

Hørings svar – Høring Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning

Landsgruppen av helsesykepleiere (LaH) takker for muligheten til å komme med innspill på en viktig høring for vårt fagfelt. LaH består av nært 4000 helsesykepleier-medlemmer.

LaH mener at formålet med forskriften skal være en helsesykepleiemaster bestående av 120 studiepoeng

LaH mener at forskriften må ha i formålet at opptakskrav er bachelor i sykepleie og minimum ett års praksis som sykepleier

LaH oppfordrer Helse- og omsorgsdepartementet til å bidra til at fullført mastergrad i Helsesykepleie kvalifiserer til spesialistgodkjenning

LaH ønsker læringsutbyttebeskrivelser for praksis, på lik linje som de teoretiske kompetanseområdene

1. I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov?
2. I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?

Svar: LaH støtter målet om å utvide helsesykepleierutdanningen til 120 studiepoeng for økt kompetanse i tjenesten. Utvidelse av utdanningen til master i helsesykepleie svarer på tjenestens og brukernes behov, nå og i fremtiden. Forskriften holder fast på at tjenesten skal bidra til helsefremmende og forebyggende arbeid i målgruppen. Vi legger til grunn at forskriften skal regulere utdanningen av profesjonelle folkehelsearbeidere som er spesialister innenfor fagområdet helsefremming og forebygging i befolkningsgruppen barn, unge og familier. Forskriften bør vise til at utdanningen til enhver tid skal ta hensyn til gjeldende retningslinjer som regulerer tjenesten. **LaH mener det er av stor betydning at formålet med forskriften skal være en helsesykepleiemaster bestående av 120 studiepoeng** (jmfør §3 i Forskrift om krav til mastergrad).

I tråd med Bologna-avtalen, som Norge har forpliktet seg til å følge, har våre nærmeste samarbeidspartnere utvidet eller er i ferd med å utvide sin utdanning til masternivå. For balansen i det tverrfaglige samarbeidet, er det viktig at helsesykepleierne har samme utdanningsnivå og kompetansenivå.



I dag er det lite forskning innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Krav om masterutdanning samsvarer med behovet for å utvikle et utviklings- og kompetansesenter for helsestasjon og skolehelsetjenesten. Når flere har mulighet til å fullføre master i samme utdanningsløp, bidrar det til at flere tar master, og dertil økt forskning og fagutviklingsarbeid på eget felt. Det er også stor mangel på helsesykepleiere, og antall studieplasser må økes. Øking i studieplasser krever lærere med både PhD og master. Allerede i dag har utdanningsstedene utfordringer med å rekruttere kompetente lærere, spesielt med 1.kompetanse. og derav blir tydeligere og tryggere samfunnsaktører

For å oppnå forskriftens virkemidler og formål foreslår LaH at sykepleiere med mastergrad i Helsesykepleie kvalifiserer til offentlig spesialistgodkjenning. Dette vil være gode bidrag til å øke kompetanse og kvalitet innen dette viktige fagområdet i kommunehelsetjenesten. Sykepleiere som gjennomfører masterutdanning i Helsesykepleie vil ha både bredde- og dybdekompetanse, samt større evne til refleksjon som bidrar til å øke kvaliteten innen fagområdet helsefremming og forebygging rettet mot barn, unge og deres familier. Helsesykepleiere med master kan i økende grad bidra med viktig veiledningskunnskap til kommunene. Spesialistgodkjenning for sykepleiere med mastergrad i Helsesykepleie vil bidra til å styrke fagmiljøet og kompetanseutvikling i tjenesten, og øke rekrutteringsgrunnlaget av personell til helt nødvendig forskning på dette viktige fag- og tjenesteområdet. **LaH vil derfor oppfordre Helse- og omsorgsdepartementet til å bidra til at en fullført mastergrad i Helsesykepleie kvalifiserer til spesialistgodkjenning.**

3. Hvordan vurderes graden av detaljering sett i forhold til utdanningsinstitusjonens rett til autonomi og lokal tilpasning?

4. I hvilken grad vurderes behovet for nasjonal standardisering å være ivarettatt i læringsutbyttebeskrivelsene?

5. Er det noen typer kompetanser som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

Svar: LaH finner kompetanseområdene dekkende. Forskriften skal sørge for å utdanne helsesykepleiere som er i stand til å møte de til enhver tid gjeldende folkehelseutfordringene i målgruppen, og slik kunne justeres etter behov i samfunnet. **LaH mener derfor at kompetanseområdene skal være generelle, at de reflekterer hverandre, og bør være generelle/spesifikke i samme grad på tvers av kompetanseområdene.** De fleste kompetanseområdene i forskriften er generelle, mens noen tema blir likevel spesifikt nevnt - for eksempel epidemiologi og bruk av tolk. Selektivt utvalg av noen elementer er ikke ønskelig.

Det er viktig å presisere hva økningen fra 60 til 90 studiepoeng inneholder. Det bør presiseres at utvidelsen gjelder vitenskapsteori og metodefag. Det er også utydelig om forskriften viser innhold for 90 eller 120 studiepoeng, jf §21. Innspill fra medlemmene viser at dette kommer utydelig frem, og at det er usikkerhet blant medlemmene om kompetanseområdene omhandler 90 eller 120 studiepoeng. Etterlyser hvor mange studiepoeng de ulike emnene skal være. Slik det står kan utdanningene selv definere størrelsen på delene, som kan medføre til ulikhet mellom utdanningene.



LaH mener at helsesykepleiers rolle er utydelig i forskriften og må tydeliggjøres mer i utdanningen. For eksempel helsesykepleiers rolle som «barnets advokat» kommer ikke frem. Som et befolkningsrettet lavterksel-helsetjenestetilbud har helsesykepleiere et særlig ansvar for å sikre barnas behov. Dette handler også om brukermedvirkning, som er av stor betydning i helsesykepleierens arbeid. Dette bør løftes frem og bli mer tydelig, for eksempel ved at ivaretagelse av brukermedvirkning blir tatt inn som læringsutbytte i kapittel 3.

Virkeområde og formål må tydeliggjøres i **§1 linje 3**. Forslag: *Forskriften gjelder masterutdanning i helsesykepleie som gir graden master i helsesykepleie med 120 studiepoeng.*

Under **§2** Formål står det at «Målet er å fremme gode helsevalg». Å fremme gode helsevalg må defineres. Forslag: endre til «Målet er å øke målgruppens helsekompetanse». Bytte begrep til helsekompetanse, jf regjeringens strategi for økt helsekompetanse i befolkningen 2019-2023 (<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>) som sier: "Masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie, som er under utvikling, har formulert læringsutbytte om helsekompetanse. Det vil også helsesykepleierutdanningen få gjennom den kommende revisjonen av utdanningen."

Under målbeskrivelsen kan forebygging med fordel inkluderes med identifisering av skjevutvikling. Forebygging er like viktig som identifisering. Videre er kunnskapen som ligger i sykepleierutdanningen viktig for å kunne skille mellom det syke/behandlingstrengende og det friske/normale. Behovet for sykepleiekompetanse kan med fordel tydeliggjøres. **LaH mener at forskriften må få inn i formålet at opptakskrav er bachelor i sykepleie og minimum ett års praksis som sykepleier.**

Under **§2** står det at helsesykepleiere må være bevist bruk av makt, hva slags makt? Forslag: Ta bort «herunder bevissthet om makt».

I **kapittel 4** om kommunikasjon så mener vi at relasjonskompetanse må løftes fram slik at det legges til rette for autonomi og brukermedvirkning i en kunnskapsbasert praksis. Helsesykepleier bør ha profesjonell kompetanse innen kommunikasjon og bidra til å styrke gode relasjoner mellom barn, ungdom og familier. Bruke relasjonskompetanse som begrep, istedenfor relasjonsbygging.

I **kapittel 5** bør det i tillegg til innovasjon legges til teknologi og entreprenørskap. Viser til Helse- og omsorgsdepartementets rapport av 3.juli 2020 «Kartlegging av teknologi, innovasjon og entreprenørskap i helsefaglig høyere utdanning i Norge» der helsesykepleierutdanningene kommer svært dårlig ut. Digital kompetanse bør forsterkes.

Kapittel 6 - anbefaler å ta inn underpunkt med helsepedagogikk sammen med formidling.

Kapittel 6 og 7 har samme tittel, det bør endres. Forskning og innovasjon hører sammen. Uenig i strukturen hvordan man definerer forskning og innovasjon, vanskelig å skille. Setter spørsmålsteget ved § 17 b Kandidaten skal initiere og gjennomføre et selvstendig fagutviklingsarbeid. Fagutvikling skjer sjeldent ved en persons arbeid, og det virker veldig ambisiøst.



LaH ser generelt et behov for å adressere struktur og språklig presisjon i høringsnotatet. Nivået i forslag til forskrift må heves slik at den reflekterer en utdanning på masternivå.

- Skal det være en § om Virkeområde og formål og en § om Formål? Virker lite hensiktsmessig, regner med det er formål for retningslinjen og formål med utdanningen som menes? Dette må tydeliggjøres i titler for §. F.eks. ved å skrive §2 Formål for utdanningen.
- Sett inn kapittel 1. Mangler kapittel 1, begynner rett på §1, så kommer kapittel 2 før §4.
- Mer informasjon om at kapittel 7 gjelder for de siste 30 studiepoengene som står for seg selv mellom §3 og kapittel 2 virker malplassert. Forslag: flytte det under §1 der formål med retningslinjen presenteres eller §21 om studiets oppbygging.
- Det mangler en beskrivelse av generell kompetanse under kapittel 7.
- Utdanningens omfang som kommer rett før §22, bør flyttes til §1 virkeområde og formål (for forskriften).

6. Er praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig beskrevet og gjennomførbart?

7. I hvilken grad er omfanget av utdanningen gjennomførbart innenfor rammene av utdanningen?

LaH ønsker egne læringsutbyttebeskrivelser for praksis på lik linje som de teoretiske kompetanseområdene. Det bør være klare føringer for praksis både i skolehelsetjeneste, på helsestasjon og HFU, samt trening på administrasjon/organisering/ledelse av eget fag og ikke bare utføring av enkeltoppgaver. Både ledelse av egen helsestasjon/arbeidsdag og drift generelt.

LaH mener at praksisstudiene skal være minimum 10 uker og obligatoriske. De bør være obligatoriske, bl.a. fordi det forplikter til et samarbeid mellom praksisfeltet og utdanningene. Uten et slikt krav, kan utdanningsarbeid bli nedprioritert i praksisfeltet og læring i praktisk problemløsning nedprioritert i utdanningene. Forskriften kan med fordel si noe om progresjon i praksis i §21 og §22. Minstekravet på 10 uker må bli gjennomført innenfor de første 90 studiepoengene.

LaH er positive til simulering som tillegg til 10 ukers praksis. Simulering kan ikke erstatte praksis slik den gjennomføres i dag, man mister det mellommenneskelige som bare kan oppfattes og kjennes i et rom med en annen person. Simulering egner seg for å utvikle evne til praktiske problemløsning og samhandling i spesifikke situasjoner. Slik vi ser det, egner simulering seg for situasjoner studentene sjelden opplever (f.eks. anafylaktiske reaksjoner) og for situasjoner der den kliniske praksisen synes varierende i kvalitet og lite systematisk – for eksempel systematiske kliniske vurderinger for å avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt.

Under **§22**: Det står at veileder ute i kommunene helst skal ha formell veiledningskompetanse. Hvem gir kommunen denne kompetansen? I praksis er det ikke lett å få ansatte til å være veileder. Det å ha med seg en student krever organisering og planlegging for å finne gode læresituasjoner. Det skal også settes av tid til veiledning for at studenten skal få fullt utbytte av læresituasjoner. Vi må ha motiverte og kompetente veiledere. **LaH sine medlemmer mener at praksisveileder/kommunen bør få kompensasjon for å ha ansvar for student.**




I § 22 står det at utdanningsinstitusjonene skal inngå skriftlig avtale med praksis, dette bør endres til rettslig forpliktende samarbeidsavtale med praksistilbyder. **Vi mener at praksisavtalene med praksistilbyder (kommune/bydel) bør vurderes juridisk bindende og standardiserte på nasjonalt nivå.** For spesialisthelsetjenesten benyttes uttrykket sørge for, når det gjelder ansvaret for å dekke behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige studenter innen helseregionen.

(Spesialisthelsetjenesteloven § 3-5). Dette innebærer en lovhjemlet plikt til å ta imot og veilede studenter. Loven er ikke formulert i samme klartekst for praksis i kommunehelsetjenesten: Her benyttes uttrykket plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester: § 8-1. Undervisning og praktisk opplæring).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/86921e6e6f4c45d9a2f67fda3e6eae08/praksisprosjektet-sluttrapport.pdf>

Det er viktig at forskriften ivaretar fremtidens helsesykepleiere – som skal være premissleverandører for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unge og deres familier.

Vennlig hilsen

Ann Karin Swang
Leder av Landsgruppen av helsesykepleiere
Norsk Sykepleierforbund

Kopi til:
Norsk Sykepleierforbund
Helsedirektoratet
Barneombudet
Redd barna
Nettverket SRHR

