



NSFs faggruppe for sykepleiere  
innen psykisk helse og rus



NORSK  
SYKEPLEIERFORBUND

# Tverrfaglige masterutdanning i psykisk helse og rus

## Forslag til fordypningsemner i sykepleie



---

Et samarbeidsprosjekt mellom NSF-SPoR Troms og NSF-SPoR Landsstyret

**Prosjektgruppe:**

Åshild Fause, Kurt Lyngved, Espen Gade Rolland og Olav Bremnes

---

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>BAKGRUNN FOR PROSJEKTET</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>METODIKK</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>HISTORISK TILBAKEBLIKK PÅ VIDERUTDANNINGEN I SYKEPLEIE</b> .....	<b>4</b>
3.1	UTVIKLING AV SPESIALISTUTDANNING I PSYKIATRISK SYKEPLEIE FRA 1954 – 1998 .....	4
3.2	UTVIKLINGEN AV SPESIALUTDANNING INNEN PSYKIATRI, RUS OG PSYKISK HELSEARBEID 1998 – 2018 .....	5
3.3	EVALUERINGEN AV DEN TVERRFAGLIGE VIDEREUTDANNINGEN FRA 2007 .....	6
<b>4</b>	<b>SAMFUNNETS BEHOV FOR KOMPETANSE INNE PSYKISK HELSE OG RUS</b> .....	<b>7</b>
4.1	BEFOLKNINGENS BEHOV FOR TJENESTER INNEN PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET .....	7
4.2	UTFORDRINGER INNEN PSYKISK HELSE OG RUSFELTET .....	7
4.3	RAPPORTER OM SYKEPLEIERES FUNKSJON OG ANSVAR I KOMMUNE- OG SPESIALISTHELSETJENESTEN .....	8
4.4	SPØRREUNDERSØKELSE TIL MEDLEMMER AV FAGGRUPPEN FOR PSYKISK HELSE OG RUS I NORSK SYKEPLEIERFORBUND .....	10
4.5	ERFARINGER FRA ISLAND .....	11
<b>5</b>	<b>FORSLAG TIL FORDYPNING I SYKEPLEIE</b> .....	<b>11</b>
5.1	TEMA 1: FAGFORSTÅELSE I SYKEPLEIE VED PSYKISKE LIDELSER, RUS OG AVHENGIGHET (20 STUDIEPOENG) ....	11
5.2	TEMA 2: SOMATISK RISIKO VED PSYKISK LIDELSER, RUS OG AVHENGIGHET (10 STUDIEPOENG) .....	14
5.3	TEMA 3: KLINISK PRAKSIS GJENNOM PASIENTFORLØP (10 STUDIEPOENG) .....	15
5.4	OPPTAKSKRAV .....	15
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>15</b>
	<b>REFERANSER</b> .....	<b>17</b>
	<b>VEDLEGG: LÆRINGSUTBYTTE VED FORDYPNING I SYKEPLEIE</b> .....	<b>18</b>

## 1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Norsk sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (NSF-SPoR) har i alle år vært opptatt av videreutdanninger innen fagfeltet. NSF-SPoR Troms og landsstyret i NSF-SPoR fikk fagutviklingsmidler gjennom Sentralt Fagforum for å utarbeide en skisse til innholdet i en 30 studiepoengs fordypning i sykepleie i tverrfaglig master innen psykisk helse og rus. Fordypningsemnene vil danne grunnlag for anbefalinger til Norsk Sykepleierforbund og innspill til de utdanningsinstitusjonene som tilbyr masterutdanning i tverrfaglig psykisk helse og rus.

Prosjektet kom i gang etter lang tids bekymring over utviklingen i dagens videre- og masterutdanninger i psykisk helse og rus blant flere medlemmer i SPoR Troms og i landsstyret. Mange sykepleiere har de siste årene gitt uttrykk for en uro over lite nedtoningen av praksisstudier i masterprogrammene, manglende fokus på grunnleggende sykepleie, for liten kunnskap om psykofarmaka og et fravær av kunnskap om somatisk risiko ved alvorlige psykiske lidelser. Dette har vært og er emner som har vært en sentral del av sykepleiernes ansvarsområder i feltet.

Faggruppen deltok i NSF's prosjekt «Fremtidens spesialsykepleien» og vårt prosjekt er en oppfølging av landsmøtevedtaket fra 2015 som slår fast at framtidens spesialsykepleier skal ha en mastergrad. For at sykepleiere skal gis tittelen spesialsykepleier, må tverrfaglige masterutdanninger tilby minimum 30 studiepoeng fordypning i sykepleie.

I prosjektet har vi innhentet kunnskap om ulike masterprogram og har møtt mange sykepleiere innen feltet for å få frem en forståelse av hvordan praksis opplever dette. Vi har sett nærmere på undersøkelser og rapporter som sier at folk med alvorlige psykiske lidelser lever kortere enn befolkningen for øvrig. Forventet levetid er omkring 20 år kortere for de med alvorlige psykiske lidelser. Opp mot 60 % av over-dødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer med stort potensiale for forebygging. Med dette som bakteppe, ønsket vi å tydeliggjøre ansvarsområder som tradisjonelt er knyttet til sykepleiefaget og hvordan dette kunne styrkes i den tverrfaglige masterutdanningen. Målet med dette er å styrke helsetilbudet til mennesker med de mest alvorlige psykisk helse- og ruslidelser.

I denne rapporten brukes begrepet psykisk helsearbeid knyttet til tjenester i kommunene og psykisk helsevern om spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) brukes som begrep om rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Brukerrepresentanter brukes i denne rapporten om mennesker med egen erfaring med bruk av tjenester innen psykisk helse og/eller rus.

## 2 METODIKK

I prosjektet har vi hatt ulike tilnærminger for å få innspill til emner som bør inn i en 30 studiepoengs fordypning i sykepleie. Prosjektgruppa har hatt to arbeidsseminar med deltakelse fra utdanningsinstitusjoner, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og brukerrepresentanter. Temaet har også vært drøftet på to lokalgruppelederkonferanser i NSF-SPoR hvor lederne for lokalgruppene i fylkene deltok. Vi har deltatt på medlemsmøte i SPoR-Troms, og møtt representanter for to utdanningsinstitusjoner på Island. I juni 2018 gjennomførte vi en spørreundersøkelse blant medlemmene av faggruppen, for å etterspørre interessen for fordypningsemne i sykepleie og hva som bør inn som aktuelle tema i en sykepleiefaglig fordypning. Tematikken ble også grundig drøftet på et skrivekurs hvor 18 medlemmer av faggruppen og brukerrepresentant deltok sommeren 2018.

Prosjektet har også brukt to rapporter som NSF fikk utarbeidet om sykepleierens rolle og funksjon i psykisk helsearbeid og psykisk helsevern og TSB.

### 3 HISTORISK TILBAKEBLIKK PÅ VIDERUTDANNINGEN I SYKEPLEIE

#### 3.1 Utvikling av spesialistutdanning i psykiatrisk sykepleie fra 1954 – 1998

I 2018 finnes det ingen spesialutdanning eller fordypning for sykepleiere innenfor psykisk helse og rusfeltet i Norge, slik det gjør for sykepleiere innen andre områder av sykepleietjenesten (anestesi, intensiv, operasjon, kreft, barn etc.) Sykepleierne er henvist til tverrfaglige videreutdanninger/mastergrader. Slik har det ikke alltid vært.

I perioden 1954 til 1998 var det egne spesialskoler og senere videreutdanninger i psykiatrisk sykepleie. I 1954 åpna to spesialskoler i psykiatrisk sykepleie i Oslo; Statens spesialscole i psykiatrisk sykepleie på Bygdøy og Spesialskolene i psykiatrisk sykepleie ved Dikemark sykehus. Spesialskolene og senere videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie hadde som formål å gi offentlig godkjente sykepleiere det grunnlag som til enhver tid var nødvendig for å kunne utføre psykiatrisk sykepleie i tråd med samfunnets behov og ta hensyn til kravet om kvalitet og faglig etiske holdninger (Vilkår for offentlig godkjenning av spesialskoler i psykiatrisk sykepleie av 1952 og 1963 og Forskrifter for offentlig godkjenning av spesialskoler i psykiatrisk sykepleie av 1980). Det hadde da i flere år vært tverrpolitisk enighet om at å utdanne sykepleiere til psykisk helsevern hadde en høy prioritet (Borge, Hummelvoll og Ulland 1997).

Spesialutdanningen skulle gi sykepleierne en sykepleiefaglig spesialisering og utdanning til lederskap i psykisk helsevern (Lysnes, 1982). Utdanningstida var i 1954 ett år med 44 ukers praksis ved de store psykiatriske sykehusene. Praksisandelen ble senere redusert til 30 uker i 1963 (Vilkår av godkjenning av spesialskoler i psykiatrisk sykepleie av 1963). Da Kirke – og Undervisningsdepartementet overtok ansvaret for utdanningstilbudene i 1980 ble vilkårene for spesialskolene endret. Studieåret skulle fortsatt være et år, men nå fordelt over to semestre med teoretiske og praktiske studier etter en fastlagt rammeplan. Praksistiden ble redusert til 12-15 uker.

De første tiårene var det teoretiske fundamentet i utdanningen preget av psykodynamisk tenkning, men etter hvert fikk også sosialpsykiatriske perspektiver innpass. Undervisningen var nært knyttet til praksis ved at lærerne systematiserte egne praksiserfaringer i mangel på lærebøker. I tillegg underviste psykiatere, leger og psykologer ansatt ved de psykiatriske sykehusene. Hovedtema var kunnskaper om psykiatriske sykdommer, psykologi, behandlingsmetoder, farmakologi, nevroanatomi/fysiologi og ikke minst hvordan psykiatrisk sykepleie kunne avhjelpe pasientens lidelser og plager. De nye rammeplanene på 1980-tallet slo fast at psykiatrisk sykepleie var hovedfaget og skulle utgjøre 2/3 av det samlede studium (Forskrifter for videreutdanninger i psykiatrisk sykepleie av 1980). Utdanningen la stor vekt på å skape en identitet som psykiatrisk sykepleier (Vråle, 2008). Sykepleiere fra hele landet reiste til Oslo for å ta spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie. I 1960 opprettet departementet en spesialscole i psykiatrisk sykepleie i Bodø og utover 1980 og 1990-tallet ble tilsvarende utdanningstilbud lagt til sykepleierutdanningene i Tromsø, Bergen og Stavanger. I 1998 kunne de fleste høgskolene i Norge tilby videreutdanning i psykiatrisk sykepleie.

Utover på 1980-tallet økte andelen teoriundervisning i videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie. Psykologien satte fokus på utviklingspsykologi og egofunksjoner, sosiologien på ansvar, normer, makt/avmakt og tvang, pedagogikken på læring, veiledning og undervisning. Den konkrete og praktiske retta handlingskunnskapen knyttet til pleie av pasientens plager og problemer, fikk i følge sykepleier og førstelektor Tone Fagerland en underordna plass i den

teoretiske undervisninga, mens interaksjon mellom sykepleier og pasient som det nå ble kalt, fikk raskt økende vekt og innflytelse (Fagerland, 1997). Inger Aanderaa, mangeårige lærer ved videreutdanningen ved Dikemark, hevder at sykepleierne glemte at pasientene hadde en kropp til fordel for en fasinasjon for pasientenes følelser og psykologiske traumer (Vråle et al., 2010). Å observere bivirkninger av medikamenter, symptomer på somatisk sykdom eller psykisk funksjonshemming kunne lett bli oversett etter hvert som den kroppsnære pleien syntes underkommunisert.

Samtidig som den grunnleggende og generelle sykepleien ble nedtona i utdanning, ansatte psykiatriske sykehus personell med ulik helsefaglig, sosialfaglig eller pedagogisk bakgrunn under tittelen miljøterapeut. Miljøterapi skulle danne basis for det kunnskapsgrunnlaget virksomheten hvilte på, også for sykepleiere. Forfatter av flere lærebøker, professor Jan Kåre Hummelvoll understreka dette (Holte & Hummelvoll, 2004). Grunnleggende sykepleie med fokus på døgnrytme og søvn, aktivitet og hvile, mat og ernæring, personlig hygiene og stell, arbeid og samvær med andre fikk gradvis mindre fokus til fordel for samfunnsfaglig og pedagogisk kunnskap. Samtidig hevdet en studie av psykiatritjenesten i noen utvalgte kommuner at psykiatriske sykepleiere representerte et nødvendig, men ikke lenger tilstrekkelig faglig perspektiv i feltet (Ramsdal, 2004). Tilbud skulle heretter også omfatte integrering og normalisering, forebyggende og helsefremmende arbeid og ikke bare dreie seg om å avhjelpe sykdom og plager. Den psykiatriske sykepleierkompetansen skulle ikke lenger være enerådende.

### **3.2 Utviklingen av spesialutdanning innen psykiatri, rus og psykisk helsearbeid 1998 – 2018**

I 1998 ble videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie lagt ned og erstattet av tverrfaglige videreutdanninger i psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid var betegnelsen på tjenester og tiltak retta mot forebygging, behandling og/eller rehabilitering av psykiske problemer eller lidelser. Tjenestene skulle ikke lenger knyttes til den medisinske spesialiteten psykiatri, men omfatte ulike kunnskaps- og vitenskapssyn. Fordi de andre yrkesgruppene som hadde begynt å arbeide innenfor feltet ikke hadde hatt samme utdanningsmuligheter til spesialisering, skulle videreutdanningene også gi tilbud til andre enn sykepleiere. Bakgrunnen var å bygge ned profesjonskonflikter og bedre det tverrfaglige samarbeidet. Den nye rammeplanen i psykisk helsearbeid vektla helsefremmende og forebyggende arbeid og tonet ned basiskunnskaper som fysiologi, psykiatri og psykiske sykdommer og behandlingsformer. Utdanningen skulle utvikle studentenes relasjonskompetanse og rette fokus på brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Mestring og samarbeid mellom bruker og profesjonelle hjelpere ble nå sentrale stikkord (Kunnskapsdepartementet, 2005). For å videreføre erfaringene fra videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie, ga den nye rammeplanen rom for å kunne tilby fagspesifikk fordypning på 10 vekttall i sykepleie. Alle studiesteder skulle derimot tilby fordypning i tverrfaglig psykososialt arbeid (Forskrift for offentlig godkjenning av spesialskoler i psykiatrisk sykepleie av 1980). Kun et fåtall av utdanningene opprettet fordypning i psykiatrisk sykepleie I ettertid er det grunn til å hevde at det å nedprioritere og til dels erstatte en forståelse om sammenhengen mellom kropp og psykisk lidelse, sykdom og plager til fordel for et ensidig psykososialt perspektiv, har bidratt til å tydeliggjøre sykepleiens kunnskapsgrunnlag. At kunnskap om kroppen har vært nedprioritert i feltet, ble understreket av førstelektor Rune Karlsen's studie av psykiatriske sykepleieres profesjonelle kompetanse (Karlsen, 2009). Erfarne sykepleiere hevdet de har særlige forutsetninger for å se sammenhenger mellom kropp og psyke og at dette har vært en vesentlig del av deres kunnskapsgrunnlag. De oppfattet seg som handlingsorienterte og hadde erfart at deres praktiske tilnærminger gjorde dem godt rustet til å etablere gode relasjoner med pasientene. Samtidig har spesialsykepleiere over flere år erfart å bli kritisert av andre yrkesgrupper for å være for omsorgsgivende overfor pasienter og brukere i det tverrfaglige kollegiet.

### 3.3 Evalueringen av den tverrfaglige videreutdanningen fra 2007

SINTEF helse gjennomførte i 2009 en evaluering av videreutdanningen i psykisk helsearbeid. Hensikten var å vurdere om videreutdanningene, høgskolens fagplaner og studentenes ervervede kunnskaper ivaretok intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Evalueringen viste at av de i alt 20 høgskolene som tilbød videreutdanningen på evalueringstidspunktet, hadde alle skolene tverrfaglige fordypningen i psykososialt arbeid, mens kun 6 høgskoler ga tilbud om fordypning i sykepleie. Totalt fulgte 79 % av studentene fordypningen i psykososialt arbeid, mens kun 18 % tok den fagspesifikke fordypningen i sykepleie.

Alle studentene var enige om at studiet ga stort læringsutbytte når det gjaldt brukermedvirkning og kunnskap og forståelse om betydningen av tverrfaglig samarbeid. På spørsmål om studentene hadde tilegnet seg økt kunnskap og forståelse om psykiske lidelser, var studentene mindre tilfredse. Dette gjaldt særlig kunnskap om symptomer på alvorlige psykiske lidelser og behandling av dem. Studiet vektla i for liten grad vekt på kunnskap om medisiner/medisinering. Her var sykepleierne var jevnt over mer negativ enn de andre yrkesgruppene. Sykepleierne mente videre at praksisstudier tillegges for liten vekt i utdanningen. Det kan skyldes at sykepleierne har lært mer om symptomer på psykisk lidelse enn andre faggrupper i sin grunnutdanning og at videreutdanningen ikke oppfyller ønsket om å lære mer for sykepleierne sin del.

Halvparten av studentene mente at studiet var mangelfullt når det gjaldt tilegne seg klinisk kompetanse. Det er tydelig at studiet ikke møtte studentenes forventninger og de nevnte områdene burde legges mer vekt på. Sykepleiere var noe mer kritisk enn andre til hvorvidt videreutdanningen fremmer bevissthet om eget faglig fundament.

Sykepleiere ga uttrykk for at det var for lite praksis i utdanningen. Ansatte og ledere ønsket praksisstudier der studentene hadde praksis i både kommune- og spesialisthelsetjeneste, eventuelt i ulike felt som døgnavdelinger og poliklinikk.

Spørreundersøkelsen viste at mange ikke var fornøyde med organiseringen av undervisningen og lærerne faglige kompetanse innen psykisk helse. Evalueringen avdekket videre at det var til dels store forskjeller mellom høgskolene og studentenes vurderer av videreutdanningen.

De som jobbet i psykisk helsevern var jevnt over noe mer kritisk til videreutdanningen enn de som jobbet i kommunene. Dette kan skyldes at forventningene til utdanningen og de rammene studentene arbeider innenfor, er forskjellige.

Evalueringen avdekket noen områder hvor nåværende og tidligere studenter, ansatte og ledere i tjenestene pekte på mangler ved videreutdanningen.

Her er noen eksempler:

- Problemstillinger vedrørende psykisk helse/psykiske lidelser hos barn og unge burde dekkes bedre i videreutdanningen i psykisk helsearbeid.
- Kunnskap om symptomer, alvorlige lidelser, medisiner/medisinering og behandling av psykiske lidelser må vektlegges bedre.
- Styrking av det tverrfaglige perspektivet ved at studentene har praksis på mer enn ett sted, gjerne en kombinasjon av kommune og psykisk helsevern. (Ådnes & Harsvik, 2007).



## **4 SAMFUNNETS BEHOV FOR KOMPETANSE INNE PSYKISK HELSE OG RUS**

### **4.1 Befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse- og rusfeltet**

Med opprettelsen av mastergrader i psykisk helse er praksisutøvelsen i studiet nedtonet til fordel for forståelsesaspektet, relasjon, nettverk og det tverrfaglige samarbeidet. Det er ikke alle masterutdanninger som tilbyr klinisk praksis i psykiske helse – og rustjeneste, men forebyggende virksomhet som for eksempel i skole og barnehager.

Det tilbys i dag masterutdanninger i psykisk helse, psykisk helsearbeid, rusarbeid m.m. Noe av utfordringene er at helsemyndighetene ikke stiller krav til hva innholdet i masterutdanningene skal være. Det finnes ikke lenger Rammeplaner for disse videreutdanningene / masterutdanningene på samme måte som det gjorde tidligere. Mange av de som er ansatt ved videreutdanningene i psykisk helsearbeid/masterstudiene i psykisk helsearbeid har ikke helsebakgrunn og dermed heller ikke kompetansen til å fokusere på en helhetlig forståelse av psykisk helse. I dag har lærerne svært mange ulike utdanningsbakgrunner noe som gjenspeiler seg i faginnholdet i utdanningene. En tverrfaglig masterutdanning skal reflektere en bredde og synliggjøre ulike perspektiver i forståelsen av mennesker med psykiske helseutfordringer. Men dette utelukker ikke at det må være kompetanse som fokuserer på helse. Dermed blir fysisk helse også et sentralt fokus for å kunne mennesket som en helhet.

Sykepleiere har i sin bachelorutdanning gjennom teori og praksis utviklet en forståelse av menneskets grunnleggende behov og sammenhengen mellom dem. Helsesvikt på et område medfører ofte endringer i en helhet som oppleves problematisk for mennesket som bærer plagene. Dette innebærer at observasjon og iverksetting av tiltak må være basert på denne bakgrunnskunnskapen. En kan ikke forvente at alle i det tverrfaglige teamet har denne kompetansen og dermed ikke fokuserer på avvik. Det samme vil gjelde andre fagbakgrunner som betrakter ut fra noen av sine unike fagforståelser.

Dagens helsevesen fokuserer på at oppfølging og behandling skal skje ute i kommunene der menneskene lever sine liv. Det er bra. Men dersom befolkningen skal få gode tilbud krever det at teamene er sammensatte slik at den tverrfaglige kompetansen gir brukerne et kvalitativt, godt tilbud. Det innebærer at all kompetanse kommer brukeren til gode. Symptomer på alvorlige somatiske tilstander må ikke bli oversett fordi man beveger seg for mye over i et sosialpsykologisk felt. Det er der sykepleierne har noe av sin spesialkompetanse og som må fokuseres mer enn det gjør i dag.

Fremtidens brukere av tjenestene vil etterspørre informasjon og kunnskap som er knyttet til sin tilstand. Dette er veldig bra. Men det betyr også at kompetansen hos de som skal fylle funksjonene i helsetjenestene, må ta ansvar og være i stand til å møte disse behovene. Det tverrfaglige feltet må styrkes og det innebærer at elementene i teamet må klargjøre sine ansvarsområder for hverandre, slik at man tyrker faget psykisk helsearbeid. Det kan ikke være slik at man kommer til torget med sine «vare» og ingen vet helt hva de selger og da kan heller ikke «kunden» vite hva de skal kjøpe hos hvem. Tydeliggjøring av fagkunnskap og ansvarsavklaring er helt nødvendig for å møte befolkningens fremtidig behov for tjenester innen psykisk helse- og rusfeltet.

### **4.2 Ufordringer innen psykisk helse og rusfeltet**

Forskning viser at forventet levetid er omkring 20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser enn for befolkningen for øvrig. 60 % av denne overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer, felles for disse sykdommene er at de innehar en stort potensiale for

forebygging, om man møter riktig helsefaglig kompetanse tidlig i forløpet. Mye tyder på at det svikter når det gjelder forebygging og behandling av somatiske sykdommer hos denne gruppen mennesker (Lien, Morken, Huus, 2015). Sykepleiere har en slik kompetanse, med et stort fokus på forebygging av somatiske sykdommer i grunnutdanningen, og med en helhetlig tilnærming og forståelse av mennesker og samfunn.

Sykepleiere er den største profesjonen som jobber tett på brukerne, ofte med oppfølging over lengre tid, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Sykepleiere har et ansvar for en praksis som fremmer helse, forebygger sykdom og lindrer lidelse, og skal i tillegg bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester. Dette er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer. Vi må sammen stå opp for sårbare grupper i samfunnet som ikke selv klarer å bruke tjenestene som skal være like for hele befolkningen. Spesielt mennesker med alvorlige rusutfordringer er såkalte underforbrukere av helsetjenester, her er sykepleiernes kompetanse essensiell.

Sykepleiere må formidle og veilede hvordan personer med alvorlige psykiske lidelser kan leve et godt hverdagsliv, og må gi personer med psykiske lidelser bedre hjelp der de lever og bor. Det er spesielt bekymringsfylt når det viser seg at nyutdannede sykepleiere i liten grad ønsker å jobbe innen fagfeltene psykisk helse og rus. Det er heller ikke tydelig satt på dagsordenen politisk, som en prioritering, og man kan stille spørsmål ved dagens videre- og masterutdanninger hvor fokus på fysisk helse er mangelvare, til fordel for andre prioriteringer.

### **4.3 Rapporter om sykepleieres funksjon og ansvar i kommune- og spesialisthelsetjenesten**

#### **4.3.1 Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid**

I 2015 gjennomførte Bengt Karlsson og Suzie Hesook Kim ved senter for psykisk helse og rus, fakultet for helsefag, Høgskolen i Buskerud og Vestfold (Nå Universitetet i Sørøst Norge) en studie på oppdrag fra NSF. Studien omhandler sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Vi vil her presentere noen sentrale funn.

Over 2/3 av sykepleierne har en videreutdanning, halvparten har en videreutdanning i psykisk helse og rus, drøyt 5 % har mastergrad. 85% av sykepleierne hadde mer enn 5 års erfaring fra generell klinisk sykepleie.

De fleste av brukerne sykepleierne jobber med er mellom 31 til 50 år. Personer over 65 år utgjør ca. 20% og gruppen, unge voksne mellom 18 og 25 år utgjør ca.13%. 70% av brukerne har en diagnostisert psykisk lidelse, 32% av brukerne sliter med rusvansker alene og 44% beskrives å ha et samtidig psykisk helse- og rusproblem. Pasientgruppen som har et samtidig psykisk helse- og rusproblem beskrives som de med de største helseutfordringene.

#### **Sykepleiernes rolle og funksjon i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid:**

Sykepleiere har høy kompetanse med relevante videreutdanninger innen feltet, lang klinisk erfaring i arbeidet med mennesker med psykisk helse- og rusproblemer, samt i kommunale tjenester. De arbeider i direkte klinisk arbeid med støttesamtaler og ulike terapeutiske samarbeidsformer, og har hyppig, ukentlig kontakt med brukere. Hver sykepleier har faglig kontakt med et høyt antall brukere og har en stor gruppe av brukere i sin portefølje. De arbeider med å samordne og koordinere ulike tjenestetilbud på vegne av brukere. I relasjon til brukere er tilnærmingen individorientert. Sykepleiernes opplever at den sykepleiefaglige forståelse er utviklet i de første utdanningsårene og at den faglig forståelse tar utgangspunkt i grunnutdanningens kunnskap og holdninger.



De fleste arbeider i team med andre helse- og sosialfaglige høyskoleutdannede samt helsefagsarbeidere. Det er få psykologer og leger. Sykepleierne er den største fag- og yrkesgruppen, som fordrer at de må ta både et faglig og organisatorisk ansvar innen ledelse. Den faglige ledelsen gir også ansvar for dokumentasjon, primært av klinisk arbeid og av koordinerende karakter, både i tjenesten og mellom tjenester.

Sykepleierne fokuserer på hverdagsmestring med støtte og hjelp i brukernes hverdag mer enn å behandle deres psykiske vansker i en tradisjonell betydning. Sentralt er hva brukeren trenger og hva som er viktigst for dennes mestrings- og bedringsprosesser. Rolle og funksjon oppleves som delvis flytende og i endring. Nye brukergrupper understøtter betydningen av sykepleiefaglig kompetanse, spesielt ved samtidige fysiske og psykiske plager og lidelser. De er handlingsorientert, fleksible og pragmatisk orienterte med basis i relasjonen og samarbeidet. Sykepleierne arbeider der hvor det er mest tjenlig for brukeren om det er i hjemmet, byen, kontoret eller i naturen.

#### **Sykepleiefaglige bidrag:**

Sykepleierne opplever en hurtig endringstakt i organisasjonen med økt tidspress, økonomi og effektivitet i møtet med mennesker med omfattende og sammensatte ønsker og behov. Mange sliter med rusvansker i tillegg psykiske lidelser. Dette tilskrives tjenesteutviklingen de siste 20 årene hvor mennesker med både rusproblemer og psykiske lidelser skal bo i sine hjemkommuner. Studien viser at pasientgruppen ofte har store fysiske helseutfordringer, særlig gjelder dette den eldre del av pasientgruppen. Sykepleierne fysiske og somatiske kunnskaper blir viktige og svært nyttige i møtet med denne målgruppen. Sykepleierne arbeider med å ta imot og adressere personers vansker med psykisk helse og rus. Her står etiske verdier og fagkunnskap sentralt.

Sykepleierne personorienterte tilnærming er integrert i arbeidet. Med vekt på hverdagsmestring vektlegges også en recoveryorientert sykepleiefaglighet.

Det faglige fokuset er på hverdagsliv, livsmestring og livskvalitet, og det eksistensielle domenet forstått som at lidelsen er en del av livet selv. Sykepleierne forståelser og holdninger kan på denne bakgrunn omtales som en helhetlig-eksistensiell hverdagslivstilnærming i en lokal kontekst.

Sykepleierne faglige forståelser, perspektiver og holdninger angir en vid tilnærming. De har en sykepleiefaglig identitet, og et klart tverrfaglig kunnskapsgrunnlag. Deres kliniske blikk er spesielt. De uttrykker en faglig stolthet ved sitt arbeid. Den kommunale konteksten skaper møter med brukere på andre og nye arenaer. Det stiller krav til en ny profesjonalitet basert på det fellesmenneskelig, det mellommenneskelige i møtet og samarbeidet (Karlson og Kim 2015).

#### **4.3.2 Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

SINTEF gjennomførte på oppdrag fra Norsk sykepleierforbund en studie om sykepleierne rolle i spesialisthelsetjenesten. Målet med studien var å tydeliggjøre sykepleierne bidrag innen de spesialiserte tjenestene psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Sykepleierne:

79 prosent av sykepleierne er ansatt i PHV, 12 prosent er ansatt i TSB, mens ni prosent er ansatt i enhet med kombinert psykisk helse og rusbehandling. Det var en høy andel erfarne sykepleiere som deltok, tre fjerdedeler av dem har mer enn seks års erfaring fra arbeidsplassen. Tre av fire har videreutdanning i en eller annen form. 14 % har mastergrad.

Sykepleierne ansvar:

Studien viser at sykepleierne opplever stort ansvar for mange områder av pasientbehandling og oppfølging. De utfører et mangfold av arbeidsoppgaver, herunder observasjon av psykisk helse, kartlegging og vurdering av rusproblematikk, oppfølging av ulike behov for sykepleie, administrasjon av medisiner, dokumentasjon av behandling og samhandling og motivering. Det er flere områder der de mener det er behov for større innsats for å møte pasientenes behov. Særlig gjelder dette involvering av pasienter og pårørende.

#### Fysiske helseplager

Fire av ti sykepleiere innen PHV rapporterer at de i liten grad, eller ikke i det hele tatt vektlegger fysiske helseproblemer i oppfølgingen av pasienter og brukere. Dette kan tyde på at videreutdanningene de siste årene i for liten grad har satt fokus på fysisk helse og grunnleggende sykepleie. Dette er bekymringsfullt når vi vet at svært mange pasienter innenfor PHV er særlig utsatt for fysiske helseplager og har en langt lavere gjennomsnittlig levealder enn befolkningen generelt.

#### Brukerinvolvering:

Sykepleierne rapporterer om lav pasientdeltakelse når det gjelder i utforming av blant annet Individuell plan, samtidig er det få sykepleiere som vurderer at det er behov for økt innsats på dette området.

#### Veiledning og kompetansebehov:

Det kommer tydelig frem at sykepleierne ønsker sykepleiefaglig veiledning og mer kunnskap om blant annet, medisinfri behandling, pasienter med minoritetsbakgrunn samt ny teknologi for oppfølging og behandling. Dette er temaer som reflekterer sentrale utviklingstrekk i helsevesenet, og tyder på at sykepleierne er framtidsrettet og opptatt av å tilpasse helsetjenestene til de behov pasientene har.

#### Utvikling av sykepleierrollen:

Denne studien vil være til nytte i en utvikling av sykepleierens særegne ansvar innen PHV og TSB. Ved å beskrive ansvar og arbeidsoppgaver hos sykepleierne på feltet, samt i hvilken grad de opplever å dekke pasientenes behov, tegnes et bilde av hvordan det er å være sykepleier innen psykisk helsevern og TSB i dag. Studien tydeliggjør sykepleierens kompetansebehov samt hvilke områder som er viktig å prioritere for å utvikle sykepleierrollen på feltet. (Melby, Åndenes, & Kasting2017).

## **4.4 Spørreundersøkelse til medlemmer av faggruppen for psykisk helse og rus i Norsk Sykepleierforbund**

Prosjektet gjennomførte en spørreundersøkelse til medlemmer av NSF-SPoR. Vi spurte om dagens tverrfaglige videreutdanning gir nødvendig kompetanse til å ivareta ansvaret som spesialsykepleier innen psykisk helse og rus og hvilke tema som kan være viktig i en fordypningsmodul i sykepleie. Det ble sendt ut spørreskjema til 1440 medlemmer, og 633 gjennomførte undersøkelsen, en svarprosent på 44 %. Av disse var 36% fra kommunehelsetjenesten, 51% fra spesialisthelsetjeneste og 72% hadde videreutdanning mens 15 % hadde master.

### **4.4.1 Kvantitative funn**

29 sykepleiere uten videreutdanning besvarte undersøkelsen, 82,2 % av disse sykepleierne svarte at de har planer om å ta videreutdanning/master. 62% svarer at de ønsker en sykepleiefaglig fordypning.

Av 659 sykepleiere med videreutdanning/ master svarer 69,3 % at dagens videreutdanning/master gir nødvendig kompetanse til å ivareta ansvar som spesialsykepleier

innen psykisk helse og rus. Samtidig svarer 68,4 % at de ønsker en tverrfaglig masterutdanning med fokus på videreutvikling av sykepleiekompetansen innen psykisk helse og rus.

#### **4.4.2 Kvalitative funn**

Resultatene av undersøkelsen viser at mange sykepleiere savner det helhetlige sykepleieperspektivet i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet. Konkret pekes det på sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse, og vektlegging av den fysiske helsen når brukere behandles for rusavhengighet og psykiske lidelser. Mer kunnskap om medikamentell behandling trekkes også fram som et viktig tema, også fordi denne kunnskapen også er viktig i utviklingen av medikamentfrie behandlingstilbud. Når medikamentell behandling er så utbredt, er det viktig med god kunnskap for å vurdere å følge opp virkninger og bivirkninger. Dette er særlig viktig hos eldre pasienter som har sammensatte lidelser og ofte behandles med mange medikamenter, både for somatiske- og psykiske lidelser og hvor også rus er et økende problem.

Andre tema som trekkes fram i undersøkelsen er:

- Fagforståelse i sykepleie og sykepleieidentitet
- Sykepleie til akutt syke både i kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Somatiske sykdommer hos rusavhengige
- Abstinensbehandling
- Sykepleie til eldre pasienter med sammensatte lidelser (somatikk, psykisk helse, og rusavhengighet)
- Praksis, gjerne med en kombinasjon av kommune- og spesialisthelsetjeneste
- Veiledning av egen yrkesgruppe

#### **4.5 Erfaringer fra Island**

I Island har en tilbudt masterutdanning for sykepleiere i over 30 år. I dag utdanner de sykepleiere i to mastergradsløp; et program som kvalifiserer til forskning og et annet som er klinisk rettet. Det kliniske masterprogrammet er ikke spesialisert og er et tilbud til sykepleiere uavhengig av spesialitet. I Island er sykepleie en lovbeskyttet tittel og for å bli klinisk spesialist må sykepleiere gjennomgå et toårig etterutdanningsprogram etter avlagt mastergrad med faglig veiledning.

## **5 FORSLAG TIL FORDYPNING I SYKEPLEIE**

I vårt forslag til fordypningsemner har vi tatt utgangspunkt i rammeplanen av 2005 og foreslår følgende fordypningsemner for sykepleiere:

1. Tema 1: Fagforståelse i sykepleie ved psykisk helse, rus og avhengighet (20 studiepoeng).
2. Tema 2: Somatisk risiko ved langvarige og alvorlige psykiske lidelser (10 studiepoeng)
3. Tema 3: Klinisk praksis med fokus på pasientforløp (10 studiepoeng)

### **5.1 Tema 1: Fagforståelse i sykepleie ved psykiske lidelser, rus og avhengighet (20 studiepoeng)**

#### **5.1.1 Sykepleierens særegne ansvar i psykisk helse- og rusfeltet.**

Mange fagplaner ved de tverrfaglige videreutdanningene/mastergrader i psykisk helse og rus, og litteratur om psykisk helsearbeid beskriver virksomheten psykisk helsearbeid som et

fagområde som også inkluderer psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesten<sup>1</sup>. Samtidig har utdanningene og litteraturen lite fokus på psykisk lidelse/psykisk sykdom og psykiske plager. Enkelte fagplaner har ikke egne emner om psykiske lidelser og ruslidelser<sup>2</sup>. De har i stedet valgt å legge vekt på psykisk helse generelt med særlig fokus på teoretisk forståelse, relasjonell kompetanse og samhandling, forebygging, helsefremming, recovery orientering og fagutvikling. Psykisk helsevern med sine akuttavdelinger og døgnenheter hvor tvang, skjerming, medikamentbruk osv. fortsatt har en sentral plass, er så godt som utelatt i både fagplaner og gjeldene litteratur. Dette til tross for at Psykisk helsevernloven i §1 a, første ledd omtaler virksomheten i psykisk helsevern som «undersøkelse og behandling og nødvendig omsorg og pleie (jfr PHL § 1a). Slik NSF-SPoR ser det, har sykepleiere et særegent ansvar overfor mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser og plager. Det er derfor urovekkende at dagens masterkandidater ikke har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta mennesker med alvorlige psykiske helseplager og lidelser. Det sykepleiefaglige ansvaret fremkommer også gjennom «Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)» hvor det i kapittel 1 § 4 stiller krav til bemanning: *kvalifisert personell med tilstrekkelig medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse til at medisinsk eller psykologisk behandling og observasjon kan gjennomføres forsvarlig.*

Vi ønsker en mastergrad som skal gi spesialisering og fordypning i sykepleiernes særegne ansvar i psykisk helse og rusfeltet; ikke en mastergrad i et for sykepleiere nytt fag. Samtidig erkjenner vi at en stor del av kunnskapsgrunnlaget er felles uansett profesjon innafor feltet.

### **5.1.2 Kunnskapsgrunnlaget i sykepleie i psykisk helse og rusfeltet**

Sykepleie er i følge sykepleier og filosof Inngunn Elstad å gi kyndig hjelp til å leve så godt som mulig gjennom sykdom og krevende og kritiske faser i livet (Elstad 2014). Yrket stiller mange krav til utøverne om kunnskap og kompetanse, væremåte, omstillingsevne, håndlag og etisk refleksjon m.m. Grunnlaget i sykepleie er å se den andre som et menneske som en selv; som et medmenneske. I tillegg trenger sykepleiere et bredt kunnskapsgrunnlag som omfatter kunnskap om kropp, betydning av et sosialt liv og fellesskap med andre og åndelige behov. Ei spesialisering i sykepleie må derfor omfatte et vidt spekter av kunnskap.

Sykepleiens kunnskapsgrunnlag er flerfaglig i sin natur idet fagets kunnskapsbasis bygger på human-, natur-, samfunn- og åndsvitenskapene, men det er i utøvelsen av sykepleie – i samhandling med pasient og pårørende i sykehus og hjem, at en viser hvorvidt en duger eller ikke. I pleien viser vi omsorg og omtanke og det er i ulike situasjoner og ulike gjøremål og handlinger i dagliglivet; der vi får pasienten til å slappe av, puste rolig, sove, spise, gå en tur, arbeide, stelle seg osv., at vi kan snakke om helhetlig utøvelse. Sykepleie er i følge Marie Lysnes, mangeårig rektor ved Statens Spesialsykepleie i psykiatrisk sykepleie «en håndens gjerning» (Lysnes 1992). Utenfor handlingene blir formålet filosofisk praksis eller refleksjon – som er noe anna enn sykepleie. Samtidig står fag og yrke i 2018 i en 150-årig tradisjon i Norge der ledelse av eget fag og betydning av fagkunnskap har vært formalisert gjennom utdanning både i grunn- og videreutdanning. Faget kan ikke utvikles gjennom generelle teorier og begrep, men må ta utgangspunkt i praktisk erfaring. Sykepleiefaget omfatter derfor både praktisk kunnskap, forskning, fagtradisjon og sykepleieteori. Klinisk praksis med kontinuerlig og praktisk ansvar for pasienter gjennom forløp i og utenfor institusjonen må derfor vektlegges i studiet.

<sup>1</sup> At noen omtaler det som et nytt fag, går vi ikke inn på her (se Karlson og Borg 2013, Borge)

<sup>2</sup> Dette gjelder f.eks. Master i psykisk helse ved UiT Norges arktiske universitet.

### 5.1.3 Sykepleie er å trygge livsprosessene

Grunnlaget for alt liv er det biologer kaller «livsprosessen» og som ikke stopper opp før vi dør. Dersom vi ikke får puste, eller sirkulasjonen stopper opp eller dersom vi ikke klarer å innta føde, tar livet slutt. Å trygge livet har med et spørsmål om tid å gjøre og mange biologer forstår tid som liv (Elstad 2014). Livsprosesser er ikke ukjent i sykepleielitteraturen og er det samme som Florence Nightingale skriver om når hun hevder at sykepleie er å underbygge eller støtte opp om kroppens egne naturprosesser (Nightingale 1859). Slik kan en si at kunnskap om metabolisme eller stoffskifte danner en biologisk basis i sykepleie. Under kriser er det tydelig at liv er tid, både eksistensielt og biologisk. I sykepleie kjenner vi biologisk kunnskap som fysiologi, patofysiologi, mikrobiologi osv. I litteraturen i psykisk helsefag er perspektivet på kropp og biologi som liv underkjent og til dels borte. Biologisk kunnskap om kroppen er i mange sammenhenger oppfatta som negativt og ensbetydende med diagnostikk og inngripende behandling.

Sykepleie er å trygge og legge til rette for at livsprosessene går sin gang fra O<sub>2</sub>-tilgangen på cellenivå til viljen til å leve som handler om eksistens i sin ytterste konsekvens. Prosessene er like viktig enten en er i en intensivavdeling som i en akuttpsykiatrisk avdeling. Mange vil kalle det for å ivareta grunnleggende behov i sykepleie (jfr V. Henderson). I tillegg har sykepleieren kunnskaper om hva som skjer i kroppen når den er i ulage; som ved stress, angst, psykose, nedstemthet, smerte m.m.

### 5.1.4 Sykepleiere anerkjenner lidelse og sykdom

Sykepleiere har lange tradisjoner i å trygge pasienter og brukere og erkjenner dermed også lidelse og sykdom i psykisk helse og rusfeltet. Sykdom og lidelse er ikke sosiale konstruksjoner, men medfører ofte plager som oppleves av den enkelte og de som står vedkommende nær. De menneskene vi møter i institusjoner og kommuner har mange plager og lidelser; de har ikke bare psykiske helseutfordringer. For å forstå lidelsens karakter, er det ikke tilstrekkelig og bare vite hvordan den andre har det, men også hvordan et sykdomsforløp kan arte seg; at det har en begynnelse, en midtdel og en slutt (Sebergsen 2016). Det krever et vidt spekter av kunnskap; om hvordan sykdom og lidelse oppstår, hvordan være i forkant av et sykdomsutbrudd for å forebygge forverring og utvikling av alvorlig sykdom, hvordan sykdom erfares og ikke minst ha kunnskaper om at lidelsen og plagene går over og tar slutt. Det gir håp.

Det å være sjuk og ha plager er ofte ensbetydende med å ha nok med seg sjøl. Å være sjuk er for mange det å være sliten, trøtt, plaga, ha endra oppfatning av tid, rom og kropp, å føle seg liten, være bekymra, kanskje utrygg, sint eller redd osv. Da skal den sjuke slippe å bekymre seg og plages med for mange spørsmål. Betydningen av å bli forstått og opplevelsen av å få hjelp og at noen vil en vel, kan ikke understrekes nok. Sykepleieren er der for at pasienten skal slippe å uroe seg og slippe å forklare seg, men derimot erfare og bli forstått (Sebergsen 2018). Det krever at sykepleiere i mange tilfelle må handle uten å spørre pasienten hva han eller hun vil. Kunnskaper og erfaring er her avgjørende. I følge Florence Nightingale spør den late sykepleieren, mens den dyktige sykepleieren handler (Nightingale 1859). Her må en sjølsagt spørre seg om Nightingales oppfatning kolliderer med pasientens rett til medbestemmelse. Er det å handle uten å stille spørsmål det samme som og ikke ta hensyn til pasientens autonomi? Vi mener at det er det ikke. Ut fra kunnskap og erfaring der sykepleieren bruker sine sanser og sitt «kliniske blikk», er sykepleieren i stand til å følge med hva kroppen uttrykker og avhjelpe mange plager.

### 5.1.5 Sykepleieren fanger opp og følger med hva kroppen uttrykker

Sykepleierens viktigste redskap er å iaktta og observere endringer og fange opp sykdom under utvikling. Observasjonen er i følge Florence Nightingale fortløpende og kontinuerlig og sykepleie har lange tradisjoner for en døgnkontinuerlig virksomhet (Nightingale 1859). Sykepleierens ansvar er å fange opp tegn fra en kropp som gir signaler på at den lider. Det er først når vi prøver å finne ut hva kroppen uttrykker, og evner å samstemme våre inntrykk med respekt for pasientens rett til medbestemmelse, at vi kan gi kyndig hjelp. Dette er sykepleiens etiske side. Sykepleieren må spørre seg hva slags hjelp trenger pasienten av oss, uten alltid å plage pasienten med alt for mange spørsmål. Sykepleieren må derfor lære seg å iaktta og observere det kroppslige uttrykket som omfatter alt fra kroppsoverflate, sår, svette, hudfarge, aktivitetsnivå osv, og endringer i tilstanden som kroppslige bevegelser, blikk, lyder, stillinger som alle kan være uttrykksfulle. Det kan være tegn eller symptomer på endring. Det er ikke nok å vite hva en skal se etter, en må også kunne oppfatte og forstå hva en ser. Observasjonen må derfor være åpen, bevegelig og interaktiv og forutsetter kunnskap, erfaring, oppmerksomhet og interesse (Elstad 2014). En åpen observasjon innebærer at sykepleieren inntar en spørrende holdning i det en iakttar. En bevegelig observasjon betyr at det en ser etter kanskje endres i løpet av kort tid, mens en interaktiv observasjon forutsetter at en hele tida sjekker ut det en ser med pasientens holdning og det en veit fra før om vedkommende. Pasienten er delaktig uten til stadighet få plagende spørsmål. Det krever lang trening i å se hva kroppen uttrykker og å oppfatte hvordan pasienten har det. Kroppslige uttrykk retter seg ut i omverden, så andre kan oppfatte dem (Skjervheim 1976).

Kunnskap om sykdommens karakter og medisinske diagnoser hjelper oss til å se når noe er i ferd med å endre seg. Det vi ser må relateres til erfaring og kunnskap og hjelper oss til fange opp det som har endra seg. Noen ganger kan det være forhold vi kjenner til fra før ut fra vårt kjennskap til pasienten, men det kan også være forhold som kommer overraskende og uventet.

Faglig innhold:

- Emnet behandler sykepleiefaglige og sykepleieetiske tema med klinisk praksis i psykisk helse og rusfeltet som utgangspunkt.
- Studentene blir oppfordra til å reflektere over egne praksiserfaringer i sammenheng med sykepleiefaglig forskning og teori.

Emnet handler om:

- Sykepleiefaglige perspektiv
- Pasientperspektivet
- Etiske utfordringer
- Kunnskapskilder i sykepleiefaget
- Sykepleiernes ansvar i psykisk helse og rusfeltet

### 5.2 Tema 2: Somatisk risiko ved psykisk lidelser, rus og avhengighet (10 studiepoeng)

Psykiatrisk behandling har historiske tradisjoner for å være inngripende, og er det på mange måter også i dag. Samtidig viser historiske studier at sykepleiere har hatt et særskilt ansvar for å beskytte pasientenes mot inngripende og langvarig behandling og avhjelpe plager (Fause 2017). Det ansvaret hviler på sykepleierne også i dag. Sykepleiere har et særskilt ansvar for å forebygge komplikasjoner og avhjelpe plager som følge av somatisk risiko ved langvarig og alvorlig psykisk sykdom. Mange pasienter og brukere har somatiske lidelser og plager etter langvarig bruk av psykofarmaka og rusmidler. Somatisk sykdom er den absolutt viktigste årsaken til tapte leveår hos personer med alvorlige psykiske lidelser (Thoresen og Høye 2016). Dødeligheten er høyest de to første leveårene etter innleggelse, både når det gjelder selvmord og død av somatiske årsaker. Risikoen er størst blant ungdom. I dagens psykiske helse og



rustjenester har mestringsperspektiver fått stor plass, men likeså viktig er det å lindre pasientens plager som følge av langvarig inngripende behandling. Her må sykepleiernes kunnskapsgrunnlag styrkes.

Sentrale tema kan være:

- Epidemiologi
- Somatisk sykkelighet ved psykiske lidelser
- Kroppslige reaksjoner og uttrykk ved alvorlige psykisk lidelser
- Somatiske sykdommer – Hjertelidelser, Diabetes, KOLS, overvekt
- Medikamentell behandling – virkning, interaksjoner, bivirkning og sykepleiernes særegne ansvar
- Avhengighetsproblematikk
- Traumeforståelse
- Smerte og psykiske lidelser

### **5.3 Tema 3: Klinisk praksis gjennom pasientforløp (10 studiepoeng)**

Klinisk praksis skal utøves i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten/psykisk helsevern. Det er ønskelig at studentene får følge pasienter og brukere gjennom forløp; enten fra kommune til spesialisthelsetjeneste eller motsatt. Hensikten er at studenten skal gjøre seg kjent med en helhetlig helsetjeneste og se betydningen av samarbeid på tvers av nivå.

Faglig veiledning er sentralt i klinisk praksis. I veiledninga kan sykepleiere oppøve kompetanse i å følge med pasientens uttrykk, plager og lidelse gjennom sykdomsforløp. Veiledere bør være sykepleiere med tilsvarende eller høyere nivå på utdanningen, og formell veiledningskompetanse.

### **5.4 Opptakskrav**

Opptakskrav er bachelorgrad i sykepleie eller tilsvarende og minimum to års praksis som offentlig godkjent sykepleier

## **6 KONKLUSJON**

For å imøtekomme samfunnets behov for kvalifisert helsepersonell i psykisk helse og rusfeltet, mener vi at framtidens masterutdanninger må ha et langt tydeligere sykepleiefaglig fokus enn de har i dag. Framtidens behov for spesialsykepleiere innenfor psykisk helse- og rusfeltet løses ikke gjennom utdanninger i Avansert Klinisk Sykepleie (AKS) alene. Dette er også i tråd med vår medlemsundersøkelse i 2018. Det vil videre være viktig å jobbe for en sluttkompetansebeskrivelse for sykepleiere innen psykisk helse eller rus som tar master, basert på denne rapportens anbefalinger. Vi foreslår at det arbeides videre med å beskrive og utvikle et masterløp for sykepleiere i tverrfaglige videreutdanninger. Utdanningen vil fortsatt bestå av tverrfaglig sammensatte emner som i dagens modell, mens andre emner vil være sykepleiespesifikke.

De fleste sykepleierne som jobber i psykisk helse og rustjenestene har videreutdanning innen fagområdet; enten det er i psykisk helse og eller rus, psykisk helsearbeid eller videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Tilbakemeldinger viser at sykepleierne som jobber i psykiske helse- og rusfeltet primært ønsker videreutdanninger innen psykisk helse eller rus når de søker å utvide sin kompetanse.

Vi foreslår en 40 studiepoeng fordypning i sykepleie, inkludert klinisk praksis, for å møte de sammensatte behovene til pasienter og brukere både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Et viktig bidrag for et godt tverrfaglig samarbeid, er at de ulike profesjonene i sin videreutdanning bygger videre på kompetansen fra grunnutdanningen. Det gjør en trygg på eget ansvar, rolle og funksjon, og hva spesialsykepleiere kan bidra med i det tverrfaglige samarbeidet.

Vår anbefaling til modulbasert utdanning for de ulike yrkesgruppene er:

- 40 studiepoeng tverrfaglig undervisning
- 40 studiepoeng fordypning i sykepleie
- 40 masteroppgave (med yrkesspesifikk fordypning)

En slik organisering av masterutdanningen vil kunne videreutvikle de ulike yrkesgruppenes bachelor kompetanse, og klargjøre egen kompetanse og rolle i det tverrfaglige samarbeidet.

## REFERANSER

- Elstad, I.(2014): *Sjukepleietenkning. Grunnlagstenking i sjukepleie*, Oslo: Gyldendal  
<http://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Sykepleie/Samfunnsvit.-emner/Sjukepleietenkning>
- Fagerland, T(1997): *Parasitt eller selvstendig fag?: tre essay om kunnskap og psykiatrisk sykepleie*. Bergen: [T. Fagerland].3
- Fause, Å. og Kurt Lyngved (2016): «Hva bør utdanningen inneholde?»  
[https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/psykis\\_helse\\_rus\\_0216.pdf#Page=30](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/psykis_helse_rus_0216.pdf#Page=30)
- Fause, Å (2017): *Samhandling i dagliglivet - et sentralt fokus i psykiatrisk sykepleie*, i: Fause, Å (red.): Glimt fra sykepleiefagets historie, Bergen: Fagbokforlaget, s. 195-223
- Forskrifter for offentlig godkjenning av spesialskoler i psykiatrisk sykeleie av 1980
- Holte, J., & J.K. Hummelvoll (2004): *Den spesialiserte generalisten: Den psykiatriske helsearbeiders kjernekompetanse og faglige selvforståelse innen kommunal pleie-og omsorgstjeneste*: Elverum: Høgskolen i Hedmark.(Notat.
- Thoresen, A og Høye, A (2016): Psykisk syke underbehandles - Ta dødeligheten på alvor, *Psykisk helse* (5)
- Karlson, B & Kim, S. H. (2015): *Sykepleie i kommunalt psykisk helse og rusarbeid En studie om sykepleierens ansvar, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse - og rusarbeid*: Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen i Buskerud og Vestfold. <https://sykepleien.no/2015/06/sykepleiere-sentrale-i-psykisk-helsearbeid>
- Karlsen, R. (2009). Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 198-204.
- Lien, G Huus, & Morken, G. (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskrift for Den norske legeforening, Nr 3*. doi: 10.4045/tidsskr.14.0831
- Lysnes, M. (1982). *Behandlere - voktere? : psykiatrisk sykepleies historie i Norge*. Oslo: Universitetsforl.
- Lysnes, Marie (1992): *I ærbødighet. Sykepleie, en åndens, håndens og hjertets gjerning* (upublisert)
- Melby L., Ådnanes M., Kasting F. (2017). Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ([SINTEF-rapport, A28053 2017](#))
- Rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid, 1997, 2005
- Ramsdal, H. (2004): Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet–noen organisasjonsteoretiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(2), 4-17.
- Sebergesen, K, Nordberg, A og Talseth, AG (2016): Confirming mental health in acute psychiatric wards, as narrated by persons experiencing psychotic illness: an interview study in *BMC Nursng*, 15:3
- Skjervheim, H. (1976): Deltakar og tilskodar, i: Skjervheim, H: *Deltakar og tilskodar og andre essays*, Oslo: Tanum-Norli, s. 51-72
- Vilkår for godkjenning av Spesialskoler i psykiatrisk sykepleie av 1952 og 1963
- Vråle, G. B. (2008). Videreutdanning i psykisk helsearbeid–et blick tilbake, på nå-situasjonen og noen betraktninger om framtid. *VI BÆRER PSYKISK HELSEARBEID VIDERE*.
- Vråle, G. B., Karlsson, B., & Hummelvoll, J. K. (2010). *Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid: selvforståelse, praksis og forskning*.
- Ådnanes Marian og Harsvik T.: Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid, Sintef 2007;  
<https://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-videreutdanning-i-psykisk-helsearbeid>

## VEDLEGG: LÆRINGSUTBYTTE VED FORDYPNING I SYKEPLEIE

### Tema 1: Fagforståelse i sykepleie ved psykiske lidelser, rus og avhengighet (20 studiepoeng)

Ved bestått emne skal studenten:

Kunnskap:

- Vise avansert innsikt i betydninga av sykepleiefaglig observasjon og kontinuitet i arbeidet for å sikre pasienter og brukere omsorg og trygghet
- Kunne gjøre rede for mulige opplevelser, reaksjoner og mestringsstrategier ved alvorlig sykdom, lidelser og kriser
- Kunne begrunne og drøfte sykepleieansvar og sykepleieomsorg ut fra et pasient- og pårørendeperspektiv, og ut fra erfaringskunnskap, teori og forskning
- Gjøre rede for og drøfte muligheter og utfordringer for omsorg under inngripende psykiatrisk behandling
- Kunne analysere ulike kunnskapsformer i klinisk sykepleiekompetanse, og gjøre rede for pasient- og pårørendeperspektiv, erfaringskunnskap og forskning begrunna i sykepleiefaglige vurderinger
- Kunne gjøre rede for og drøfte aktuelle kunnskapsteoretiske tradisjoner i psykisk helse og rusfeltet
- Kjenne til ulike kulturelle perspektiv på helsetjenester og sykepleiefaglig utøvelse
- Kunne gjøre rede for og begrunne etiske teorier og tilnærminger i sykepleie

Ferdigheter:

- Kunne søke opp og vurdere kritisk forskningslitteratur som er aktuell for egen sykepleiepraksis
- Kunne drøfte skriftlig og i forskningskontekst erfaringer fra egen sykepleiepraksis, med kritisk bevissthet og egen faglig-etiske kompetanse
- Kunne reflektere over og sette ord på fellestrekk og forskjeller i det tverrfaglige psykiske helsearbeid

Kompetanse

- Kunne identifisere etisk vanskelige situasjoner og analysere hvordan de kan håndteres gjennom samhandling med pasient/bruker, pårørende og i det tverrfaglige arbeidsfellesskapet
- Kunne diskutere eget sykepleiefaglige ståsted i et teoretisk perspektiv
- Kunne begrunne og analysere sykepleie til enkeltpasienter og pårørende gjennom kliniske forløp, i forskningskontekst
- Kjenne sentrale debatter og utfordringer i sykepleiefaget, lokalt, nasjonalt og internasjonalt
- Kunne diskutere teoretiske perspektiv på fagkunnskap og profesjon, og drøfte forholdet mellom sykepleiefaglig og samarbeidende fagfelt på en selvstendig og kritisk måte

### Tema 2: Somatisk risiko ved psykisk lidelser, rus og avhengighet (10 studiepoeng)

Ved bestått emne skal studenten:

Kunnskap

- Kunne nyttiggjøre epidemiologiske data for å planlegge oppfølging av pasienter og brukere gjennom forløp på tvers av behandlingsnivå
- Ha avansert kunnskap om somatisk sykdom ved psykiske lidelser og ruslidelser
- Ha avansert kunnskap om medikamenters virkning, interaksjoner og bivirkninger

#### Ferdigheter

- Kunne observere tegn på somatiske helseplager hos pasienter og brukere
- Kunne drøfte med andre fagfolk og iverksette tiltak for å lette pasienters plager ved behandlingstiltak
- Kunne kritisk vurdere medikamentell behandling
- Kunne argumentere sykepleiefaglig når det gjelder pasientbehandling, omsorg og pleie
- Kunne praktisere kunnskap om helhetlig omsorg, pleie og behandling

#### Kompetanse

- Kunne begrunne, vurdere og utøve sykepleie for å forebygge og redusere somatiske helseplager
- Kunne stille seg kritisk til inngripende behandling
- Kunne delta aktivt i faglige og etiske diskusjoner med pasienter/brukere og øvrige helseprofesjoner
- Ha inngående forståelse for faktorer som spiller inn for pasienter og brukeres livssituasjon