har bred kunnskap om barns utvikling.
- Har kunnskap om generelle treningsprinsipper og større vekt på målrettet oppgaveorientert trening og andre evidensbaserte intervensjoner på individ- og gruppenivå.

Ferdigheter:

- Kan anvende kunnskap fra ulike læringsteorier knyttet til motorisk læring og kognitive strategier med tanke på å fremme aktivitet og deltagelse tilpasset den enkeltes funksjonsnivå.

Generell kompetanse:

- Mer øvelse på klinisk resonnering, refleksjon og etiske dilemmaer.
- Økt fokus på kommunikasjon og relasjonskompetanse.

Det er ønskelig med større fokus på framtidens helsebehov og ergoterapi i en verden i endring

Kunnskap:

- Har bred kunnskap om folkehelse og forebyggende arbeid
- Har kunnskap om tidlig rehabilitering
- Har kunnskap om helsemessige utfordringer knyttet til inaktivitet og utvikling av et mer digitalisert samfunn

Ferdigheter:

- Har ferdigheter i dokumentasjon av ergoterapitjenester – kunnskapsbaserte metoder bør vektlegges med fokus på bruk av standardiserte og evidensbaserte metoder både for utredning, tiltak og evaluering.

Generell kompetanse:

- Har evne til å se positive muligheter knyttet til utvikling av et mer digitalisert samfunn
- Det kulturelle mangfoldet øker - konsekvenser dette har for ergoterapitjenester bør vektlegges
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 3
- 31. Begrunn svaret
 - o Brukerne forventer å møte en yrkesutøver med bred faglig basiskompetanse og oppdatert kunnskap, som er trygg og selvstendig nok i sin fagutøvelse til å utfordre og ivareta brukeren slik at behandlingsutbytte får høy kvalitet. I tillegg forventes at yrkesutøver viser empati, situasjonsforståelse, gir samvalgsmuligheter og har gode kommunikasjonsferdigheter.

Det er ønskelig med større vektlegging av metoder for å styrke brukerne (empowerment), samt fokus på et likeverdig samarbeidsforhold mellom brukere og ergoterapeuter.

- Øvelse på mestringsorienterte samtaler og løsningsorientert coaching for å styrke bruker og pårørende
- Økt fokus på brukerstyrte målsettinger og samvalg (« shared decision making»)
- Økt kunnskap om pasient- og pårørendeopplæring (Lærings- og mestringskurs).

Det er ønskelig med økt fokus på trening i å anvende evidensbasert kunnskap i praksis.

- 32. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivare tatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 33. Begrunn svaret
 - o Spørsmålet er todelt og vanskelig å besvare på en skala. Utdanningenes behov for autonomi er i meget stor grad ivare tatt (score 8), i mindre grad nasjonal standardisering (score 3). Det savnes større nasjonal standardisering – ettersom den store frihetsgraden med utforming av studiet lokalt kan skape store forskjeller på hva som vektlegges. Det kan medføre at tjenestenes framtidige valg av jobbsøkere vil påvirkes av hvilken utdanningsinstitusjon kandidaten kommer fra. Beskrivelsen av studiet bør være presis. Vi mener at det bør være lik vektning av fagene på nasjonalt nivå når det gjelder studiepoeng og timetall. Det bør være mer av basisfagene. Ergoterapifagene «drukner» i «må og bør» -fagene. Vi synes også det slår feil ut, altså virker stigmatiserende, at kun deler av en befolkning (samer) vektlegges spesielt i læreplan uten å inkludere alle minoriteter. Det må være en enhetlig retningslinje for vurdering av skikkethet for alle utdanningene. Det må også være retningslinjer for formidling av nødvendig informasjon mellom utdanningene og praksissted for å kunne ivareta studentens behov for tilrettelegging i praksis.

Vi mener det er svært viktig at kunnskapsbasen i ergoterapi er lik, uavhengig av hvor i Norge man tar utdannelsen.

Retningslinjen er såpass generell at den gir for stort rom for lokal tilpasning.

- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Retningslinjen er på mange måter for generell og lite spesifikk og fremstår som snever i beskrivelsen av en del vesentlige områder innenfor ergoterapi. Retningslinjen burde i større grad vektlagt utøvelse av ergoterapifaget og i mindre grad fokusere på tema som politikk og ledelse.
 - Ønskelig med større vekt på delttagerspesspektivet i tillegg til aktivitetsperspektivet. Aktivitetsperspektivet bør ikke begrenses til ADL som kan oppfattes å være mest knyttet til selvhjelpsferdigheter. Det er ønskelig med en bredere vektlegging av aktivitet og deltagelse knyttet til hjem, barnehage/skole/arbeid, lek og fritid og evidensbaserte metoder for å fremme dette.
 - Ønskelig med bredere fokus på rettigheter, inkludering og samhandling. Inkludering bør beskrives i et bredere fokus og ikke bare knyttes opp mot arbeidslivet. Det er viktig å tenke inkludering og deltagelse gjennom hele livsløpet uavhengig av alder, kjønn, etnisitet, religion og livssyn på arenaer som for eksempel barnehage/skole, utdanning, fritid og arbeidsliv.

Kunnskap om ulike diagnoser og konsekvenser for individets aktivitet og rett til deltagelse bør vektlegges.

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
 - o Det er ønskelig med:
 - et tettere samarbeid mellom studiestedet og praksisstedet under praksisperioder. Hvis praksisveileder får tilstrekkelig forhåndsinformasjon til å forstå studentens utfordringer, kan det tilrettelegges bedre og praksisen bli mer målrettet.
 - mer målrettet ergoterapispesifikk praksis i 1. studieår. Enig at det er vesentlig at veileder er ergoterapeut.
 - obligatorisk praksis både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten for alle studenter, hver med minimum 8 uker. Dette kommer i tillegg til 1.årspraksis.
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 3
- 38. Begrunn svaret
 - o Omfanget av retningslinjen er alt for omfattende til et 3-årig studium på bachelornivå. Det blir viktig at det blir felles vektning og nok omfang av ergoterapiens kjerneområder som er å undersøke, vurdere, behandle og habilitere/rehabilitere pasienter. Støttefag er viktige, men må tilpasses og evt. reduseres hvis omfanget er for stort.
 - Retningslinjen er svært omfattende og generell, samtidig som enkelte områder er beskrevet på detaljnivå (for eksempel nevnes palliativ behandling spesifikt).
 - Kunnskap om ergoterapiteori, vektlegging av standardiserte og evidensbaserte metoder for utredning og behandling, kunnskap om brukermedvirkning og samvalg samt evne til å se hvilke konsekvenser aktivitetsbegrensninger har for aktivitet og deltagelse bør vektlegges i grunnutdanningen.
 - Vitenskapsteori og forskning må knyttes opp mot ergoterapipraksis.
 - Det er viktigere at studentene i løpet av utdanninga får et faglig fundament og blir trygge i sin utøvelse av ergoterapifaget.
 - Man bør ta stilling til hva som skal inngå i grunnutdanningen (Bachelorgrad) og hva som kan inngå i et masterstudium.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o Vi har for lite informasjon til å kunne danne oss en mening om dette. Det er imidlertid viktig at felles undervisningsopplegg ikke kommer på bekostning av basisfagene og praksis. Det må tas høyde for at felles undervisningsopplegg fremmer tverrfaglighet og samhandling når det velges metode.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o Det må stilles overordnet krav til utdanningsinstitusjoner at undervisningspersonell har kunnskap om og oppdatert erfaring fra praksisfeltene. I spesialisthelsetjenesten kan dette sikres gjennom f. eks. kombinerte stillinger.

Kunnskap om smittevern og håndhygiene er basiskunnskap for ergoterapeuter og må inngå i teoretisk og praktisk undervisning. I tillegg må man kunne vite hvor man kan oppsøke kompetanse ved smittefare. Forskning viser at ergoterapeuter og andre helsearbeidere som har tjeneste på flere steder er potensielle smittebærere.

Læringsutbyttebeskrivelser:

I. Profesjon, identitet og etikk.

Kunnskaper:

Her foreslår vi et nytt punkt:

3. Har bred kunnskap om kommunikasjon, samhandling og samarbeid.

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

Vi foreslår endring av overskrift på punkt II til:

Samspill mellom kroppsfunksjoner, aktivitet, deltakelse og helse.

Vi foreslår at III (Kunnskapsbasert yrkesutøvelse) og VIII (Innovasjon, kvalitetssikring og ledelse) slås sammen og får overskriften:

Innovasjon, kritisk tenking og kunnskapsbasert praksis.

All undervisning bør være obligatorisk.

Hele utkastet oppleves å ha manglende sammenheng mellom nivåene «Kunnskap, generell kompetanse og ferdigheter». Vi registrer at vernepleierutdanningen har god struktur og god sammenheng i sitt utkast og ser gjerne at ergoterapeututdanningen bygger opp sin beskrivelse med tilsvarende struktur.

Studentmobilitet versus lokal styring: Hvordan vil forskjellige lokale forhold få konsekvens når student skal bytte utdanningssted? Hva med lokal vurdering av sluttkompetansen?

Evaluerer ligger til institusjoner – det må presiseres hvordan det skal sikres likt nivå i evaluering

Enhetlig vektning av LUBør nasjonalt for å unngå at det kan bli for stor differanse mellom utdanningssteder. Retningslinjene bør beskrive vurderingsform, for eksempel for å sikre en avsluttende klinisk eksamen ved alle utdanningene, samt å ha

bacheloroppgave

Rammeplan må synliggjøre avgrensning mot andre yrkesgrupper som jobber innen samme fagfelt (tydelig rollebeskrivelse).

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Arbeids- og velferdsdirektoratet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 29. Begrunn svaret
 - LUBene inkluderer å utvikle og bruke oppdatert kunnskap, bl.a. om helse- og sosialpolitikk og om helse- og velferdssystemet herunder regelverk og veiledere. Kandidatene skal også kunne anvende kartleggingsmetoder og tilrettelegge for at personer kan delta i arbeidslivet. Dette er viktig for NAV.
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 5
- 31. Begrunn svaret
 - Det er innebygget i LUBene at ergoterapeuten skal kunne ta utgangspunkt i brukerens behov og til enhver tid de muligheter som eksisterer.
- 32. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Vi savner en LUB på kunnskapsområdet om sammenhenger mellom arbeid og helse. Dette er generelt omtalt som en ferdighet i avsnitt VII, se Ferdighet nr. 4 (Kan reflektere omkring ...). Forholdet mellom arbeid og helse bør derfor bli mer eksplisitt utformet som eget læringsutbytte på kunnskapsområdet.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
 - Vi har ikke forutsetninger for å vurdere dette.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - Vi har ikke forutsetninger for å vurdere dette.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Nei

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Helse-Berge HF
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 2

- 29. Begrunn svaret

- o 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 kunnskapsområde II-IV, innspill på kunnskapsområdene VI-VIII er lagt inn i spørsmål 31.

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. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 2
- 31. Begrunn svaret
 - o Svar på spørsmål 29 fortsetter her

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. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
 - o 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. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Vi mener kompetansebehovet 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. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Nei
- 36. Begrunn svaret
 - o 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. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
 - Som praksistilbyder kan vi vanskelig uttale oss om dette og vil overlate det til utdanningene.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - 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 det 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 iht. 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 fordelen 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.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Private sykehus
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Lovisenberg Diakonale Sykehus
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 9
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringssvaret til retningslinje?
 - VII. Rettigheter, inkludering og samhandling.
Kunnskaper om rettigheter er svært viktig, da ergoterapeuter vurderer menneskers rett til behandling i det daglige arbeidet. Sentralt her er også prioritering og dette punktet bør med. De ulike individer har ulike behov, og skal en ivareta den enkeltes

rett til behandling, må en samtidig prioritere hvem som skal få først, hvem som kan vente, hvor mye tiltak som skal iverksettes osv. Å prioritere er pålagt oss, og er sentralt i arbeidet med å oppnå størst mulig likhet for loven.

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Ja
- 36. Begrunn svaret
 - o Innspill til Krav til praksisstudiene: Det bør vektlegges enda sterkere at studentene hovedsakelig skal veiledes av ergoterapeuter.

Vedrørende siste kapittel: Slik kapitlet fremstår, så kjenner vi ikke igjen vår egen praksis i beskrivelsen av sentrale arbeidsområder for ergoterapeuter. Dette kommer av de legges vekt på eksemplifisering av variasjonene, som bla omhandler tiltak på omgivelsesnivå, mens fokus på sentrale arbeidsoppgaver vedrørende personsentrert praksis ikke fremstår tydelig. Kan en trekke frem eksempler her også? Eks, kartlegging, vurdering, behandling, rehabilitering?
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 5
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o Deler av teksten kan med fordel bearbeides mer. Eks. 1) siste setning i Krav til praksisstudiene: Praksis og ferdighetstrening kan også organiseres i prosjekt med offentlige og private aktører ... Hva peker praksis på her? Praksisstudier? Eks. 2) Siste setning side 7. Gjennom praksisstudier kan studentene arbeide med samfunns- og tjenesteutvikling med fokus på innovasjon for å bidra til å løse samfunnsutfordringer. Hva menes med begrepet innovasjon her?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Annet
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp - Selvhjelp Norge
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Gjennomgående under alle emner er selvorganisert selvhjelp utelatt.

Relasjon, identitet og etikk:

Studentene har bred kunnskap om selvorganisert selvhjelp og troen på menneskers iboende krefter. Selvorganisert selvhjelp som tilvekst i arbeidet for å utvikle velferdssamfunnet og bidra til å løfte det helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeidet.

Selvorganisert selvhjelp bidrar til å fremme helse og mestring i et livsløp.

Ressursmobilisering og selvorganisert selvhjelp bidrar til utvikling av kvalitet i tjenestene. Dette fremmer og styrker

enkeltmenneskers evne og mulighet til å delta i egen prosess. Grunnprinsippene i Selvorganisert selvhjelp er selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Dette bidrar til økt livskvalitet, og den enkelte øker mulighetene til å delta i samfunnet.

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
 - Selvhjelp Norge er ingen utdanningsinstitusjon
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Akershus universitetssykehus
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Høringsinnspill fra Helse Sør-Øst støttes av Ahus

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Klinisk utdanningsavdeling, Universitetssykehuset Nord Norge
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 29. Begrunn svaret
 - Retningslinjene er et tilfredsstillende utgangspunkt for en beskrivelse av ønsket sluttkompetanse. Viser for øvrig til innspill fra ergoterapitjenesten i UNN der forbedringer i sammenhengen mellom formålsbeskrivelse, kunnskapsområder og

læringsutbyttebeskrivelser fremmes.

Profesjonsidentiteten må fremkomme tydeligere.

- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 3
- 31. Begrunn svaret
 - o Begreps- og språkbruk i retningslinjenes må tydeliggjøres slik at de harmoniserer med de verdier og faglige ståsted som fremtidens ergoterapiutdanningen bør bygge på. Eks. personsentrert til fordel for pasient -eller brukerperspektiv.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
 - o Fremstår som noe fragmentert og generell i tillegg til at profesjonsidentiteten må fremkomme tydeligere.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o • LUBene på INNOVASJON, KVALITETSSIKRING OG LEDELSE er svært mangelfulle. Disse må videreutvikles å ha fokus på fremtidige krav, primært innenfor innovasjon og kvalitetssikring.
 - Deltakelse og inkludering» må komme inn i overskriftene/kunnskapsområdene
 - Læringsutbyttebeskrivelsene bør gjennomgå med tanke på overlapp/gjentakelser. De er heller ikke konsekvent plassert under riktig overskrift.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbar?
 - o Ja
- 36. Begrunn svaret
 - o Vi er positive til utvidelse av praksis fra 27 til 30 uker., men dette må ha et klart formål. Det bør stå i retningslinjene at studenter skal ha praksis i både spesialist- og primærhelsetjeste, og både innen somatisk og psykisk helse. Vi støtter at det avholdes en lang praksisperiode hvert studieår, men er ikke sikre på at første års praksis må være 8 uker (vi erfarer at 7 uker her i Tromsø er tilstrekkelig). Vi støtter at det tas sikte på at en av praksisperiodene er innen et mer utradisjonelt eller innovativt arbeidsfelt. Men retningslinjene må ikke lages så rigide at dette blir et absolutt krav da det kan være vanskelig å få til i praksis. Det blir sjelden en god praksis om rammevilkårene for å ha student ikke er oppfylt. Samarbeidet mellom

utdanningene og praksisstedene er viktig ift å skape gode praksisarenaer. En stor del av utdanningen foregår ute i praksis, ansvaret på veilederne er stort.

- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 3
- 38. Begrunn svaret
 - o Ved at nevnte innspill hensyntas ansees retningslinjene som gjennomførbart på 3 år.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o Dette støttes, fordi det er viktig at studentene fordype seg i et tidsaktuelt tema samt trene seg på formidling og undervisning av eget fag.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o Det må legges til rette for fleksibilitet i praksisstudiene samtidig som kvaliteten opprettholdes og kan tilpasses gjennomførte og kommende endringer i helsetjenestene. Viktig at praksisstudiet veiledes og læres på et kunnskapsbasert nivå. Krav til praksisveileder bør tydeliggjøres.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Fagforening
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Norsk Resusitasjonsråd (NRR), - Den Norske Legeforening
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Det er så langt vi kan se ikke spesifisert ift. om det under ergoterapiutdanningen bør gis opplæring i livreddende førstehjelp. Som en av yrkesgruppene med nær pasientkontakt bør ergoterapeuter ha fått basal opplæring i dette under grunnutdanningen. Det vil også fra samfunnet være en forventning om at en som har helsefaglig utdanning skal kunne utføre livreddende førstehjelp om de kommer i en slik situasjon også utenfor jobb / studie.
Norsk Resusitasjonsråd (NRR) mener at alt helsepersonell som omgås pasienter må ha fått opplæring i HLR med bruk av hjertestarter, f.eks via NRR sitt HHLR-kurs eller Norsk Grunnkurs i Førstehjelp fra Norsk Førstehjelpsråd. NRR er et fagråd under Den Norske Legeforening i medisinskfaglige spørsmål relatert til gjenoppliving av nyfødte, barn og voksne. Utover tilknytningen til Legeforeningen er NRR en non-profit organisasjon som aktivt jobber med implementering av kunnskap og ferdigheter innen hjerte-lungeredning med bruk av hjertestarter til både legfolk og helsepersonell. NRR driver et utstrakt sertifiseringsarbeid via våre kurskonsept HHLR, DHLR og AHLR både i og utenfor helsetjenesten. NRR er representert i Norsk Førstehjelpsråd sitt styre.
En del helsefagsutdanninger har så langt kun fokusert på basal HLR, dvs. brystkompresjoner og innblåsninger/ventilasjoner. Det er et uttalt mål i den nasjonale dugnaden «Sammen redder vi liv» at flere starter HLR ved tvil om hjertestans samt at bruk av tilgjengelig hjertestarter økes. Tall fra Norsk Hjertestansregister for 2017 viser at hjertestarter i gjennomsnitt var tilkoblet hos 13% av de med hjertestans utenfor sykehus før ambulanse kom frem. En enkel måte å øke denne bruken på vil være å innføre opplæring i alle helsefagsutdanninger. For å senke terskelen for å utføre HLR og bruke en hjertestarter er det viktig at helsepersonell har trent på dette på forhånd gjennom kurs med fokus på praktiske ferdigheter (f.eks NRR sitt HLR for Helsepersonell (HHLR) kurs eller DHLR kurs).
I faktagrunnlaget for «Sammen redder vi liv» dugnaden er følgende vedtatte læringsmål for befolkning og akutthjelpere spesielt viktige for helsepersonell, som bør hensyntas i grunnopplæringen:
- Førstehjelpen skal kunne gi fri luftvei med hakeløft

- Førstehjelperen skal kunne legge en person i stabilt sideleie
- Førstehjelperen skal kunne forsøke å fjerne fremmedlegeme i luftveiene hos våkne barn eller voksen som ikke klarer dette selv, med bruk av slag mellom skulderbladene og Heimlich manøver.
- Førstehjelperen skal ved undersøkelse av bevisstløs pasient kunne gjenkjenne unormalt pustemønster etter luftvei er åpnet.
- Førstehjelperen skal kunne gi basal hjerte-lungeredning 30:2 av god kvalitet under veiledning fra 113 i minst 10 minutter.
- Førstehjelperen skal kunne bruke en hjertestarter (AED) uten bistand fra 113.

Disse læringsmålene er godt oppfylt i NRR sine HHLR kurs og DHLR kurs (begge 3-4 timers kurs) eller Norsk Grunnkurs i Førstehjelp fra Norsk Førstehjelpsråd. Det er også et bredt nettverk av NRR godkjente instruktører i helseforetakene og i grunnutdanningene som kan gjennomføre opplæring, og en del helsefagsutdanninger bruker allerede kurskonseptene aktivt.

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o Felles undervisningsopplegg vil være svært relevant for opplæring i basal førstehjelp og relaterte livreddende ferdigheter alt helsepersonell bør ha i en akuttmedisinsk situasjon.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o NRR har ikke kompetanse til å uttale seg om andre aspekter av utdanningen til ergoterapeut og har i vårt høringsvar kun fokusert på det vi mener er viktig for at fremtidige ergoterapeuter skal kunne gi god førstehjelp i en akuttmedisinsk situasjon om denne oppstår på jobb eller i privatlivet.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Brukerorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Unge funksjonshemmede
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 5
- 31. Begrunn svaret
 - o Unge funksjonshemmede er svært fornøyd med utkast til retningslinjer for ergoterapeut utdanningen. Vi mener utkaster illustrerer et helhetlig perspektiv hvor både livsløp og heldøgns tankegangen er ivarettatt. Vi synes det er svært positivt at universell utforming, og individets interaksjon med omgivelsene er viet særskilt omtale.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Unge funksjonshemmede er glade for at barn og unges rett til å medvirke til egen behandling og tjenestetilbud er inkludert i retningslinjene. Allikevel savner vi særskilt omtale av ungdom som egen gruppe.

Helsevesenet er byråkratisk innordnet i barne- og voksenavdelinger, og den alderen på den fysiske kroppen er det som bestemmer hvilken avdeling en tilhører. På samme måte som andre aldersgrupper opplever også ungdom kronisk sykdom,

funksjonsnedsettelse og psykiske helseplager. Det er derfor viktig at man ser det generelle sykdomsbildet i et ungdomshelseperspektiv. Ungdomsmedisin er ikke et etablert fagfelt i Norge, og det er et begrenset fokus på fagområdet ungdomshelse. Det finnes per i dag ingen offentlig institusjon, enhet eller tjeneste som har til formål å samle kompetansen på ungdomsmedisin og helsetjenester for ungdom. Dette mener vi er svært uheldig, og bidrar til at unge mennesker ikke mottar et helsetilbud som svarer på deres behov.

Når Unge funksjonshemmede snakker om at ungdomshelse er viktig, så er det fordi ungdom befinner seg i en unik livssituasjon som gjør at de har behov som skiller seg fra behovene til barn og voksne. Ungdomstiden kjennetegnes av overganger og brytninger på veien til å bli voksen. Man befinner seg i en spesiell livsfase hvor det er forventet at man skal klare mye selv, samtidig mangler man livserfaringen og systemkompetansen mange voksne pasienter har. I overgangen fra barn til voksen må ungdom med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom lære å ta ansvar for egen helse. I denne fasen er det avgjørende at man møter et helsevesen som forstår en og evner å tilrettelegge for ens unike behov.

Erfaringene man gjør seg som ung farger hvordan man tilnærmer seg verden i voksen alder. Det er derfor viktig at ungdom får et godt inntrykk av helsevesenet fra første stund. Helsepersonell som skal jobbe med ungdom må kunne se hele mennesket, og alle de komplekse tanker og behov ungdom har. De må kunne prate med ungdom om fremtiden, seksualitet, og psykisk- og somatisk helse, og vite at alt dette henger sammen.

Vi savner også omtale av seksuell helse som en del av utdanningen. Seksuell helse handler om grensesetting, identitet og seksualitet. Det utgjør en naturlig del av menneskers liv, og ungdom befinner seg i en livsfase hvor deres forhold til egen kropp og seksualitet er under utvikling. Helsepersonell som jobber med ungdom må kunne snakke åpent med ungdom om dette, og besvare deres spørsmål. Unge funksjonshemmede mener derfor dette må inn i utdanningen.

Unge funksjonshemmede vet at det er helsepersonell der ute som brenner for å gi ungdom et bedre tilpasset tilbud. Vi vet også at dette er et pågående arbeid ved flere helseforetak. Allikevel er det en bekymring at ungdom fortsatt opplever å møte et helsevesen som ikke anerkjenner ungdomshelse som et selvstendig fagfelt. Vi mener at for å sikre ungdomsvennlige helsetjenester i fremtiden, vil det være avgjørende at ungdomshelse omtales særskilt i retningslinjene. For helsepersonell vil

dette også bidra til å forberede dem bedre på den arbeidshverdagen som venter dem. Ungdom utgjør en betydelig del av pasient- og brukergruppen av helsevesenet. Derfor er det viktig å inkludere deres perspektiv og behov i utdanningen.

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Interesseorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Norsk Førstehjelpsråd
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 31. Begrunn svaret

- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Førstehjelp og hjerte-lungeredning med hjertestarter
Førstehjelpsrådet mener det er viktig at alle helse- og sosialutdanninger har minimumsferdigheter innen førstehjelp og hjerte-lungeredning, da alle yrkesgrupper møter mennesker som er i ytterst vanskelige situasjoner. Noen av yrkesgruppene er også selv risikoutsatte. Førstehjelpskompetansekrav er også i henhold til NOU Først og fremst og den Helsedirektorat ledede førstehjelpsdugnaden Sammen redder vi liv.
Med bakgrunn i dette mener vi at yrkesgruppene må ha førstehjelpskompetansenivå tilsvarende Norsk Grunnkurs Førstehjelp (NGF) eller høyere nivå, samt hjerte-lungeredning med hjertestarter. Yrkesgrupper med et spesielt ansvar for barn bør også ha som minimum tilsvarende Norsk Grunnkurs Førstehjelp for deg som har omsorg for barn (NGFB). Vi mener også at kompetansemålene om denne tematikken bør tilstrebes å ha lik ordlyd på tvers av retningslinjene.

Storulykker og krise- og katastrofesituasjoner

Førstehjelpsrådet mener at alle helseutdanninger bør ha denne kompetansen, som beskrevet under utkastet til

sykepleierutdanning. Norsk Førstehjelpsråd mener dette med bakgrunn i at slike hendelser er mere og mere aktuelle, og at alt helsepersonell må påregne å støtte ved slike hendelser.

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Skedsmo kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 29. Begrunn svaret
 - o Skedsmo støtter fokus på tverrfaglig arbeid og samhandling på tvers av utdanninger og tjenester. .
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 3
- 31. Begrunn svaret
 - o Vi savner sterkere fokus på brukerinvolvering i utøvelse og utarbeidelse av behandlingsplaner som støtter opp om brukers motivasjon og mestring i hverdagen
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 6
- 33. Begrunn svaret
 - o Skedsmo vurderer at det er behov for en noe større grad av standardisering som sikrer lik kvalitet på ferdig utdannet personell.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Skedsmo savner et sterkere fokus på forebygging, kompetanse for brukergruppen barn og unge, samt det psykologiske perspektivet som påvirker kropp og helse.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o Skedsmo støtter forslag om fellesemne. Mange av helse- og sosialfagene deler felles undervisningstema, og det savnes at studiene legger mer til rette for tverrfaglig samarbeid. Noe basisundervisning i f eks anatomi, fysiologi, etikk etc kan også med fordel legges til 1. studieår.
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Sarpsborg kommune, team ergoterapi
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 5
- 31. Begrunn svaret
 - Vi ser behovet for økt fokus på bo/ bomiljø i møte med en generasjon som bør/ må bo hjemme lengst mulig.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 10
- 33. Begrunn svaret
 - Godt balansert slik det er i dag
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Tverrfaglig samarbeid, for å være tryggere i sin fagrolle i samarbeid med andre.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 36. Begrunn svaret
 - Men erfaring viser at ergopra1 hvor fokuset er mer standardiserte kartleggingsverktøy og følge et pasientforløp blir utfordrende i møte med praksis ved barneergoterapi i kommunehelsetjenesten, hvor kartlegging skjer i hovedsak gjennom observasjon og tidslinjen er betraktelig lenger enn praksisperioden.
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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
- 38. Begrunn svaret
 - Veldig gode læringsutbyttmål, men trolig noe ambisiøst å gjennomføre på 3 år. Savner mer fokus på yrkesidentitet tidlig i studiet som ville kommet studenten til gode i møte med de ulike læringsutbyttebeskrivelsene. Vi kjenner til at det kan gå lang tid før studentene får et bilde av hva yrket kan innebære og miste motivasjon til å fullføre.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - Det er bra for yrkesidentitet og tverrfaglig samarbeid, men utfordrer på et 3-årig utdanningsløp.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Paradigmeskiftet i helse- og omsorgstjenestene krever dyktige og faglig trygge ergoterapeuter. For å oppnå dette også i fremtiden ser vi at utdanningstiden med fordel kunne vært forlenget slik at man er bedre rustet når man er ferdig utdannet. Eksempelvis, lengre praksisperiode.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o UiT Norges arktiske universitet, Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag, bachelor i ergoterapi
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 3
- 29. Begrunn svaret
 - o Retningslinjene er i noen grad i tråd med trender og samfunnsutvikling, og høringsutkastet er et godt utgangspunkt. Utdanningen mener retningslinjene i større grad bør samsvare med «Alle skal kunne delta – ergoterapeuters kjernekompetanse» (2017). Som kjent er kompetansebeskrivelsen utarbeidet i samarbeid mellom alle de norske ergoterapeututdanningene og Norsk Ergoterapeutforbund. I utarbeidelsen av kompetansebeskrivelsene er det lagt vekt på sentrale styringsdokumenter og planer, slik at beskrivelsene i stor grad beskriver ergoterapeuters nåværende og framtidige kompetanse.

Begrepsbruken i retningslinjen oppfattes som noe inkonsekvent, og har potensiale til å tydeliggjøre det fagspesifikke bedre. Begrep som bruker, kropp osv bør erstattes med person. Andre begreper er inkludering, deltakelse, selvstendighet, mestring osv. som kan brukes på en mer konsekvent måte for å tydeliggjøre det fagspesifikke i ergoterapi langt bedre.

Forslag til ny formulering kunnskapsområder:

II. (flyttes frem som nr. I): (Samspill mellom) person, aktivitet og omgivelser

III. Kunnskapsbasert yrkesutøvelse - ansees ikke nødvendig som eget kunnskapsområde, tilhørende LUB kan sorteres inn under andre kunnskapsområder, f.eks. VIII.

IV. Habilitering, rehabilitering og samhandling

VI. Folkehelse, kultur og samfunn

Begrunnelse:

Vi foreslår å erstatte politikk med samfunn, for å inkludere alle områder i samfunnet ikke bare politisk innvirkning på helsetjenestene og utdanning.

VII. Inkludering og deltakelse

VIII. Innovasjon, kvalitetsforbedring og ledelse

Begrunnelse: Kvalitetsforbedring er et mer tidsriktig begrep enn kvalitetssikring, og samsvarer bedre med §2 Felles læringsutbytte, pkt. 11 i Forskrift om felles rammeplan.

Viser til svar på spm. 40 vedr. formål.

- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 4
- 31. Begrunn svaret
 - o Retningslinjene bør være konsekvent mtp begrepsbruk vedrørende person (menneske, kropp, bruker), som også signaliserer ergoterapifagets verdiplattform med fokus på personen som aktiv og myndig deltaker i eget liv.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 5
- 33. Begrunn svaret
 - o Retningslinjene er generelle på noen områder, samtidig som vi synes de er for detaljstyrende på andre områder, særlig beskrivelse av felles undervisningsopplegg under «Krav til studiets oppbygning» og «Krav til praksisstudiene». I Kunnskapsområde II K4 anvendes forkortelsen ADL (aktiviteter i dagliglivet). Dette er et begrep som i dag anvendes av flere faggrupper, men med et litt annet meningsinnhold. Denne LUBen avgrenser også hvordan ergoterapeuter forstår aktivitet og vi støtter oss på Norsk Ergoterapeutforbund sitt forslag til ny formulering (fra høringssvaret): «Har bred kunnskap om hverdagsaktivitet og meningsfulle gjøremål, og hvordan aktivitet kan tilrettelegges og graderes for å fremme inkludering og deltakelse».
 - o Funksjonsvurdering er et begrep som også brukes av andre faggrupper, men med annet meningsinnhold. Dette begrepet bør i

stedet byttes ut med begreper som bedre tydeliggjør at ergoterapeuter vurderer en persons aktivitetsutførelse og ferdigheter. Viser også til kommentar til pkt. 39.

- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Under område VI savner vi et tydeligere fokus på forvaltning. Ergoterapeuter forvalter helsetjenester og ressurser gjennom sin daglige praksis og vi mener at ergoterapeututdanningen må sikre at kandidatene etter endt utdanning også innehar forvaltningskompetanse.
 - For øvrig synes vi høringsutkastet dekker en faglig bredde, men noen formuleringer kan spisses og gjøre LUBene mer fremtidsretta.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Nei
- 36. Begrunn svaret
 - Det er fint at utkastet tydeliggjør betydningen av praksisstudier, og at det tydeliggjøres hva som regnes som praksis (viser her til setningen: «...som omfatter den faktiske tiden studentene er i praksis»).

Utdanningen stiller spørsmål ved krav om minimum 30 ukers praksis (som er mer enn WFOT sitt minimumskrav), og at retningslinjene skal være bestemmende på minimumslengde på praksisperiode hvert studieår.

Vi tror ikke 30 uker praksis er realistisk å få til med dagens utfordringer med å skaffe praksisplasser i konkurranse med andre faggrupper. Vi mener en økning på 3 uker praksis heller ikke er realiserbart i samsvar med studiet for øvrig og ser muligheten for at en økning i antall uker i praksis kan gå på bekostning av (tid til) annen undervisning (campusemner). Som utkastet også tydeliggjør, kan ferdigheter oppnås gjennom varierte arbeidsformer, så som ferdighetstrening.

Vi savner at frivillig sektor tas med som mulig praksisarena.

Det kan med fordel tydeliggjøres under «Krav til praksisstudiene» at (utvalgte) LUB for studiet skal realiseres også i praksis.

- 37. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 4
- 38. Begrunn svaret
 - Dagens ergoterapeututdanning er omfattende og faget er i vekst nasjonalt og internasjonalt. Innholdet i retningslinjene er i noen grad mer omfattende enn dagens utdanning, da den tar høyde for nye områder som innovasjon, velferdsteknologi osv. Nye retningslinjer har potensiale til å tydeliggjøre hva som skal prioriteres på grunnutdanning og hva som må tas ut (og dermed inkluderes i spesialisering i form av kurs / videreutdanning / master), og kan med fordel spisses mer, ref. kjernekompetanse.

Hvis kravet om 30 uker praksis vedtas, vil retningslinjene være svært omfattende innenfor rammene av en treårig bachelorutdanning.

- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - Vi er positiv til utvikling av felles undervisningsopplegg, men anser det som hensiktsmessig av hensyn til fleksibilitet og ulike lokale hensyn at retningslinjene ikke legger føring for hvilket semester / studieår fellesemne skal gjennomføres eller tema. Valg av semester for gjennomføring må tilpasses tema for felles undervisning, tverrfaglige emner på de ulike utdanningsinstitusjonene samt utvekslingsperioder (ofte fjerde og femte semester). Det kan være hensiktsmessig at tema for felles modul er ergoterapispesifikt (for eksempel ergoterapiens historie, aktivitetsvitenskap eller arbeidsdeltakelse) og at fellesemne dermed legges til første, andre eller tredje semester.

Viser også til sak 1008/2018 fra møte i NFO-EO, og høringsuttalelse til UHR-HS NFO-EO.

- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Vi vurderer formålet i høringsutkastet som nokså generelt formulert, og synes det bør samsvare bedre med beskrivelsene av ergoterapeuters kjernekompetanse, (2017). Vi støtter oss til forslag fra forbundet om ny formulering av formål – se under.

Forslag til ny formulering, Formål:

«Formålet med ergoterapeututdanningen er å gi samfunnet tilgang til fagpersoner med kjernekompetanse i aktivitet, omgivelser og personers aktivitetsutførelse for å oppnå deltakelse og inkludering. 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 tilpasse 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, helsefremming, 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. Ergoterapeututdanningen skal være i samsvar med nasjonale og internasjonale føringer:

- Minimum Standard for the Education of Occupational Therapists (2016) ved World Federation of Occupational Therapists (WFOT)
 - Ergoterapeuters kjernekompetanse (2017) ved Norske ergoterapeututdanninger og Norsk Ergoterapeutforbund
- Ergoterapeututdanningen er en 3-årig fulltids profesjonsutdanning på 180 studiepoeng. Fullført utdanning gir rett til graden bachelor i ergoterapi og grunnlag for å søke autorisasjon som ergoterapeut i Norge iht. lov om helsepersonell, §§ 48 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64.>».

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Ergoterapitjenesten, ErLoSo seksjon, Rehabiliteringsavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 29. Begrunn svaret
 - o Ergoterapitjenesten i UNN, Tromsø, somatikk mener forslaget til Retningslinjer er et godt utgangspunkt for en beskrivelse av ønsket sluttkompetanse ved fullført utdanning. Retningslinjene er fagspesifikke og gir et godt grunnlag for videre formulering. Språkbruken er imidlertid ikke alltid tidsriktig og må jobbes videre med. Vi mener Norsk Ergoterapeutforbund «Ergoterapeutene» har gode forslag til omformulering og forbedringer i sitt høringssvar. Spesielt mener vi det er viktig at Formålsbeskrivelsen tydeliggjør hva ergoterapeuter er gode på. Ergoterapeuters kjernekompetanse må beskrives tydelig i Formålsbeskrivelsen. Flere områder kan løftes fra LUBene til Formålsbeskrivelsen slik «Ergoterapeutene» foreslår. Sammenhengen mellom Formålsbeskrivelsen og kunnskapsområdene/læringsutbyttebeskrivelsene bør jobbes videre med. Formålsbeskrivelsen skal være en pilar i dokumentet. Her skal det komme tydelig frem hva ergoterapeuter er gode på, hvilke kjernekompetanse ergoterapeuter har og hvilke utfordringer denne kompetansen kan bidra til å løse. I somatisk sykehus i spesialisthelsetjenesten har vi behov for ergoterapitjenester fordi yrkesgruppen har kompetanse som kompletterer andre helseprofesjoner. Ergoterapeutens egenart mht fokus på aktivitet, omgivelser og aktivitetsutførelse er viktig. Ergoterapeutene har sin styrke i å se personens helseutfordringer i et aktivitetsperspektiv, for å fremme inkludering og deltagelse. Vi støtter «Ergoterapeutenes» forslag til endring av kunnskapsområdene, slik at de blir mer tidsriktige.
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 4
- 31. Begrunn svaret
 - o Ved en språkvask, redigering av kunnskapsområdene og endring av begrepsbruk vil retningslinjene bli mer tidsriktige og være mer i tråd med brukernes fremtidige behov for ergoterapitjenester. Språkbruk er viktig og signaliserer verdier og faglig

plattform. Selv om vi i somatisk sykehus bruker pasientbegrepet vil vi foretrekke at retningslinjene bruker begrep som person evt borger fremfor pasient eller bruker. Ergoterapi beskrives som personsentrert og ikke brukersentrert.

- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
 - o Vi tenker utdanningene i stor grad må høres på dette punktet. LUBene kan gjøres mindre detaljerte om enkelte områder løftes til Formålsbeskrivelsen. Vi har tro på at utdanningene til en viss grad kan gjøre lokale tilpassinger. Språkvask og større fokus på innovasjon. Se ellers «ergoterapeutenes» høringssvar til punktet.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Nei, men viktig å tydeliggjøre innovasjon. Ergoterapeuter lykkes nå med å vise nytenkning om bærekraftig helsetjeneste.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
 - o Vi er positive til utvidelse av praksis fra 27 til 30 uker. Men dette må ha en hensikt, og vi er usikre på hva som ligger bak forslaget om en økning fra 27 til 30. Om utdanningene ikke mener det er gjennomførbart bør ikke praksis økes. Tidligere evalueringer?
Det bør stå i retningslinjene at studenter skal ha praksis i både spesialist- og primærhelsetjeste, og både innen somatisk og psykisk helse.
Vi støtter at det avholdes en lang praksisperiode hvert studieår, men er ikke sikre på at første års praksis må være 8 uker (vi erfarer at 7 uker her i Tromsø er tilstrekkelig). Vi støtter at det tas sikte på at en av praksisperiodene er innen et mer utradisjonelt eller innovativt arbeidsfelt. Men retningslinjene må ikke lages så rigide at dette blir et absolutt krav da det kan være vanskelig å få til i praksis. Det blir sjelden en god praksis om rammevilkårene for å ha student ikke er oppfylt. Samarbeidet mellom utdanningene og praksisstedene er viktig ift å skape gode praksisarenaer. En stor del av utdanningen foregår ute i praksis, ansvaret på veilederne er stort.
- 37. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
 - o Også dette punktet vurderes best av utdanningene. Men, det er helt sentralt at studentene har kunnskap, ferdigheter og kompetanse knyttet til kjernekompetansen i ergoterapi. Noe faginnhold må heller inkluderes i kurs og videreutdanninger.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o Dette støttes, men da må utfordringene i helse- og velferdsNorge avgjøre tema.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o Foreslår å endre formål til:
«Formålet med ergoterapeututdanningen er å gi samfunnet tilgang til fagpersoner med kjernekompetanse i aktivitet, omgivelser og personers aktivitetsutførelse for å oppnå deltakelse og inkludering. 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 tilpasse 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, helsefremming, 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
Ergoterapeututdanningen skal være i samsvar med nasjonale og internasjonale føringer:
 - Minimum Standard for the Education of Occupational Therapists (2016) ved World Federation of Occupational Therapists (WFOT)
 - Ergoterapeuters kjernekompetanse (2017) ved Norske ergoterapeututdanninger og Norsk Ergoterapeutforbund
 Ergoterapeututdanningen er en 3-årig fulltids profesjonsutdanning på 180 studiepoeng. Fullført utdanning gir rett til graden 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>.». Den engelske tittelen for ergoterapi er occupational therapist»

Begrunnelser:

1. Dette formålet er i samsvar med Ergoterapeuters kjernekompetanse utarbeidet av ergoterapeututdanningene og forbundet. Dette fikk sin tydelige forankring gjennom godkjenning i profesjonsrådet, samt innlegg på fagkongressen og

landsmøtet i nov 2018. https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%C3%B8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltsider.pdf?slrid=3da8679e-60b4-5000-b48c-0954bfabcfed

Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltsider.pdf?slrid=3da8679e-60b4-5000-b48c-0954bfabcfed

2. Beskrivelsen er i samsvar med WFOT sin beskrivelse av ergoterapifaget. Det er helt nødvendig at ergoterapeututdanningen er i samsvar med WFOT sin minimumsstandard for å sikre internasjonal godkjenning
3. Formålet må skille oss fra andre utdanninger. Ved å inkludere andre begrep i tillegg til våre kjernebegrep vil vi samtidig gjøre fagprofilen utydelig. Hold dere til begrepsbruken i Ergoterapeuters Kjernekompetanse som både utdanningene og Ergoterapeutene har brukt god tid på å utvikle
4. Vi foreslår å løfte «folkehelse, helsefremming, forebygging, behandling, og re/habilitering» på formålsnivå. Da gjelder dette alle LUBene, vi slipper dermed dilemmaet med å lage egne emner med disse begrepene.

5. Begrepet kunnskapsbasert ligger i forslag til formål – det gjelder selvsagt for all høyere utdanning og bør ikke avgrenses til overskrift i et emne.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Sandnes kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 5
- 31. Begrunn svaret
 - Retningslinjene vurderes å ivareta fremtidens kompetansebehov.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 7
- 33. Begrunn svaret
 - Det er nødvendig med tydelige nasjonale føringer, slik at det blir mest mulig lik praksis for bl.a. praksisstudiene. For stor autonomi vil kunne bidra til ulikheter noe som kan slå ulikt ut.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 36. Begrunn svaret
 - Praksisstudiet fungerer slik det er beskrevet i retningslinjen. Kommunen har god erfaring med studenter, men for enkelte studier kan praksisperioden oppleves lang.
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Høgskulen på Vestlandet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 2
- 29. Begrunn svaret

- O Vi mener at kompetansebehovet er noe snevert fremstilt, da det i stor grad fokuserer på kompensering og tilrettelegging, ved endring av omgivelsene eller tilrettelegging/kompensering for gap som er oppstått. Vi mener det i større grad må rettes fokus på person og personers forutsetning for aktivitetsutførelse, inkludert et fokus på vurdering og trening/behandling. Dette er viktig kompetanse i spesialisthelsetjeneste og i rehabiliteringsarbeid på ulike nivå.

Vi synes ikke det er en tydelig rød tråd gjennom formål og læringsutbytterbeskrivelser (LUB'er) og anbefaler at dette blir jobbet videre med for å sikre at LUB'er er knyttet opp mot formål. Vi foreslår at kunnskapsområdene omorganiseres/slås sammen, og at overskriftene spesifiseres mer. Vi foreslår også at det kunnskapsområdet som i størst grad betegner ergoterapi som profesjon, kommer først. Følgende kunnskapsområder/overskrifter foreslås:

I: Samspill mellom person, aktivitet og omgivelser

II: Kunnskap, kvalitetssikring og ledelse (evt. flytte lenger ned)

III: Habilitering, rehabilitering og samhandling

IV: Innovasjon og teknologi

V: Folkehelse, kultur og politikk

VI: Rettigheter, inkludering og etikk

En endring av kunnskapsområdene innebærer at flere LUB'er bør flyttes til andre kunnskapsområder enn der de er presentert i eksisterende utkast. Vi har følgende forslag:

I. Profesjon, identitet og etikk – slettes som kunnskapsområde:

K1, F1 og F3 flyttes til habilitering, rehabilitering og samspill.

K2 og GK1 flyttes til rettigheter, inkludering og etikk.

F2 flyttes til samspill mellom person, aktivitet og omgivelser.

II. Samspill mellom kropp, funksjon, aktivitet og helse – ny overskrift foreslått i spm 29:

K3 og K4 bytter rekkefølge.

K5 flyttes til habilitering, rehabilitering og samhandling.

Ferdighetsmålene framstår som noe snevre, og vi foreslår derfor å omformulere F1 til: «Kan anvende kunnskap for å bedre ferdigheter knyttet til personers aktivitetsutførelse» og F2 til: «Kan anvende aktivitet som verktøy i kartlegging og intervensjon».

III. Kunnskapsbasert yrkesutøvelse – ny overskrift «kunnskap, kvalitetssikring og ledelse»:

K1 flyttes til ferdighets-LUB.

F2, F3, F4 og GK4 slettes.

F5 flyttes til samspill mellom person, aktivitet og omgivelser.

F6 omformuleres: «Kan etterspørre, finne og anvende kunnskap til å dokumentere, kvalitetssikre, vurdere og formidle egen praksis».

F4 fra fysioterapeutenes kunnskapsområde «kunnskap, kvalitetssikring og innovasjon» tas inn i dette kunnskapsområdet.

GK1 omformuleres: «Kan planlegge og lede ergoterapeutiske intervensjoner individuelt og i gruppe».

IV. Habilitering og rehabilitering – Endringer er foreslått under de ulike kunnskapsområdene i spm 29, og i spm 31.

V. Teknologi og hjelpemidler – endres til Teknologi og innovasjon:

K1 omformuleres til «Har bred kunnskap om hvordan teknologi og hjelpemidler kan fremme personers aktivitet og deltakelse».

F1 slettes.

F2 omformuleres «Kan anvende kunnskap om ergonomi, tilrettelegging av omgivelser, kompensering og teknologi.»

Flytte alle LUB'ene fra «VIII. Innovasjon, kvalitetssikring og ledelse» flyttet til «Teknologi og innovasjon».

VI. Folkehelse, kultur og politikk:

K1 omformuleres: «Har bred kunnskap om folkehelse, helsefremmende og forebyggende virksomhet innen ergoterapi på ulike arenaer».

Ta inn F5 fra fysioterapeutenes kunnskapsområde «folkehelse».

GK1 omformuleres: «Kan identifisere og følge opp mennesker med sosiale og helsemessige problemer som har utfordringer med aktivitet og deltakelse, og iverksette nødvendige tiltak eller henvise videre ved behov».

VII. Rettigheter, inkludering og samhandling – endres til Rettigheter, inkludering og etikk:

F2 omformuleres til: «Kan anvende ulike kartleggings- og intervensjonsmetoder for tilrettelegging og inkludering på ulike arenaer».

F4 flyttes til folkehelse, kultur og politikk.

Ta inn F3 fra radiografi sitt kunnskapsom.. «D

- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 2
- 31. Begrunn svaret
 - o Dette spørsmålet henger i stor grad sammen med begrunnelsen for spørsmål 28. I tillegg mener vi at kunnskapsområdet «IV. Habilitering og rehabilitering» er for snevert framstilt, og ikke dekker brukernes behov for kompetanse i tjenestene. Dette kunnskapsområdet bør derfor utdypes. Retningslinjen for fysioterapeututdanningen har inkludert flere LUB'er som er relevante også for ergoterapeututdanningen. Vi foreslår følgende endringer for dette kunnskapsområdet:
 - 1) Da tverrprofesjonelt samarbeid er en forutsetning i habilitering/rehabilitering, mener vi at LUB'er knyttet til dette temaet burde gjenspeile slikt samarbeid. Vi foreslår derfor at dette kunnskapsområdet endrer tittel til «Habilitering, rehabilitering og samhandling». Det vil da være logisk å flytte noen av LUB'ene som omhandler samhandling til dette kunnskapsområdet. Se forslag i spm 29.
 - 2) Dette kunnskapsområdet mangler generelle kompetansemål, noe som må inkluderes. Vi foreslår at LUB 1 og 2 under generell kompetanse for habilitering, rehabilitering og samhandling fra fysioterapi tas inn i retningslinjen for ergoterapi. Det samme gjelder F4 under samme kunnskapsområde for fysioterapi, men at dette tas inn under generell kompetanse i retningslinjen for ergoterapi. LUB K2 fra fysioterapi foreslås også som en kunnskaps-LUB for ergoterapietningslinjen.
 - 3) Videre mener vi at LUB K1 for habilitering og rehabilitering bør inkludere «...rehabilitering og habilitering på ulike nivå». K2, K3, F1 og F3 foreslås slettet, da disse ses som for detaljerte for en retningslinje. K4 foreslås omformulert til: «Har kunnskap om palliativ behandling», og flyttes til kunnskapsområdet «rettigheter, inkludering og etikk», da palliativ behandling i seg selv ikke er rehabilitering. Videre foreslår vi å flytte K2 (evt. slette, hvis for overlappende med K2 fra fysio sin retningslinje), F1, F3, F5 og F6 fra kunnskapsområdet «rettigheter, inkludering og samhandling» til kunnskapsområdet «habilitering, rehabilitering og samhandling».
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 4
- 33. Begrunn svaret
 - o Vi mener at en del av LUB'ene er for spesifikke. I tillegg stiller vi spørsmål ved om det er for mange LUB'er. Vi mener at det er viktig å være tydelig på hva som er minstestandard på kunnskapsnivå og at ikke for mye overlates til hver enkelt utdanning. Nivået på LUB'ene må derfor vurderes, for å sikre at sluttkompetansen er forholdsvis lik ved de ulike utdanningsinstitusjonene. Vi er usikre på om det er mulig å oppnå en nasjonal standardisering, når antall studiepoeng knyttet til hvert tema ikke skal være spesifisert i retningslinjene.

Videre mener vi at det er for detaljstyrende i en retningslinje å spesifisere at de ulike utdanningsinstitusjonene skal gjennomføre et felles nettbasert undervisningsopplegg i løpet av studiet. Vi ønsker derfor å ta dette ut av retningslinjen, og heller prøve å implementere dette når LUB'er skal operasjonaliseres på institusjonsnivå.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Vi synes at retningslinjene burde hatt et større fokus på:
 - 1) praktiske ferdigheter – selve «håndlaget» vi utøver som ergoterapeuter på ulike nivå og ulike arenaer. Sammenhengen mellom teori og praktisk kunnskap kunne også med fordel kommet tydeligere fram i LUB'ene. Dette samsvarer også med høringsinnspill fra Ergoterapiavdelingen på Haukeland universitetssjukehus.
 - 2) Personers forutsetninger for aktivitetsutførelse, inkludert vurdering og trening/behandling.
 - 3) Helsefremmende arbeid - ikke «bare» folkehelse.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Ja
- 36. Begrunn svaret
 - o Vi mener at det bør være mulig å gjennomføre minimum 30 uker praksisstudier i løpet av 3 år, med minimum 8 uker sammenhengende praksisperioder. Sammenhengende praksisperioder er viktig for studentenes modning og utvikling.

Vi mener at studentene bør veiledes av ergoterapeuter i alle tre årene, og at presiseringen «spesielt i første og andre studieår» i 2. avsnitt under «krav til praksisstudiene» bør slettes.

I 3. avsnitt under samme overskrift, mener vi at følgende setning bør slettes: «Variasjon innbefatter også at studentene gjennom praksis får mulighet til å bistå personer på arenaer som omhandler ergonomi, hjelpemidler, tilrettelegging og inkludering i arbeidslivet, innovativt arbeid knyttet til for eksempel universell utforming og boligtilrettelegging.» Årsaken er at denne kan misoppfattes, slik at setningens innhold ikke viser til variasjon, men til en innsnevring av ergoterapi som bare fokuserer på tilrettelegging og kompensering.

- 37. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - o 4
- 38. Begrunn svaret
 - o Vi er kritiske til det høye antallet LUB'er, da vi er usikre på om det er mulig å sikre at studentene innehar sluttkompetanse som dekker alle disse. Samtidig mener vi at noen av LUB'ene er for spesifikke/detaljerte, og derfor framstår som for snevre. Som nevnt, er vi også usikre på om det er realistisk å kunne gjennomføre et felles nettbasert undervisningsopplegg samtidig ved alle utdanningsinstitusjonene, og foreslår derfor å ta dette ut av retningslinjen.

Når det gjelder beskrivelse av krav til studiets oppbygging, forslår vi at første setning i 2. avsnitt omformuleres til: «I det andre studieåret lærer studentene om sammensatte problemstillinger knyttet til ergoterapeuters arbeidsfelt», slik at en ikke spesifiserer noen arbeidsfelt og samtidig ekskluderer andre.

- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o Se kommentar over. Dersom dette skal kunne gjennomføres, bør tema og tidspunkt ikke spesifiseres i retningslinjen. Da vil i stedet utdanningsinstitusjonene i fellesskap kunne komme fram til aktuelt tema, og når i studieløpet det er mest hensiktsmessig og mest praktisk å kunne gjennomføre dette. Relevante tema vil dessuten kunne variere etter brukernes og tjenestenes kompetansebehov.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o 1) Formål:
 Dette bør tydeligere beskrives med fokus på det ergoterapeuter har særskilt kompetanse i. Vi støtter derfor forslag til formålsbeskrivelse sendt inn av Norsk Ergoterapeutforbund, med noen endringer (understreket):

Formålet med ergoterapeututdanningen er å utdanne fagpersoner med særskilt kompetanse i å fremme og legge til rette for personers aktivitet, deltakelse og inkludering i samfunnet. Dette innebærer kunnskap om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Ergoterapeututdanning skal gi kandidatene bred kunnskap om personers forutsetninger og omgivelsenes innvirkning på aktivitet. Kandidatene skal ha en forståelse av at helse er relatert til aktivitet og deltakelse og at helsen påvirkes og skapes i samspill mellom person, aktivitet og omgivelser. Kandidatene skal ha ferdigheter til å gradere og anvende meningsfull aktivitet for å oppnå deltakelse og inkludering for personer i alle aldre, livsfaser og på ulike arenaer. Kandidatene skal etter endt utdanning ha en sterk faglig identitet, ha grunnleggende fagkunnskap og ferdigheter, vise profesjonalitet og bidra til å utvikle ergoterapi som fagfelt og profesjon.

Studiet skal kvalifisere kandidatene til selvstendig arbeid på alle områder der deltakelse og inkludering hindres av individuelle eller strukturelle barrierer. Utdanningen skal være praksisnær og gi kandidatene ferdigheter og generell kompetanse til å praktisere kunnskapsbasert, i samarbeid med andre og med mål om å finne løsninger og utvikle ny praksis.

Kunnskapsområdene bør presenteres etter formålet, for å tydeliggjøre hvilke områder retningslinjen beskriver.

- 2) Felles LUB'er:

Disse må ha samme formulering som i forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, slik at en sikrer at LUB'ene virkelig er felles.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Trondheim kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 29. Begrunn svaret
 - Savner mer fokus på kunnskap om psykisk helse og aktivitet som intervensjonsmetode for barn/unge, voksne/eldre. Dette pga rapporterte svar på ungdomsundersøkelser og demografiske data om voksende eldrebefolkning, mange aleneboende. Rapportert psykisk uhelse blant grupper av ungdom, innvandrere og eldre med funksjonstap, aleneboende. Videre kunnskapsbygging om samhandling med frivillige, nærmiljø brukerinvolvering, mobilisering, mestre selv,kunnskap om ledelse og medarbeiderskap....viktig at utdanningen sammen med praksisfeltet fokuserer på hva det betyr å være en arbeidstaker, plikter- rettigheter. Fomidlingskompetanse, trygghet i yrkesrollen.
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 31. Begrunn svaret
 - Som over, denne kompetansen vil være viktig sammen med det som allerede står i retningslinjene for å kunne fokusere enda mer på brukerne og ulike samarbeidspartnere som en ressurs for å sikre den enkelte aktivitetsmuligheter og samfunnsdeltakelse. Å være trygge og tydelige ergoterapeuter har stor betydning for å kunne utøve fagrollen, formidle og komme til med sin kunnskap.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 6
- 33. Begrunn svaret
 - Formuleringene oppleves overordnet og er formulert ganske rundt, men likevel tydelig på innhold. Derfor god plass til lokal tilpasning.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Pårørendearbeid, Nettverksarbeid, mobilisering av nærmiljø og frivillige.
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 36. Begrunn svaret
 - Hensiktsmessig med praksis i hvert av studieårene. Gir en god progresjon og balanse mellom teori og trene på praksisutøvelse.
- 37. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 4
- 38. Begrunn svaret
 - Ser ikke at noen av temaene kan utelates. Det blir heller hvor dypt og omfattende en går inn i det enkelte emne som styrer om det er gjennomførbart eller ikke.
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - Positivt. Folkehelsearbeid kan ikke utføres av en profesjon alene, i stor grad må en spille på samfunnet, omgivelsene rundt befolkningen, målgruppene, nærmiljøet. Her vil det gi mer kraft om en jobber sammen om temaet, synliggjøre forskjellene på kompetansene/metodene og lære å spille på hverandre.

Men vi kan ikke se at noen av de andre utdanninger foreslår det samme!!! Hvordan skal dette da gjennomføres.

- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Kunnskapsområder og læringsutbyttebeskrivelser skal være felles for alle utdanningene. Det kommer tydelig fram fra forslagene til retningslinjer at de er utarbeidet uten sammenheng. Dette fremmer ikke felles språk. Felles språk er nødvendig for tverrprofesjonelt samarbeid og røste helsetjenester til store endringer i nær fremtid. Innen retningslinjene skal det ligge et fokus på innovasjon. Alle yrkesgruppene må ha en forståelse for det for å kunne takle store endringer i helsetjenesten i nær fremtid. I retningslinjene bør det være fokus på helsepersonells rolle i et samfunn som har tilgang til (pseudo)kunnskap, hvor befolkningen skaffer seg informasjon om sine sykdommer og behandlinger før de besøker helsepersonell. Alle retningslinjene skulle ha samme krav til veiledere, det skal være en definisjon på veilederkompetanse. For eksempel kan alle vise til Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. Universitetet og høyskole skal ha krav til å tilby veilederutdanning.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 2
- 29. Begrunn svaret
 - For at ergoterapeuter skal bli utdannet til å danne fremtidige kompetansebehov er det nødvendig at utdanningen vektlegger kunnskap om rus- og avhengighet.
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 2
- 31. Begrunn svaret
 - Bruk av rusmidler kan knyttes til en rekke skader og problemer. Verdens helseorganisasjon (WHO) uttrykker omfanget av alkohol- og narkotikaproblemer gjennom studien Global Burden of Diseases (2013). Stortinget har vedtatt en opptrappingsplan for rusfeltet (Prp15 S(2015-2016) hvor det konstanteres at det er behov for økt kompetanse om rus- og avhengighetslidelser. Læringsutbytte for fremtidens ergoterapeuter kan derfor ikke begrenses til indirekte læringsutbytte knyttet til «utvikle terapeutisk kompetanse i møte med personer som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser». Ergoterapeuter vil i sin praksis møte pasienter som har behov for ergoterapeutiske tiltak for følgetilstander av rusbruk f.eks fall, skader e.a som er påført i rustilstander eller langvarig rusavhengighet. Læringsutbytte bør forsterkes og konkretiseres til

kunnskaper, holdninger og ferdigheter om rus- og avhengighet

- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
 - o NK-TSB har ikke vurdert temaet inngående, men vil påpeke at for å nå politiske målsetninger om likeverdige helse- og sosialtjenester i hele landet er det nødvendig at alle landets fremtidige ergoterapeuter får god kunnskap og ferdigheter i rus- og avhengighetsproblematikk.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Helse Midt-Norge RHF
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
 - o På bakgrunn av at Questback er valgt som system for innhenting av høringssvar, vil Helse Midt-Norge inkludere et generelt avsnitt som er tverrgående for alle programgruppene. Helse Midt-Norge RHF har underveis i denne prosessen bedt våre helseforetak om selv å sende inn høringssvar, og viser derfor i hovedsak til de innspillene som har kommet fra St. Olav Hospital, Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag når det gjelder de rent faglige vurderingene av forslagene til retningslinjer for hver enkelt utdanning.

Helse Midt-Norge RHF vil derfor ikke gå detaljert inn i hver enkelt retningslinje, men avgrenser våre tilbakemeldinger til å fremheve de punktene som vil få betydning for hvordan det nye styringssystemet for utdanningene skal følges opp og jobbes med regionalt og lokalt. Vi støtter intensjonen med retningslinjene, og vi er positive til at det oppsettes en ny styringsmekanisme for de helse- og sosialfaglige utdanningene. Det likevel åpenbart at forslagene fremstår ulike, noe som gjenspeiler at programgruppenes brede mandat.

På dette stadiet vil vi derfor fra vår side komme med overordnede betraktninger når det gjelder arbeidsgiverperspektivet og hvordan de foreliggende forslagene passer inn i et strategisk perspektiv, herunder vår mulighet til å legge til rette for godt samarbeid med UH-sektoren når det gjelder praksis. Flere av utdanningene har retningslinjer som fra vår side ikke fremstår som detaljerte og konkrete nok, mens andre har kommet betydelig lenger i å konkretisere innholdet. Når det gjelder arbeidsgiverperspektivet er det for Helse Midt-Norge særlig viktig at retningslinjene sikrer et nasjonalt likeverdig faglig nivå på nyutdannede, og at utdanningene er sammenlignbare på tvers. Det nye styringssystemet har som mål at retningslinjene utformes i tråd med tjenestenes og brukernes kompetansebehov. Det springende punktet her er hvorvidt de fanger opp og avveier tjenestenes ønske om nasjonal standardisering gjennom sammenlignbare kompetansekrav og UH-sektorens behov for autonomi i utformingen av studietilbud.

Fra et brukerperspektiv er det åpenbart en sammenheng mellom den tjenesten en pasient mottar fra helsepersonell og utdanningsinstitusjonen dersom variasjonen i utformingen av studietilbudet er for ulikt. Vår Strategi 2030 sier bl.a. at vi skal skape pasientens helsetjeneste, og at rett kompetanse skal møte pasientene i hele forløpet. Vi er derfor ikke tjent med

retningslinjer som ikke sikrer en felles sammenlignbar kompetanse på tvers av utdanningsinstitusjonene.

Vårt overordnede inntrykk er at forslagene til retningslinjer samlet sett ikke er optimale for begge parter på dette punktet, på grunn av til dels stor variasjon. Helse Midt-Norge gjentar derfor vårt synspunkt fra høringen til forslaget til den felles forskriften om at også rammeverket bør revideres i forhold til en overordnet syklus, hvor også de etablerte strukturene mellom UH-sektoren og tjenestene kan se på dette i fellesskap. Det bør tas hensyn til dette i vurderingen av hvorvidt retningslinjene skal forskriftsfestes på nåværende tidspunkt.

Vi er enige med UHRs vurdering av at tydeligere lovfesting og bedre finansiering av helse- og velferdstjenestenes ansvar og oppgaver knyttet til praksisstudier må komme på plass. Dette er især en aktuell problemstilling når enkelte retningslinjer inkluderer henvisninger til primærhelsetjenesten under "krav til praksis". Samtidig mener vi at det er nødvendig at retningslinjene skal stille krav til praksis, herunder omfang, og at det utarbeides felles kvalitetskrav til praksissteder, ettersom dette er av stor betydning for utdanningskvaliteten.

Helse Midt-Norge har tidligere i høringssvar til forslaget om forskrift om felles rammeplan pekt på at samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedene bør være forankret i samarbeidsavtaler etter nasjonal mal. Helse Midt-Norge støtter også det pågående arbeidet for å sikre at al

- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Når det gjelder ergoterapeututdanningen er det positivt at forslaget spesifiserer krav til minimumomfang for praksisdelen. Vi understreker på dette punktet tilbakemeldingene fra våre helseforetak om at praksis bør kunne gjennomføres i bolker i det første studieåret, da dette vil gjøre det mer hensiktsmessig å eksponere studentene for gode læringssituasjoner på forskjellige arbeidsområder. Vi peker også særlig på tilbakemeldingene fra våre helseforetak om at retningslinjene med fordel kan være mer tydelige på å vektlegge det profesjonspesifikke ved det å være ergoterapeut, og mindre på temaer som innovasjon, kvalitetssikring og ledelse. Forslagene til LUB-er bør være mest mulig konkrete, og vi viser her til de konkrete innspillene helseforetakene har kommet med. Dette er forståelig nok en utfordring, men viktig med hensyn til behovet for å sikre tilstrekkelig - og sammenlignbar - profesjonspesifikk kompetanse.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Universitet/høyskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Ergoterapeututdanningen ved OsloMet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 29. Begrunn svaret
 - Forslaget til nasjonale retningslinjer bør bearbeides slik at de fremstår som mer fremtidsrettet. Spesielt gjelder dette formålsparagrafen. Dersom vi skal møte tjenestenes fremtidige kompetansebehov må vi tenke framover. Det mangler et generelt fokus på å imøtekomme de fremtidige behovene til både tjenester og brukere. Hvordan skal vi fremme helse og

fremme et inkluderende samfunn? Vi opplever forslaget som noe opprampsende og det skaper begrensninger. Det mangler momenter som ressursorientering, behovsvurderinger på individ og tjenestenivå, innovasjon og kreativitet.

- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 3
- 31. Begrunn svaret
 - o Et mer fremtidsrettet fokus savnes også her. Hvem er brukeren i fremtiden og hva er deres behov? Brukerperspektivet og brukermedvirkning er underkommunisert. For å møte brukernes fremtidige behov bør både eldre, barn og unge, og sårbare grupper løftes frem på en tydeligere måte.

Vi mener også at forlaget bør knyttes tettere opp til politiske føringer for å sikre både tjenestene og brukernes fremtidige behov. Et eksempel på dette er psykisk helse som har en svært liten plass i dokumentet.

- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 6
- 33. Begrunn svaret
 - o I det store og det hele mener vi forslaget sikrer autonomien til utdanningsinstitusjonene. Vi mener videre at dette forslaget ikke nødvendigvis vil føre til mer nasjonal standardisering enn vi har hatt gjennom rammeplanen. På enkelte områder er retningslinjene likevel for detaljstyrende, spesielt gjør dette seg gjeldene under beskrivelsen av praksis og forslaget til felles undervisningsopplegg.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o Enkelte perspektiver er gjennomgående underkommunisert i dokumentet. Vi mener det bør legges mer vekt på kunnskapsbasert praksis, omgivelsene, helsefremmende arbeid og familiesentrerte og klientsentrerte tjenester. Det bør skrives noe om helsepedagogikk. Undervisning, veiledning og pedagogikk er nesten fraværende. Vi ønsker her også å kommentere LUBene og komme med forslag til endringer. Formuleringene i mange av fellesLUBene er presise og gode mens en del av de særfaglige LUBene er mer upresise. Forskjellen i presisjonsnivå gir et mindre enhetlig uttrykk. Videre er det uklart hva som skal inn under Generell kompetanse (GK). Vi mener at mange av LUBene som er ført opp under GK bør flyttes til Ferdigheter (F)

Kommentarer til kunnskapsområdene:

I. PROFESJON

- Profesjonsbegrepet bør styrkes. Savner et fokus på omgivelser
- K2 etisk teori – etiske teorier, eller teorier om etikk. Det finnes ikke bare én teori om etikk
- F1 «utviser terapeutisk kompetanse» bør byttes ut med «utvise terapeutiske ferdigheter»
- GK savner noe som handler om kunnskap om sammenhengen mellom helse, aktivitet og omgivelser

II. SAMSPILL

- Savner samspill mellom mennesker. For individualisert. Menneske er ikke uavhengig. Gjennomgående i hele dokumentet. Mangler det psykiske og emosjonelle. Savner omgivelser også her. Menneske som psykisk, fysisk og sosial. Vi må ikke bare se mennesket som kropp
- K1 «person» bør byttes ut med «mennesker»
- K1 Nytt forslag: Kunnskap om dynamisk samspill mellom mennesker, aktivitetsutførelse, omgivelser, helse og livskvalitet gjennom livsløpet
- K3 savner fysiske omgivelser og dets påvirkning. Universell utforming.
- K3 Funksjon betyr ingenting. Hvis det menes begrepet kroppsfunksjoner bør de bruke dette begrepet
- K4 hva menes med siste del av setningen: «hvordan ADL kan brukes for å fremme mestring og selvstendighet». Bør ikke ta inn ADL
- K5 hva legges det i «verktøy»? «analyseredskaper» er bedre
- F1 Hva med psykososiale ferdigheter?

III Kunnskapsbasert

- Savner: brukerperspektiv, brukermedvirkning, terapeutperspektivet
- Det må stå at man skal jobbe systematisk og kunnskapsbasert – ikke bare kunne oppdatere kunnskap
- Hvor er brukeren og hvor er ergoterapeuten? Savner klinisk resonnering. Dette bør vært en ferdighet
- Implementering av kunnskap – dette mangler. Det hjelper ikke å lese ting hvis man ikke kan ta det i bruk.

Kunnskapstranslasjon

- F1 hva er ergoterapeutiske arbeidsmodeller?
- F2 intervensjonsmetoder er et uvant begrep. Aktivitet og deltagelse i samfunnet må inn!
- GK1 Merkelig formulert. Hva menes med å lede gruppeintervensjoner?

IV. HABILITERING

- Her mangler det mye; området bør bygges ut. Barn mangler, pårørende mangler, brukermedvirkning mangler, tverrfaglig og tverrsektorielt mangler. Det å kunne sette mål og følge planer mangler. Systematisk arbeid over tid mangler. Det

savnes også en tydeliggjøring av forskjellen mellom behandling, re/habilitering og vedlikehold.

- F1 palliativ passer ikke inn her og bør flyttes
- F2 kartlegging vs vurdering – kartlegging gjør vi én gang, mens vurdering er et bedre ord. Dette bør byttes ut gjennomgående

V. TEKNOLOGI

- Overskriften blir for snever, omgivelser bør inkluderes.
- Hjelpemidler/teknologi må ses i sammenheng med omgivelser
- K1 kunnskap om hvordan teknologi både kan fremme og hemme aktivitet og deltagelse må inn

VI. FOLKEHELSE

- Begrepet helsefremmende må inn i hele dokumentet
- Savner frivillighet, kultur, sårbare grupper (eldre, demente)
- Stort problemfokus. Det bør være et helsefremmende fokus
- K1 «forebyggende virksomhet» byttes ut med «fremme helse og forebygge sykdom»
- K2 inkludering må inn

VII. RETTIGHETER

- Retten til aktivitet og deltagelse må med
- Hvem sine rettigheter? Ergoterapeutene, brukerne, samfunnsborgerne?
- Her bør samhandling og brukere inn. Ordet brukermedvirkning, persons

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Nei
- 36. Begrunn svaret
 - o Vi stiller spørsmål ved at man stiller et høyere minimumskrav (30 uker) til ekstern praksis enn minimumskravet til WTOF (27 uker).
Det vurderes som positivt at det ikke er presisert at praksis skal være eksternt veiledet.

Vi støtter kravet om sammenhengende praksisperioder i alle studieår, men mener kravet om 8 uker sammenhengende praksis hvert studieår er altfor detaljstyrende. Det som skal være styrende i retningslinjene, bør være det vi ønsker å sikre at alle skal ha og som kan være forpliktende både for utdanningene og praksisfeltet.

Vi mener det er begrensende og lite fremtidsrettet at det noen steder beskrives hvor man kan ha praksis. Vi må ha utviklingspraksis og vi må ut på nye områder.

Koblingen mellom praksis og læringsutbyttene må tydeliggjøres.

- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 4
- 38. Begrunn svaret
 - o Vi mener forslaget er et godt utgangspunkt for en beskrivelse av ønsket sluttkompetanse ved fullført utdanning og som grunnlag for profesjonsutøvelse innen ergoterapi, og bør være gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning.

Beskrivelsen av første studieår blir for generell, allerede her bør beskrivelsen knytte kunnskap inn mot aktuelle brukergrupper.

- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o Forslaget om et felles fagspesifikt nettbasert undervisningsopplegg støttes. Tidspunktet (hvilket semester/år) opplegget skal gjennomføres bør imidlertid holdes åpent. Det er viktig med fleksibilitet, både i forhold til tidspunkt og tema, og således ikke ønskelig at dette fastsettes i RETHOS-retningslinjene. Vi mener eksempelvis det ikke er en god idé å ha temaet folkehelse som et felles fagspesifikt undervisningsopplegg. Folkehelse bør være tverrfaglig. Arbeidshelse kan være et aktuelt tema ettersom det er et satsningsområde for utdanningene og bør løftes opp.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o RETHOS-prosjektet og programgruppene anbefales i den videre prosessen å se på struktur/nivå og innhold på tvers av de ulike retningslinjene. Antallet læringsutbyttebeskrivelser varierer sterkt mellom de ulike retningslinjene, med en variasjon fra 38 (bioingeniør) til 83 (radiograf). Dette kan indikere større nivåforskjeller i læringsutbyttebeskrivelsene mellom de ulike retningslinjene/utdanningene.

Retningslinjene bør sammenliknes med hensyn til begreper og det bør tilstrebes likhet der det foreligger omforente benevnelser og definisjoner. Eks: teknologibegrepet brukes forskjellig i retningslinjene for ergoterapi og sykepleie. Videre strever vi med språket i hele dokumentet. Det bør forenkles og ryddes opp i.

Vi anbefaler at programgruppen i det videre arbeidet har et særlig fokus på den «røde tråden» i retningslinjene.

Sammenhengen mellom formålsbeskrivelsen og kunnskapsområdene/læringsutbyttebeskrivelsene bør vies ekstra oppmerksomhet, da kunnskapsområdene/læringsutbyttebeskrivelsene skal bygge opp fundamentet for formålet med utdanningen og kjernekompetansene som beskrives der.

Formålsbeskrivelsen er en «pilar» i dokumentet. Her må man få tydelig frem «hva ergoterapeuter er særlig gode på»; hvilke kjernekompetanser ergoterapeuter har og hvilke lokale, nasjonale og globale utfordringer denne kompetansen kan bidra til å løse. Formålsbeskrivelsen fremstår som noe ordrik og kan med fordel spisses inn mot kjernekompetansene person – aktivitet – omgivelser. Meningsinnholdet må være i samsvar med det som står i det omforente dokumentet «Ergoterapeuters kjernekompetanse», men beskrivelsen bør likevel kunne tilpasses det spesifikke formålet med retningslinjene (studieprogram/undervisning). Vi er kjent med Ergoterapeutforbundets forslag til formålsbeskrivelse. Vi opplever at den er noe bedre enn forslaget fra programgruppen. Den er mer spisset og noe kortere, men vi ønsker at det skal spisses ytterligere. Vi har valgt å ikke gjengi forslaget, grunnet plass.

Konkrete innspill til formålsbeskrivelsen:

- Helseforståelsen er passiv. Dette må endres.
- Savner en ressurstenkning knyttet til utfordringer og ressursperspektiv.
- Ergoterapeutens oppgaver bør byttes ut med ergoterapifagets oppgaver
- Miljømessige – omgivelser og kontekst er bedre enn miljø. Miljø tenker mange på klima.
- Vi ser på sammenhengen mellom helse, hvordan vi har det og hvordan vi oppfatter vår helse. Dette underkommuniseres.
- Det bør stå: å utdanne fagpersoner – ikke gi samfunnet tilgang til
- «Kandidatene skal ha en forståelse for sitt bidrag i tverrprofesjonell samhandling.» - Dette er for svakt. Vi skal mer enn å forstå. Skal bidra!
- Aktivitet i hverdagslivet – bare aktivitet forstås ofte som fysisk aktivitet.
- Det bør inn noe om livslang læring

Vi anbefaler at kunnskapsområdene presenteres i eget kapittel/avsnitt etter formålsbeskrivelsen og før læringsutbyttebeskrivelsene.

I tråd med kommentaren om sammenheng mellom formålsbeskrivelse og kunnskapsområder foreslår vi at kunnskapsområde nr. 2 «Samspill mellom kropp, funksjon, aktivitet og helse» omskrives til «Samspill mellom person, aktivitet og omgivelser» og at dette flyttes opp som kunnskapsområde nr. 1.

Det er en bekymring for at ikke menneske, her i betydningen kunnskap om sykdom og helse, kommer tydelig nok frem i kunnskapsområder og læringsutbytte. Vi må ikke glemme at ergoterapi er en helsefagutdanning.

Læringsutbyttebeskrivelsene bør gjennomgå med tanke på overlapp/gjentakelser.

Begrepet «funksjonsvurdering» er noe misvisende i forhold til ergoterapeuters kompetanse. Vi anbefaler at dette erstattes med «vurdering av ferdigheter og aktivitetsutførelse». Dette vil være mer i tråd med formålsbeskrivelsen/kjernekompetansene.

Vi savner også et internasjonalt perspektiv. Faget må sees i en internasjonal sammenheng. Det bør inn et tydeligere perspektiv på s

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o f
 - 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o SOHEMI - Helsedirektoratets fagråd for likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen
 - 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen
 - 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 29. Begrunn svaret
 - o SOHEMI har lagt inn generell høringsuttalelse i spørsmålet "andre høringsinnspill"
 - 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 31. Begrunn svaret
 - 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 33. Begrunn svaret
 - 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - 36. Begrunn svaret
 - 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 38. Begrunn svaret
 - 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o Dette innspillet kommer fra SOHEMI, Helsedirektoratets fagråd for likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen. Rådets mandat er å bistå Helsedirektoratet i arbeidet med likeverdige helse- og omsorgstjenester for innvandrerbefolkningen.
 - På generelt grunnlag er SOHEMI opptatt av at kompetanse i likeverdige helsetjenester, migrasjonshelse og flerkulturell kommunikasjon integreres i alle profesjonsutdanninger. Dette for å sikre at fremtidens helse- og omsorgsarbeidere ivaretar enkeltindivers behov og tilpasser tjenestene etter individuelle forutsetninger.
 - Et overordnet mål for den norske helse- og omsorgstjenesten må være å tilby gode, tilpassede og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av etnisitet, språk, alder, kjønn, kjønnsuttrykk, seksuell orientering, bosted, sosio-økonomiske forutsetninger, tro- og livssyn, helseinformasjonsforståelse og funksjonsevne. Likeverdige helsetjenester innebærer at alle pasienter og brukere skal motta helsetjenester av god kvalitet, tilpasset den enkelte med mål om resultatlikhet for de med samme sykdomsbilde.
 - Noen innvandrergupper har spesielle helseutfordringer. Helseforståelsen i Norge og andre land kan være ulik, og det kan være vanskelig for noen grupper å nyttiggjøre seg av ulike helsetilbud. Noen grupper innvandrere kommer senere til behandling og oppfølging hos helsetjenesten eller blir misforstått og nedprioritert av helsevesenet og får derfor dårligere prognoser. Migrasjonshelse er derfor et viktig faglig fokusområde i profesjonsutdanninger.
 - Vi merker oss at i de fleste retningslinjene i høringen, er temaer knyttet til migrasjonshelse, likeverdige helsetjenester og flerkulturell kommunikasjon vektlagt i liten grad. Mht landets befolkningssammensetning, mener vi at det er et svært viktig punkt. (17,3 % av befolkningen er innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre. Kilde SSB.no). Vi ønsker særlig å trekke frem behov for bruk av kvalifisert tolk, og at kommunikasjon via tolk integreres som en del av klinisk opplæring.
 - Vi støtter videre NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse) sine anbefalinger (jmf eget høringsinnspill):
 - Grunnleggende kunnskaper om språkbarrierer mellom behandler og pasient, og hvordan helsepersonell kan forsikre seg om at informasjon blir forstått, slik at dette kan bedre pasientsikkerheten. Dette inkl. bruk av tolk. I 'kunnskapsområde 2 i Sykepleieutdanningen – 'Etikk, kommunikasjon og samhandling', at dette temaet ikke er nevnt.
 - Kunnskap om sykdomspanorama hos ulike grupper der dette avviker fra majoritetsbefolkningen
 - Kunnskap om utfordringer knyttet til sårbare innvandrergrupper, med tanke på juridisk status, helserettigheter for personer uten lovlig opphold, turister m.m., inkludert registrering, journalføring etc.
- Alle fagområder må ses i sammenheng og hver for seg. Tematikken knyttet til likeverdige helsetjenester bør gå som en rød tråd

gjennom all helsefaglig utdanning, da det gjenspeiler/henviser til helsepersonells holdninger, kunnskaper og kompetanse i møte med mennesker med ulike forutsetninger. Det finnes relevant litteratur, og det er utviklet skriftlig veiledning og forelesninger om temaet likeverdige helse- og omsorgstjenester av blant andre Oslo universitetssykehus, Likestillings- og diskrimineringsombudet og NAKMI som fagutdanningene kan nyttiggjøre seg.

Mangelfull kunnskap om temaer knyttet til likeverdig helsetjeneste og migrasjonshelse kan være en utfordring for pasientsikkerheten. Mangel på likeverdige helse- og omsorgstjenester kan innebære diskriminering og at tjenestene ikke bare strider mot pasient- og brukerrettighetsloven, men heller ikke er i samsvar med nasjonal diskrimineringslovgivning og internasjonale menneskerettskonvensjoner. Undervisning om disse temaene er i svært liten grad inkludert i 'Retningslinjer i et nytt system for styring av læringsutbytte i helse- og sosialfagutdanning'.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Barneombudet
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - Vet ikke
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
 - Vet ikke
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Se svar under "andre høringsinnspill".
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Vi hos Barneombudet har ikke forutsetning eller kapasitet til å vurdere spørsmålene slik de er formulert i denne Questbackundersøkelsen. Vi har imidlertid innspill av mer overordnet karakter, og har sendt vårt høringssvar på e-post til Kunnskaps- og integreringsdepartementet. Innspillet gjelder retningslinjene til alle utdanningene.

Oppsummert ønsker Barneombudet at retningslinjene anerkjenner barns særskilte rettigheter slik de er fastsatt i FNs barnekonvensjon (heretter kalt barnekonvensjonen). Barnekonvensjonen er en del av menneskerettighetene og gir barn og unge et særlig vern. Konvensjonen har dermed stor betydning for alle som gjennom sitt arbeid kommer i kontakt med barn og unge. Konvensjonen gjelder som norsk lov, jf. menneskerettsloven § 2. En av forpliktelsens som følger av dette er at Norge skal sette inn alle egnede tiltak for å sikre gjennomføringen av de rettighetene og pliktene som følger av konvensjonen, jf. art.

4. En fylligere begrunnelse med konkrete forslag til endringer i retningslinjene finnes i vårt høringssvar som er sendt på e-post.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Brukerorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Landsforeningen for Kvinner med Bekkenleddsmerter (LKB)
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 4
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 8
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o Landsforeningen for Kvinner med Bekkenleddsmerter (LKB) er en interesseorganisasjon som arbeider med å ivareta interessene til kvinner med Bekkenleddsmerter ved å formidle informasjon og kunnskap. Vi arbeider for å skape en helhetlig forståelse for gunstig kombinasjon av behandling, avlastning i dagliglivet, hjelpemidler og trygderettigheter. LKB fokuserer på forebygging og ønsker å fremme mestring og livsglede! Les mer om LKB og vårt arbeid www.lkb.no

LKB er positive til departementets forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger.

Vi opplever at den er bygget opp på en måte som ivaretar fagpersonens krav til helsefaglig kompetanse, fokus på samhandling og brukermedvirkning i et samfunnsperspektiv på individnivå. Og at det legges til rette for tverrprofesjonelt samarbeid.

LKB mener dette er viktig for å sikre at norsk helsevesen skaper en helhetlig forståelse for optimal kombinasjon av behandling, avlastning, tilrettelegging og hjelpemidler i dagliglivet for at omfanget av plager skal bli mindre for de som rammes av bekkenleddsmerter.

Det vil være viktig for hver enkelt av de som rammes og av samfunnsøkonomisk stor verdi. Internasjonal forskning viser at mer enn halvparten av alle som blir gravide får smerter i enten rygg, bekkenledd eller begge deler. Rundt 20 prosent har bekkenleddsmerter. Studier har vist at bekkenleddsmerter kan forårsake større problemer i hverdagen enn ryggsmertene. Hvert år blir cirka seksti tusen gravide i Norge. Av disse får rundt tolv tusen bekkenleddsmerter. Noen av disse får så store plager at de trenger hjelpemidler for å komme seg rundt. Mellom to og fire tusen fortsetter å ha betydelige plager også etter fødselen. Forskning har vist at individuell veiledning og behandling kan hjelpe kvinnene til å bli bra raskere.

LKB håper at de nye nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger legger til rette for gode studieplaner som gjør

at pasienter med bekkenleddsmerter i fremtiden møter kompetente fagfolk som gir individuelt tilpasset behandling, oppfølging og tilrettelegging slik at de oppnår høyere livskvalitet og full deltakelse i samfunnet.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Sykehuset Østfold
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 3
- 29. Begrunn svaret
 - SØ ser behov for at retningslinjen får en tydeligere struktur. Noen områder er veldig generelt beskrevet, mens andre er kanskje litt for spesifikke.
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
- 31. Begrunn svaret
 - Brukerperspektivet bør vektlegges mer.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 6
- 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.
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. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Vi savner tydeliggjøring av:
 - Ergoterapiprosessen
 - Brukermedvirkning
 - Arbeidsdeltagelse
 - Bærekraftig samfunn
 - Sykdomslære
 - Aktivitetsanalyse
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Ja
- 36. Begrunn svaret
 - I forskriften står det at «Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse». 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.
SØ 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. SØ 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. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 4
- 38. Begrunn svaret
 - o Ingen kommentarer
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o Felles undervisningsopplegg mellom de ulike ergoterapiutdanningene:
 Dette vil være lurt å tilstrebe, i enkeltemner, for å muliggjøre mer samlet eller lik sluttkompetanse, spesielt knyttet til kjernekompetansen i ergoterapifaget.
 Felles undervisningsopplegg mellom ulike profesjoner på samme utdanningssted:
 Det er viktig at studentene får muligheten til å opparbeide seg kompetanse på tverrprofesjonelt samarbeid og få forståelse for andre profesjoners kompetanse.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o 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. En gjennomgang av språk og begrepsbruk synes nødvendig.
 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. 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».

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi)
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonens behov for autonomi (mulighet for lokal tilpasning) og behovet for nasjonal standardisering å være ivare tatt i læringsutbyttebeskrivelsene? Besvar på en skala fra 1 -10, der '1' er 'alt for detaljerte' og '10' er 'alt for generelle'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) vurderer at læringsutbyttebeskrivelsen bør være mer konkret med tanke på å ivareta brukere og pårørende med minoritetsbakgrunn. Dette kan oppnås på følgende måte:

Kandidatene bør:

- få kunnskap om lovverk som kan medføre rett eller plikt til bruk av tolk.
- få kjennskap til Nasjonalt tolkeregister, samt kunnskap om bestilling og kommunikasjon via tolk.

- få kunnskap om vold og omsorgssvikt i form av negativ sosial kontroll, tvangsekteskap, å bli etterlatt i utlandet mot sin vilje og kjønnslemlestelse.
- få ferdigheter i å gjøre risikovurderinger og kjenne til metoder for å håndtere konflikter og redusere faren for uønskede hendelser i arbeid med barn og unge utsatt for negativ sosial kontroll, ved fare for tvangsekteskap, å bli etterlatt i utlandet mot sin vilje eller kjønnslemlestelse.

I forslag til retningslinjer til fysioterapiutdanningen heter det i læringsutbyttet at kandidaten «kan reflektere over maktforhold, profesjonalitet, atferd og egen rolle i møte med andre, og vurdere og håndtere etiske problemstillinger.»

IMDis vurdering er at ergoterapeututdanningen også bør ha med dette læringsutbyttet.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - BarnsBeste - nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - BarnsBeste – nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende savner kompetanse på hvordan foreldre og søskens helseproblemer og død påvirker barn og unge i familien, og hvordan helsepersonell kan bidra til at barn som er pårørende får informasjon og nødvendig oppfølging.

Helsepersonelloven § 10a

Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken

Helsepersonelloven § 10b

Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er etterlatte etter foreldre eller søsken

Veileder IS-2587

Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten

Rapport IS-0522 Barn som pårørende – resultater fra en multisenterstudie

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20p%c3%a5r%c3%b8rende-IS-0522.pdf>

www.barnsbeste.no

<https://sshf.no/helsefaglig/kompetansetjenester/barnsbeste/>

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Fredrikstad kommune, Seksjon Helse og velferd
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 4
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 4
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 6
- 33. Begrunn svaret
 - o Under læringsutbytte- beskrivelsen VII RETTIGHETER, INKLUDERING OG SAMHANDLING under Kunnskap- legge til pkt 3: Ha kunnskap om taushetsplikt, personvern og brukers autonomi.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - o - Kunnskap om etniske minoriteters helseutfordringer i Norge og om kulturelle utfordringer knyttet til etnisk minoriteters bruk av helsetjenester.
 - o - Pårørendekunnskap
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Ja
- 36. Begrunn svaret
 - o - Studentene skal/bør veiledes v ergoterapeuter i alle praksisperioder
 - o - Veiledere skal ha formell veiledningskompetanse

- Studentene bør møte brukere i alle aldersgrupper i løpet av praksisstudiene
- Det bør stilles krav til at arbeidsplasser må ta imot studenter for praksisplass
- 37. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanningen? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 4
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - Det vil være mer hensiktsmessig å ha et fellesår/7felelseemne i 1. studieår. Dette for å gi en grunnleggende og lik kompetanse innenfor helse og omsorgstjenester.
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Kommune
 - 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Stavanger kommune, helse og velferd
 - 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
 - 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
 - 29. Begrunn svaret
 - Lite fremtidsrettet i forhold til måten de beskriver innovasjon og utvikling. Det kan være vanskelig å vurdere om kunnskapen og ferdighetene vil møte behovene. Vi får flere brukere med store sammensatte behov som skal ha oppfølging hjemme fra flere fagpersoner. Det vil bli et behov for å kunne prioritere enda sterkere hvem som skal ha tjenester når det blir knapphet på ressurser. Kunnskap om prioriteringer både på individ (hvem har størst nytte, når må tjenesten avsluttes fordi den ikke gir ønsket gevinst), på administrativt nivå og på politisk nivå vil være viktig.
 - 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 4
 - 31. Begrunn svaret
 - Brukerne av tjenesten vil ha komplekse, sammensatte behov som varer over tid. Flere lever lengre med sykdom eller funksjonssvikt. Det kommer til å være kombinasjoner av diagnoser og utfall på grunn av inaktivitet og livsstil som preger pasientene. Dette gjør at identifisering, kartlegging, oppfølging og behandling må endres i tråd med dette. Samhandling både vertikalt og horisontalt blir sentralt. Gevinstene for hver enkelt bruker vil ligge i evnen til å skape resultater i fellesskap, og ikke hva det enkelte fagperson vil kunne bidra med alene. Tverrfaglige prestasjoner må vektlegges.
 - 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 6
 - 33. Begrunn svaret
 - Det er en grei balanse mellom detaljer og frihet til å tilpasse studiene lokalt. Spesielt beskrivelsen av studiets oppbygging hvor hvert år har egne beskrivelser er positivt. Da vet en hvordan en kan forvente at studiene progredierer.
 - 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Kunnskap om
 - hvordan sykdom og skade påvirker kroppens funksjoner og evne til aktivitet og deltakelse.
 - hvordan lese, vurdere og implementere tiltak fra faglitteratur.
 - kompetanse som identifiserer behov for oppfølging av andre fagprofesjoner, og hvordan henvise videre.
 - pasientrettigheter, og verktøy og metoder for brukermedvirkning på individ og systemnivå.
 - habilitering og rehabilitering generelt (ikke bare ergoterapeuters tilnærming innen)
 - teamarbeid.
 - velferdsteknologi (spesielt), om hvordan teknologi og hjelpemidler kan fremme mestring, selvstendighet, aktivitet og deltakelse
- Kan anvende aktivitetsanalyser og funksjonsvurderinger som et grunnlag for å kunne tilrettelegge for mestring, selvstendighet og meningsfull aktivitet. Det er gjennomgående viktig at det legges vekt på selvstendighet gjennom mestring. Vi er avhengig av at flest mulig klarer seg selvstendig etter en tidsavgrenset innsats fra helse- og omsorgspersonell.
- Kan bidra og påvirke i planarbeid slik at samfunnet blir mer universelt utformet og tilgjengelig for alle og stimulerer til økt

aktivitet og deltakelse.

Kompetanse til å identifisere, følge opp eller henvise videre personer med sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer.

Kompetanse på å veilede andre fagprofesjoner og kollega.

Kan initiere, delta og lede samhandling både tverrfaglig, tverrprofesjonelt, tverrsektorielt og på tvers av virksomheter og nivåer.

Innovasjon, kvalitetssikring og ledelse bør kategoriseres og utdypes. Eks bør kunnskap om forbedringsarbeid trekkes fram.

Planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tiltak og prosesser. Kunnskap og kompetanse til å bidra inn i

pasientsikkerhetsarbeid.

Kunnskap om ernæring.

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - o Ja
- 36. Begrunn svaret
 - o Praksisperiodene i ergoterapeututdanningen er en viktig del av utdanningen. Alle bør minimum ha en periode i kommunehelsetjenesten. Viktig at utdanningsstedet følger opp studenten ute i praksis og sikrer at praksisplass/veileder tilbyr god praksis på relevant nivå.
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
 - o Umulig å svare på. Her må utdanningssteder besvare
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - o - Deler av studiet bør gjennomføres felles med andre utdanninger for å fremme kompetanse til samarbeid, samhandling og tilnærming til brukernes behov. Retningslinjer for ergoterapi, fysioterapi og sykepleieutdanningene må beskrive hvilke fagområder som kan gjennomføres felles.
 - Deler av studiene bør gjennomføres felles for å fremme fellesfaglig kompetanse.
 - Felles fagtema bør harmoniseres, dette gjelder spesielt:
 - o Menneskesyn og helseforståelse
 - o Folkehelse
 - o Tverrfaglig samarbeid
 - o Habilitering og rehabilitering
 - o Brukermedvirkning

- o Forbedringsarbeid
- o Innovasjon
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Oslo kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o Vet ikke
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?

- o Vet ikke
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o Vet ikke
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - o 1. Krav til veileder:

Slik retningslinjene i dag foreligger stilles det svært ulike krav til den som skal være veileder, fra ingen krav til relativt detaljerte krav uten at vi kan se at det er noen faglig grunn til ulikhet. Av hensyn til likebehandling og sammenheng i regelverket bør det derfor som et utgangspunkt stilles de samme formelle krav til den som skal være veileder i praksis i utdanningene som er regulert ved nasjonale retningslinjer. Den som skal være veileder må kunne faget godt og være trygg i sin rolle. Vedkommende skal ha ansvar for og veilede studenter med til dels lite praktisk erfaring fra faget.

Praksis er viktig i norsk helsefaglig utdanning, og det å stille krav til den som skal være veileder er en del av kvalitetssikringen av praksisen. Vi vil derfor foreslå at det i alle retningslinjene, som et utgangspunkt, stilles krav til veileder både når det gjelder profesjonskompetanse, formell veilederkompetanse og kompetanse fra å arbeide kunnskapsbasert. Det vil si at vedkommende bør ha gjennomført den aktuelle utdanningen, ha vært yrkesaktiv innen profesjonen et bestemt antall år og at vedkommende har veiledningsutdanning på minst 10 studiepoeng på masternivå. For de utdanningene som det gjelder en autorisasjonsordning for må det også stilles krav om at veileder innehar aktuell norsk autorisasjon.

2. Krav til praksisperioder:

Praksis har stor betydning i norsk utdanning, og teori og praksis går hånd i hånd. Dette skiller ofte norsk utdanning fra utenlandsk utdanning. I de ulike utdanningene er det i retningslinjene noe ulike krav til totalt omfang av praksis og om det stilles krav til den enkelte praksisperiodens lengde. Helseklage mener at det bør være minst to lengre praksisperioder, på minst sju uker, i alle de ulike utdanningene og at dette må fremgå klart av retningslinjene. Det tar tid å komme inn i faget, og etter vårt syn vil ikke korte praksisperioder gi den samme kontinuiteten og læringseffekten som lengre praksisperioder. Ved å stille krav til praksisperiodenes lengde tydeliggjøres praksisens betydning i utdanningen.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - o Universitet/høgskole
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høgskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - o VID vitenskapelige høgskole
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - o Ergoterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - o 2
- 29. Begrunn svaret
 - o Det vises til punkt 34 i høringen om kompetanse som mangel og siste punkt Andre høringsinnspill. Ut over det ønsker fagmiljøet større vektlegging av begrepet helsefremming i de nye retningslinjene. (Også med tanke på barn og ungdom). Kunnskapsområdene må spisses mot ergoterapifaget.
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 2
- 31. Begrunn svaret
 - o Det vises til punkt 34 i høringen om kompetanse som mangel og siste punkt Andre høringsinnspill. Ut over det ønsker fagmiljøet større vektlegging av sosial innovasjon og arbeidshelse, særlig med tanke på helsefremming innenfor arbeidshelse
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - o 3
- 33. Begrunn svaret
 - o Læringsutbyttene befinner seg på ulikt nivå, hvor mange er svært detaljerte og andre er mer overordnede. Det er også stor variasjon mellom konkrete og generelle læringsutbytter. Et ulikt detaljeringsnivå av læringsutbyttene vil innebære en stor utfordring for utdanningsinstitusjonene når de skal utarbeide lokale fagplaner på grunnlag av dette.

Krav til studiets oppbygning er svært detaljstyrende med tanke på utdanningsinstitusjonens autonomi. VID ønsker dette punktet fjernet, hvis ikke det er mulig så bør det tas hensyn til følgende: Det er for mye generelt i første studieår. Første studieår må studentene også lære om helse, sykdom og funksjonsnedsettelse. Studentene bør også starte tidligere med å integrere ulike kunnskap i forhold til konkrete brukergrupper og yrkesområder. Det vil si at de i første studieår også må starte å lære om behandlende, rehabiliterende/habiliterende og helsefremmende arbeid. Det vil kunne være en progresjon knyttet til at studentene etter hvert blir presentert for personer med mer komplekse problemstillinger.

Praksisstudier er også for detaljstyrende første studieår. Dette er beskrevet under pkt. 36 nedenfor

- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - I læringsutbyttebeskrivelsene savnes grunnleggende helserelatert kompetanse. VID viser til forslag fra nasjonalt fagorgan der kunnskapsområde II avgrenses til «Samspill mellom person, aktivitet og omgivelser». Helsebegrepet som da utelates bør komme inn som en del av et eget kunnskaps-område. De få læringsutbyttene med helserelatert innhold bør flyttes til dette kunnskapsområdet og utvides med flere punkter. Her bør studentene få en bred forståelse av helsebegrepet og mange ulike forhold som kan innvirke på personens opplevelse av egen helse. Kompetanse som bør utvides er generelt personens forutsetning for aktivitet og deltakelse, som de fysiske, affektive og kognitive komponentene (anatomi, fysiologi, psykologi, etc).

Det kompetanseområdet som er mest fraværende er kunnskap om funksjonsnedsettelser som følge av somatisk eller psykisk sykdom (sykdomslære) eller skade, samt hvordan det kan innvirke på helse og mulighet for aktivitet og deltakelse. Se for eksempel kunnskapsområde IV for vernepleierutdanningen.

Det er lite fokus på helsefremming, både innenfor arbeidshelse og folkehelse, se kommentar i punkt 31 ovenfor.

VID savner læringsutbytter med fokus på kartlegging og tiltak i forhold til barn og unge.

Behandlende arbeid er kun nevnt som en et delmoment sammen med palliativ ergoterapi. Slik det står nå blir vekting og nivå feil i forhold til hverandre. Behandlende arbeid kan med fordel også beskrives i et kunnskapsområde. Palliativ ergoterapi må nevnes sammen med flere eksempler på behandling hvis det skal være spesifisert under læringsutbyttebeskrivelsene.

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
 - Nei
- 36. Begrunn svaret
 - Det er vanskelig å forstå hvorfor det er et så detaljert krav til praksis på 1. studieår. 8 uker ute i praksis er for mye til at det kan defineres inn som 10 stp. Dette må derfor være et emne på 15 studiepoeng første studieår. VID ønsker at dette kravet fjernes og mener at RETHOS-gruppen her har gått ut over sitt mandat med så konkrete føringer. Et slikt krav vil stå i veien for andre praksisstudier som vil kunne gi studentene mer læring på første studieår. For eksempel kan det være hensiktsmessig med to praksisperioder på 3-4 uker hver eller langsgående praksis kombinert med teoretiske emner. Tilbakemeldinger fra praksisfeltet bekrefter også at lange praksisperioder første studieår ikke nødvendigvis er hensiktsmessig for studentenes læring. Eksempelvis har fysioterapi og sykepleie kun definert et krav om at to av praksisperiodene må være på 7 uker eller mer, helst 2. og 3. studieår.
- 37. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad er omfanget på retningslinjen gjennomførbart innenfor rammene av en 3-årig bachelorutdanning? Besvar på en skala fra 1-5 der '1' er 'alt for lite omfattende' og '5' er 'alt for omfattende'
 - 3
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
 - VID stiller seg positiv til et fellesemne.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Ved at felles rammeplan for alle grunnutdanningene innenfor helse- og sosialfag er vedtatt som forskrift gir den nødvendig overordnet styring, og sikrer at nasjonale forventinger om kvalitet og relevans innfris. Innenfor rammen av denne forskriften kan institusjonene utvikle sitt særpreg og sin faglige styrke, og forvalte den myndigheten og autonomien de er gitt.

De nasjonale retningslinjene som nå foreligger har til dels svært detaljert og mange læringsutbyttebeskrivelser. Noen gir også inntrykk av å være spesialiserte på noen felt, og utelate andre. En fare ved å ha så mange og detaljerte læringsutbyttebeskrivelser på nasjonalt nivå, er at fagmiljøene alltid vil kunne peke på mangler, og savne andre temaer og områder som de mener er kritiske for studentenes læringsutbytte.

Mens mange læringsutbytter er svært detaljerte, er andre mer overordnede. Det er også stor variasjon mellom konkrete og generelle læringsutbytter. Slike ulikheter i læringsutbyttene vil kunne innebære en utfordring for utdanningsinstitusjonene når de skal utarbeide lokale fagplaner/ programplaner på grunnlag av dette. Det samme gjelder detaljstyring av studienes

organisering og oppbygging, og hvilket faginnhold som skal plasseres i hvilket studieår. VID mener slik detaljstyring bryter med institusjonens faglige autonomi.

Dersom læringsutbyttebeskrivelsene i de nasjonale retningslinjene reduseres, gjøres mindre detaljerte og holdes på et overordnet nivå, kan hver institusjon utvikle og utmeisle sine styrker og faglige profil innenfor disse. Et mangfold i utdanningstilbudene representerer i seg selv en styrke.

Det institusjonelle handlingsrommet, faglig utvikling, nyskaping og særpreg sikres best ved at de nasjonale retningslinjene ikke fastsettes som forskrift. Endringene i praksisfeltet er raske, og forskrifter har en tendens til å bli rigide, har lange og komplekse revisjonsprosesser, og kan dermed hindre nødvendig utvikling og innovasjon.

Primært ønsker VID kun overordnet forskrift for alle grunnutdanninger, og retningslinjer for de enkelte som ikke er i forskrifts form. Disse må være overordnede og ikke detaljstyrende.

Dersom retningslinjene likevel får status som forskrift, og er detaljerte, har hver grunnutdanning funnet det nødvendig å supplere med ytterligere detaljerte innspill.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Interesseorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Pårørendealliansen
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Kunnskap om pårørende bør inn i utdannelsens fagplaner

Dette studiet krever kontakt med pasienter/brukere og i mange tilfeller også deres pårørende.

Mange kan være i en pårørendesituasjon når de møtes av studentene i og etter endt utdanning.

Å få inn kunnskap om pårørende tidlig i utdannelsen er med på å forberede studentene til bedre å samarbeide med og vurdere behovene til pårørende etterpå.

Pårørendealliansen mener at det derfor må inn en basiskunnskap om pårørende som gir kunnskap om hvem de kan være, hvilke utfordringer de har og hvordan man kan samarbeide og involvere dem.

Det bør også være rom for øvelser og refleksjoner på situasjoner og utfordringer som angår pårørende, som studentene kan møte etter endt utdanning og i praksis.

Mengden undervisning som trengs må være tilpasset studiet men studentene bør minimum kjenne til og ha gått gjennom:

- Veilederen for pårørende i helse og omsorgstjenesten 2017
- Fagbok så som : <https://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Sykepleie/Samfunnsvit.-emner/Paaroerende-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

- Ulike artikler og innlegg vedrørende pårørende fra egne fagmiljøer og andre fagblader
- Kunnskap om Lærings og mestringssentre sykehus, Kompetansesenter etc
- Kunnskap om Pårørendeundersøkelser/brukerundersøkelser der hvor de finnes
- Nyttige nettsteder så som Barns Beste (barn som pårørende), napha.no, erfaringskompetanse.no og så videre

Videre bør det være relevant at man trekker inn pårørende som erfaringskonsulenter fra ulike organisasjoner inn i undervisningen og lar dem selv fortelle om utfordringer de står i. Ulike Pårørendesenter besitter også god kunnskap. En økt forståelse for og kunnskap om pårørende vil gi alle studenter og nyutdannede bedre forutsetninger for å møte dem og ha bedre samarbeid. Dette er relasjoner de vil ha og møte under hele sin karriere og derfor viktig å få inn tidligst mulig. Vi står til tjeneste dersom det ønskes mer innspill.

Med vennlig hilsen
Pårørendealliansen

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Interesseorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - KS
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Bioingeniørutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Radiografutdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Kompetansesenter for sjeldne diagnoser
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sosionomutdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
 - Generelt om nedsatt funksjonsevne og sjeldne diagnoser

De foreslåtte retningslinjene mangler gjennomgående noen vesentlige punkter om mennesker med nedsatt funksjonsevne og om behovet for kunnskap om sjeldne diagnoser. Vi har valgt å kommentere denne delen av retningslinjene. Formuleringene er noe forskjellig avhengig av hvilken utdanning det gjelder.

Brukergruppene innenfor Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser representerer et bredt spekter av enkeltmennesker som i varierende grad er avhengig av tjenesteytere i helse- og sosialsektoren. Mange har sammensatte utfordringer av tverr-faglig karakter, som krever samordning og koordinering av tjenestene. Manglende kunnskap og kompetanse hos tjenesteyterne medfører tilleggsbelastninger for våre brukergrupper sammenlignet med hva som gjelder for den øvrige befolkningen. Derfor må kunnskap om mennesker med nedsatt funksjonsevne, herunder om det å leve med en sjelden diagnose, tas med i retningslinjene for utdanningene.

Hele familien berøres alltid når noen får en sjelden diagnose. Det spesielle ved mange sjeldne diagnoser er at både flere barn og én av foreldrene kan ha den samme sjeldne diagnosen. Dette krever kunnskap og særlig oppmerksomhet fra helse- og sosialfaglig ansatte.

1. Holdninger

Mennesker med en sjelden diagnose ønsker å bli møtt på lik linje med andre bor-gere i alle deler av samfunnet. De bør møte tjenesteytere som har god forståelse og holdninger som sikrer likeverd og likebehandling, uansett funksjonsevne. I dette ligger også en forståelse for de særlige utfordringene som mange mennesker med en sjelden diagnose møter.

2. FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) er underskrevet og ratifisert av Norge. Yrkesutøvere i helse- og sosialsektoren bør kjenne til innholdet i denne og sikre likeverdig behandling av brukere med nedsatt funksjonsevne.

Vi viser blant annet til Norges hovedinnlegg i generaldebatten CRPD 2018, datert 13. juni 2018. Her fremheves følgende tre områder: Inkludering og bevissthet, kunnskap og statistikk og utdanning. I det svært korte innlegget kan vi lese at "Continued efforts are required to run awareness and knowledge programs on the situation for persons with disabilities". Vi mener at én hensiktsmessig måte å sikre dette på er å få slik kunnskap og bevissthet inn i helse- og sosialfagutdanningene.

Vi har også lagt merke til at Barne- og likestillingsdepartementet er i gang med å utarbeide en ny strategiplan for likestilling av mennesker med nedsatt funksjonsevne. Også i denne sammenheng vil vi ta til orde for at kunnskap om CRPD hører hjemme i helse- og sosialfagutdanningene og at synliggjøringen av mennesker med nedsatt funksjonsevne gjennomgående øker innenfor disse utdanningene.

3. Konsekvent ordbruk

Måten mennesker med nedsatt funksjonsevne blir skrevet og snakket om på er også viktig for den som har en sjelden diagnose. Det ligger mye definisjonsmakt i ordbruken. Retningslinjene bør gjennomgående og konsekvent bruke de samme begrepene for å hindre uheldige eller stigmatiserende uttrykk som kan underbygge fordommer. Vi har kommentert dette spesifikt noen steder, men ikke alle steder.

Vi anbefaler at uttrykket fra FN-konvensjonen, mennesker med nedsatt funksjons-evne, benyttes gjennomgående i alle retningslinjene.

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - I retningslinjen har mye av det viktigste kommet med, men vi har én kommentar.

Forslag til endringer/korrigeringer:

- Folkehelse, kultur og politikk

Under Kunnskap, foreslår vi at det tas inn et eget punkt om Kunnskap om FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne og om de særskilte utfordringene ved sjeldne diagnoser.

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Statlig etat
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?
 - Konkrete innspill:

På s. 2. under «Profesjon, identitet og etikk», underpunkt «Kunnskaper», pkt.2, ønsker vi å utvide med følgende som understreket:

Har kunnskap om etisk teori, ulike verdioppfatninger og menneskesyn, samt kunnskap om menneskerettigheter og internasjonale konvensjoner på likestilling og ikke-diskriminering.

På s. 4. pkt. 2. under «Ferdigheter» foreslår vi å sette inn et nytt punkt:

Har kunnskap om hvordan kjønn, kultur og sosioøkonomiske forhold påvirker aktivitetsutøvelse.

På s. 6. under avsnittet «Ferdigheter», pkt 4. foreslår likestillings- og diskrimineringsombudet å sette inn ordet kjønn, som understreket i setningen under:

Kan reflektere omkring sammenheng mellom helse, kjønn, utdanning, arbeid og levekår for å bidra til utvikling av god folkehelse og arbeidsinkludering både for enkeltpersoner og grupper

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Regionale helseforetak (RHF)/helseforetak (HF)
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Oslo universitetssykehus HF.
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Ergoterapeututdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
- 29. Begrunn svaret
 - OUS stiller seg bak høringssvaret fra Helse Sør-Øst, men velger også å levere eget.
På grunn av begrensninger i antall tegn (maks 4000 pr spørsmål), er OUS sitt høringssvar sendt direkte til KD i egen e-mail den 25.6.2018.
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
 - Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
 - Nittedal kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
 - Barnevernspedagogutdanningen, Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
 - 5
- 29. Begrunn svaret
- 30. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 5
- 31. Begrunn svaret
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
 - 10
- 33. Begrunn svaret
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
☐ Ja
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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'
☐ 5
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
- 40. Er det andre høringsinnspill?

Svar:

- 1. Høringssvaret kommer fra
☐ Kommune
- 2. Navn på avsender av høringen (hvilket universitet/høyskole, kommune, statlig etat, brukerorganisasjon osv.)
☐ Lørenskog kommune
- 3. Hvilke retningslinjer vil du gi innspill på? (her velger du alle de retningslinjene du vil gi innspill på. Det må velges minst en.)
☐ Ergoterapeututdanningen, Fysioterapeututdanningen, Sykepleierutdanningen, Vernepleierutdanningen
- 28. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
☐ 5
- 29. Begrunn svaret
☐ Lørenskog kommune støtter fokus på tverrfaglig arbeid og samhandling på tvers av utdanninger og tjenester. Det savnes et sterkere fokus på brukerinvolvering i utøvelsen og utarbeidingen av behandlingsplaner som støtter opp om brukers motivasjon og mestring i hverdagen
- 30. Ergoterapeututdanningen: I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene? Besvar på en skala fra 1 -5, der '1' betyr 'i svært liten grad' og '5' betyr 'i svært stor grad'
☐ 4
- 31. Begrunn svaret
☐ Lørenskog savner et sterkere fokus på forebygging, kompetanse på brukergruppen barn og unge samt det psykologiske perspektivet som påvirker kropp og helse.
- 32. Ergoterapeututdanningen: 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'
☐ 8
- 33. Begrunn svaret
☐ Lørenskog kommune vurderer at det er behov for en noe større grad av standardisering som sikrer lik kvalitet på ferdig utdannet personell. Lørenskog kommune ønsker at ønskede metoder konkretiseres i større grad. For overordnet fokus kan medføre spesialisering innen hver utdanningsinstitusjon basert på deres fokus, retning og mål for utdanningen.
- 34. Ergoterapeututdanningen: Er det noen typer kompetanse som mangler i høringsutkastet til retningslinje?
- 35. Ergoterapeututdanningen: Er beskrivelsen av den delen av utdanningen som foregår i praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig og gjennomførbart?
☐ Ja
- 36. Begrunn svaret
- 37. Ergoterapeututdanningen: 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
- 38. Begrunn svaret
- 39. Ergoterapeututdanningen: Hvordan vurderes mulighetene ev. utfordringene med et felles undervisningsopplegg?
☐ Forslaget om et fellesemne støttes av Lørenskog kommune. Mange av helse- og sosialfagene deler felles undervisningstema, og det savnes at studiene legger mer til rette for tverrfaglig samarbeid. Noe basisundervisning i f eks anatomi, fysiologi, etikk etc kan også med fordel legges til første studieår.
- 40. Er det andre høringsinnspill?
- Lørenskog kommune foreslår at retningslinjer for helse- og sosialfagene organiseres under sammenlignbare formål, fokusområder og overskrifter. Kommunen foreslår at helse- og sosialfagene samordner undervisningen i fellesemne(r). Mange av helse- og sosialfagene deler felles undervisningstema, og det savnes at studiene legger mer til rette for tverrfaglig samarbeid. Noe basisundervisning i f eks anatomi, fysiologi, etikk etc kan også med fordel legges til første studieår. Lørenskog kommune foreslår videre at kommunene

inkluderes i utdanningsinstitusjonen planlegging og gjennomføring av profesjonsstudier, f eks ved undervisning, for å sikre relevans og mer forankring til kommunal praksis og tjenesteyting.