

UHR-prosjektet

FELLES INNHOLD

i

de helse- og sosialfaglige
profesjonsutdanningene

Prosjektrapport levert KD 1. juni 2015

Innhold

Sammendrag	3
Om den videre prosessen, etter at UHR har oversendt KD denne rapporten	4
1. Innledning	5
2. Prosjektprosessen	7
Møter og arbeidsform	9
3. Forståelse av oppdraget – tettere på hensikten	10
Oppdraget	10
Hvorfor felles innhold?	10
Integrert profesjonskompetanse	11
Felles sluttkompetanse – minste felles multiplum	11
Læringsutbyttebeskrivelser – generell kompetanse	12
Læringsutbyttebeskrivelser – sammenheng med undervisningsmetoder og vurdering	13
Sentrale begreper	14
4. Kompetanseområder og læringsutbyttebeskrivelser med begrunnelser	15
Integrert profesjonskompetanse i morgendagens helse- og velferdstjeneste	15
Ni kompetanseområder inn i arbeidet med en felles innholdsdel	16
Nærmere om hvert av de foreslåtte kompetanseområdene	17
6. Tverrprofesjonell samarbeidslæring og felles innhold	27
Tverrprofesjonell samarbeidslæring som tema, middel og mål	27
Felles innhold – felles undervisning?	28
Tverrprofesjonell samarbeidslæring – hvordan kan det gjøres?	28
Tverrprofesjonell samarbeidslæring – gode eksempler	30
Vedlegg 1 Skjematisk oversikt over foreslåtte kompetanseområder med forventet generell kompetanse og tilhørende læringsutbyttebeskrivelser	32
Vedlegg 2 Illustrasjon av antatt 3-nivåstruktur i evt. nytt styringssystem	36
Vedlegg 3 Prosjektplan med oppdragsbeskrivelse, mandat og framdriftsplan	38
Referanser	46

Sammendrag

Prosjekt *Felles innhold i helse- og sosialfagutdanningene* er ett av flere prosjekter initiert av Kunnskapsdepartementet som oppfølging av Samspillmeldingen (1) med UHR som prosjektansvarlig. Prosjektet fikk i oppdrag å levere følgende:

- Et begrunnet og forankret forslag til hvilke tema/emner/kunnskapsområder som hører inn under et *felles innhold* som skal innarbeides i alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger og hvordan disse kan sees i sammenheng med TPS i studieprogrammene.
- Et tilhørende forslag til læringsutbyttebeskrivelser på forskriftsnivå som dekker de foreslåtte innholdselementene, inkludert innpassingen av føringer for tverrprofesjonell samarbeidslæring som tema og mål.

Prosjektoppdraget skulle løses på snaue 5 måneder, og må forstås som det det er: En grundig opptakt til en lengre prosess, ledet av KD, der målet er å fremme et forslag i 2016 til hva som bør inngå av faglige innholdselementer i en felles og forskriftsfestet rammeplan for alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger, enten de er 3-, 5- eller 6-årige.

En prosjektgruppe bestående av 15 personer, og en ressurspersongruppe på ytterligere 15 personer, ble etablert i løpet av januar-februar 2015. Til sammen representerer prosjektgruppa og ressurspersongruppa erfaring og kompetanse innen de sentrale virksomhetsområder for identifisering av hva som må inngå i et felles innhold for helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger, både fra arbeidsliv og utdanning.

De fag- og utdanningspolitiske føringer i Samspillmeldingen (1) bygger i stor grad på hva som over årene er beskrevet av utfordringer og kompetansebehov i helse- og velferdstjenestene, knyttet til reformer beskrevet i diverse helse- og sosialpolitiske dokumenter (jfr referanselisten i rapporten). Av disse framgår det en forventning om at alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger må sørge for at kandidatene har en felles kompetanseplattform knyttet til behovet for tverrfaglig, og ofte tjeneste- og sektorovergripende, samarbeid om helhet og sammenheng i alle velferdsstatens tilbud til mennesker om søker bistand til mestring av eget liv i smått eller stort.

På denne bakgrunn fremmer en samstemt prosjektgruppe her et forslag om ni kompetanseområder som de mest relevante for et minste felles multiplum av felleskompetanse, på tvers av alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger. Begrepet «integriert profesjonskompetanse» er introdusert for å beskrive hvordan den foreslåtte felleskunnskapen må forstås og praktiseres som en selvfølgelig og integriert del av profesjonskompetansen.

I rapporten beskrives først prosjektgruppens forståelse av hva som inngår i hvert av de ni kompetanseområdene som foreslås. Deretter ekstraheres det som forventes å være felles kompetanse som alle kandidatene skal ha ved endt utdanning. Til slutt følger et forslag til formulering av læringsutbyttebeskrivelse for hvert av disse ni kompetanseområde på nivå med *Generell kompetanse*, slik dette er definert i Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (NKR) (2).

De foreslåtte læringsutbyttebeskrivelsene definerer da det som skal være et **minste felles multiplum** av generell kompetanse per kompetanseområde etter endt profesjonsfaglig grunnutdanning, uansett utdanning. For noen profesjonsutdanninger vil dette minste felles multiplum av generell kompetanse utgjøre en tilstrekkelig sluttkompetanse på et gitt kompetanseområde, mens det for andre av profesjonsutdanningene vil være nødvendig å definere klart høyere krav til sluttkompetanse på de samme kompetanseområdene. Dette er en profesjonsspesifikk og kontekstuell variasjon som dette prosjektet ikke går inn på, da dette oppdraget kun fokuserer på hva man mener alle helse- og velferdsfaglige profesjonsutdanninger bør ha av felles kompetansemål, uansett utdanning eller kontekst.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) er i denne sammenheng både et middel til å tilegne seg kunnskap og kompetanse knyttet til felles innhold, og et mål i seg selv. Tverrprofesjonell samarbeidskompetanse oppøves kun når studentene utfordres i konkrete tverrprofesjonelle læringssituasjoner. Felles innhold innbefatter flere kompetanseområder, og selv om prosjektet skal fremme samhandling, så kan felles kompetansen oppnås på flere måter, enten i tverrprofesjonelle samarbeidssituasjoner, i felles undervisning eller i profesjonsspesifikke læringssituasjoner avhengig av tema og læringsutbyttebeskrivelser. Rapporten avslutter med presentasjon av gode ideer og eksempler på tverrprofesjonelle samarbeidssituasjoner som inspirasjon for utdanningene i implementering av felles innhold.

[Om den videre prosessen, etter at UHR har oversendt KD denne rapporten](#)

- KD ber om innspill til forslaget fra de andre sektordepartementene, som ledd i det tverrdepartementale samarbeidet om et eventuelt nytt styringssystem for fastsetting av kompetansekrav til de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene
- KD sender et bearbejdet forslag til felles innhold i disse grunnutdanningene på høring i UH-sektoren og alle samarbeidende helse- og velferdstjenester.
- Etter en slik høringsrunde er grunnlaget lagt for at KD fremmer forslag om innføring av en ny type rammeplan for alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger, med felles innhold som den faglige kjernen. Går dette gjennom vil dagens rammeplaner fases ut, og arbeidet med utvikling av nasjonale retningslinjer for fastsetting av kompetansekrav til hver av profesjonsutdanningene kan startes.

1. Innledning

På nyåret 2012 kom stortingsmeldingen Utdanning for velferd. Samspill i praksis, kalt Samspillmeldingen (1). Det var første gang siden 1970-tallet at hele det helse- og sosialfaglige utdanningsområdet ble behandlet under ett i lys av disse utdanningenes samfunnsoppdrag, og som et helhetlig utviklings- og satsingsområde. Arbeidet med Samspillmeldingen ble basert på et «utenfra-perspektiv» på helse- og sosialfagutdanningene: Hva skjer av reformer, utvikling og endring i helse- og velferdstjenestene som er av betydning for tjenestenes kunnskaps- og kompetansebehov på kort og lang sikt? Er helse- og sosialfagutdanningene på høyde og i front gitt disse utviklingstrekkene?

Samspillmeldingen prøver å besvare disse spørsmålene, og omtales som en utdanningspolitisk retningsmelding: Meldingens situasjonsbeskrivelser og forslag til tiltak for hele det helse- og sosialfaglige utdanningsområdet ga startsignal for flere prosesser og prosjekter. Dette skal bidra til nødvendig revisjon av rammer og retning for det organisatoriske, faglige og pedagogiske arbeidet som de helse- og sosialfaglige utdannings- og forskningsmiljøene selv har et lovpålagt hovedansvar for. Samtidig er det et hovedpoeng i meldingen at utviklings- og endringsarbeidet skal skje i et nært samarbeid med de helse- og velferdstjenestene det utdannes til.

I oppfølgingen av Samspillmeldingen (1) har KD bedt UHR ta ansvar for organisering og gjennomføring av flere nasjonale utviklingsprosjekter. Det første prosjektet, *Sosialfagprosjektet (3)*, omfatter de tre sosialfaglige profesjonsutdanningene, bachelor i barnevern, sosialt arbeid og vernepleie (BSV-utdanningene). Målet med sosialfagprosjektet er å avklare av hva disse utdanningene og helse- og velferdstjenestene kan utvikle av samspill som utvikler og styrker den sosialfaglige kompetansen som etterspørres i tjenestene på kort og lang sikt.

Det andre prosjektet, prosjekt *Kvalitet i praksisstudiene*, er trolig det mest ambisiøse prosjektet som er igangsatt på det helse- og sosialfaglige utdanningsområdet noen gang: Alle de 19 helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene inngår i prosjektet. Prosjektet skal svare på hva som er riktig type og mengde praksisstudier i grunnutdanningene, og også i tilhørende videreutdanninger og masterprogram med obligatorisk praksis. Prosjektet inviterer altså til nytenkning om selve grunnfjellet i disse profesjonsutdanningene, nærkontakten med yrkesfeltet. Prosjektet kan potensielt føre til store endringer i samspillet mellom profesjonsutdanningene og helse- og velferdstjenestene – gitt tydelige nok føringer og god oppfølging fra de involverte sektordepartementene. Det tredje oppfølgingsprosjektet UHR har sagt ja til å ta ansvar for, er dette prosjektet, prosjekt *Felles innhold i helse- og sosialfagutdanningene*.

Dette tredje prosjektet skiller seg fra de to andre prosjektene på flere måter. Den viktigste forskjellen ligger nok i konsekvensen av prosjektene: Sosialfagprosjektet og praksiskvalitetprosjektet går inn i rekken av politiske prosesser og faglige prosjekter som setter søkelys på kvalitet og relevans i høyere utdanning og behovet for mer kunnskapsbasert praksis. Disse UHR-prosjektene vil bidra til helt nødvendig utvikling og endring av det faglige samspillet mellom høyere utdanning og tjenestene det utdannes til, og derfor også i og mellom profesjonsutdanningene.

Prosjekt *Felles innhold* vil bare få konsekvenser dersom departementene faktisk innfører et nytt styringssystem for fastsetting av kompetansekrav til alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger, korte som lange.

I dag styres 8 av de 19 profesjonsutdanningene etter rammeplaner fastsatt av KD, mens de øvrige forvalter sitt ansvar uten slik rammeplan. I Samspillmeldingen (1) er målet klart: Alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene, inkludert de lange profesjonsutdanningene, bør styres på samme måte. (kap.9.3.2)

I drøftingen av et evt. nytt styringssystem tar Samspillmeldingen fatt i forholdet mellom det felles og det profesjonsspesifikke i disse yrkesrettete utdanningene, og mellom politisk styring og UH-institusjonenes faglige autonomi. I Samspillmeldingen (1) kap. 9.3 står følgende:

«Styringen av utdanningene må sørge for at studentene forberedes på arbeidsoppgavene og arbeidsmåtene i framtidens helse- og velferdstjenester. Styringen må videre ivareta både utdanningsinstitusjonenes faglige og metodiske frihet og tjenestenes behov for å kunne stille krav til kandidatens kompetanse. Det vil derfor bli satt i gang et tverrdepartementalt utviklingsarbeid for å vurdere nærmere på hvilken måte kompetansekrav knyttet til den enkelte utdanning skal utformes, fastsettes og formidles i framtiden.»

Dette arbeides det med i en tverrdepartemental arbeidsgruppe, som har fått følgende oppdrag:

«...å utvikle et system for hvordan profesjonsspesifikke kompetansekrav kan utvikles, fastsettes og formidles. Innholdet i de faktiske kompetansekrav knyttet til hver profesjon inngår ikke i gruppens mandat – det er et faglig utviklingsarbeid som må gjøres i etterkant av en eventuell beslutning om å etablere et system for kompetansekrav som styringsvirkemiddel.»

Samtidig er sektordepartementene opptatt av å sikre en felles kompetanseplattform, eller et minste felles multiplum av kompetansekrav, for alle disse profesjonsutdanninger. Dette mener man vil være et svar på helse- og velferdstjenestenes behov for kandidater som er gode på å forstå og forholde seg aktivt til helhet og sammenheng mellom politikk og fag i organisering og oppgaveløsning i helse- og velferdstjenestene, og som behersker tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid for å sikre gode pasient- og brukerforløp innad og på tvers av tjenester og sektorer.

Det er her prosjekt *Felles innhold* kommer inn: Dersom prosjektet kan levere et godt oppspill til hva som bør være et minste felles multiplum av kunnskaper og kompetanse på tvers av alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger, har departementet fått et grunnlag for å utvikle en ny type rammeplan som styringsverktøy, en forskriftsfestet rammeplan som kun vil angå rammebetingelser og fellesnevner for alle helse- og sosialfagutdanningene. Dette sies slik i Samspillmeldingen:

«I en situasjon der tjenestene etterlyser tverrfaglighet og samhandling, tjener enkeltvis rammeplaner til å befeste skiller mellom utdanningene. På sikt vurderer Kunnskapsdepartementet derfor å erstatte de nåværende rammeplanene med en felles forskrift for alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene på universitets- og høyskolenivå. Forskriften vil i så fall omfatte felles innhold og krav til praksisperiodene, men vil til forskjell fra rammeplanene ikke inneholde

kompetansemål knyttet til den enkelte utdanning. Et system for fastsettelse av kompetansekrav må derfor være på plass før rammeplanene kan oppheves ...»

I vedlegg 2 kan man se den skissen av strukturen i et eventuelt nytt styringssystem for de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene, som UHR har utledet fra de signalene om dette som er kommet. Her ser man hvordan en forskriftsfestet, felles innholdsdel er tenkt som det faglige tyngdepunktet i en ny type rammeplan.

2. Prosjektprosessen

Kunnskapsdepartementet (KD) ga tidlig UHR signaler om at også dette prosjektet var på beddingen, men det drøydde med iverksettelsen. Foreløpige utkast fra KD til oppdragsbeskrivelse av prosjekt *Felles innhold* ble våren 2014 diskutert i NRHS-sammenheng, og tidlig høsten 2014 i flere relevante fagfora i UHR. Da handlet det om å få innspill som grunnlag for tilbakemeldinger til KD om forståelse og innretning av et slikt oppdrag.

UHR mottok tildelingsbrev og oppdragsbeskrivelse den 5. desember 2014. UHR-sekretariatet var så i møte med KD 6. januar 2015 for en nærmere avklaring av hva som lå i denne oppdragsbeskrivelsen, og hvilke føringer KD hadde for hvordan oppdraget skulle løses. KD forklarte da at det hastet å få fullført dette prosjektet så raskt som mulig: Et konstruktivt resultat av arbeidet i prosjekt Felles innhold er av avgjørende betydning for arbeidet med å få aksept for innføring av et nytt system for fastsetting av kompetansekrav for de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene (jfr. den skisserte 3-nivåstrukturen i fig.1 i vedlegg 2). Helt konkret ønsket KD at prosjektet kunne levere et forslag til felles innhold i helse- og sosialfagutdanningene i slutten av mai 2015.

UHR gjorde det da klart at med en prosjektperiode på snaue 5 måneder, måtte prosjektet rigges og ledes på en annen måte enn de to tidligere prosjektene der en forutsetning og en styrke har vært den svært brede involveringen for å sikre forankring og engasjement i alle berørte fagmiljø. Dette var KD innforstått med, og arbeidet var i gang.

Det viktigste var å få på plass en så representativ prosjektorganisasjon som mulig, og å umiddelbart finne rett person til å lede prosjektet. Som prosjekteier har UHR ledelsen av styringsgruppen, ved arbeidsutvalget (AU) for Nasjonal fagstrategisk enhet for helse- og sosialfagutdanningene (NFE-HS). NFEHS-AU oppnevnte umiddelbart en styringsgruppe med representanter fra utdanninger og yrkesfelt, og foreslo en aktuell prosjektleder. En liten delegasjon dro nordover på et dagsmøte i slutten av januar. Etter det møtet var prosjektledelsen på plass og en plan for rigging av prosjektorganisasjonen klar.

Det ble sendt ut en kort beskrivelse av prosjektets oppdrag og en skisse til en løsningsmodell til et bredt spekter av relevante fagmiljø og fagpersoner. Responsen var rask og positiv, så på svært kort tid var det innmeldt aktuelle deltakere både til en prosjektgruppe og en ressurspersongruppe.

Prosjektorganisasjonen ble slik:

Prosjekteier:	UHR v/ NFEHS-AU
Styringsgruppe:	<i>Representerer:</i>
Nina Waaler (leder)	NFE-AU
Jarle Eid	NFE-AU
Magne Hustavenes	Spekter
Liv Overaae	KS
Per Inge Langeng	NAV og Bufdir
Martin Fredheim	NSO
Trine Grønn	sekretær for styringsgruppen

Prosjektgruppedeltakere:	
Nanna Hauksdottir, UiT	prosjektleder
Anders Bærheim, UiB	leder for TVEPS - Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring
Torfinn Støve Madsen	student, medisin
Silje Linnerud	student, sykepleie
Christoffer Storm Tiller Alsvik	student, sosialt arbeid
Kathinka Elisabeth Trampe-Ewert	student, barnevernpedagogutdanning
Berit Lyngstad	NAV-leder, Herøy kommune
Marit Hoff	fagutvikler, barneverntjenesten, bydel Alna, Oslo kommune
Eli Skeie	Spekter; ernæringskoordinator, Helse Bergen
Audny Anke*	forsker og overlege, rehabiliteringsklinikken ved UNN
Anne Beate Båtnes	Tromsø kommune/kommunale tjenester
Bente Skulstad	Helsedirektoratet
Dag Jenssen	HiOA, UH sosialfag
Ingrid Narum	HiOA, UH helsefag
Trine Grønn	UHR

Ressurspersongruppedeltakere:	
Jarle Grumstad	Unio; ass. fagsjef i NSF
Kathrine Haugland Martinsen /Geir Johannessen	LO/FO
Solrun Valen, HiST	TverrSam-miljøet v/ HiST
Gerd Bjørke, HSH	TPS og utdanningssamarbeid HSH, HiØ, HiÅ+ UH-nett VEST
Marit Sanner /Frederik Reiersen	Forandringsfabrikkens prosjekt "Mitt Liv-Høyskole"
Hege Helene Bakke	Seniorrådgiver, Rådet for psykisk helse
Jo Kittelsen	Assisterende direktør, Helsetilsynet
Yvonne Larsen	spesialkonsulent , KORUS Oslo

Grete Samstad	prosjektleder for UHR-Praksisprosjektet
Ketil Jarl Halse	leder av prosjektgruppen for UHR-Sosialfagprosjektet
Ingunn E. Ulfsten	fagpolitisk leder, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
Vigdis Stordahl	Samisk nasjonalt kompetansesenter-psykisk helsevern (SANKS); Finnmarkssykehuset
Åse Langballe**	seniorforsker, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
Lillebeth Larun	Kunnskapssenteret
Bernadette Kumar / Thor Indseth	Direktør, Nasjonal kompetanseenhet for migrasjonshelse (NAKMI)

*Deltok i ett møte, samt ga skriftlige innspill

** Deltok ikke, men ga skriftlige innspill

Møter og arbeidsform

Prosjektleder og UHR utarbeidet et forslag til prosjektforståelse, prosjektmandat og prosjektplan. Styringsgruppen hadde sitt første møte 16. februar. Her ble utkastet til prosjektplan drøftet for å kunne ferdigstilles og oversendes KD umiddelbart etter møtet.

Så ble planen lagt til grunn for innkalling til det første møtet for prosjektgruppen og ressursgruppen den 23. februar. Før møtet fikk UHR beskjed fra KD om at prosjektplanen var godkjent (vedlegg 3).

Storgruppemøteformatet er brukt to ganger i løpet av perioden (23.2. og 8.5.) for å sikre at prosjektgruppen fikk nødvendige faglige innspill og spørsmål underveis.

I perioden mellom de to storgruppemøtene har prosjektgruppen hatt 3 egne møter med rask progresjon i arbeidet med å utvikle forslag til valg av felles kompetanseområder, begrunnelser for dette valget og mulige formuleringer av læringsutbyttebeskrivelse per kompetanseområde.

Et første utkast til rapport til KD med svar på oppdraget, ble behandlet på det andre styringsgruppemøtet den 19. mai 2015. Utkastet ble også sendt prosjektgruppen og ressurspersongruppen med oppfordring om å komme med en siste runde av innspill.

Styringsgruppen fikk anledning til å kommentere et siste utkast. Den endelige rapporten ble oversendt Kunnskapsdepartementet den 1. juni 2015.

3. Forståelse av oppdraget – tettere på hensikten

Oppdraget

Målet med oppdraget er å foreslå hvilke kompetanseområder som skal være felles for alle helse- og sosialfagutdanningene, det vil si de 19 profesjonsrettete utdanningene som kvalifiserer til arbeid i helse- og velferdstjenestene. Hva som forventes av studentene på disse kompetanseområdene skal defineres gjennom forslag til læringsutbyttebeskrivelser. I tillegg omfatter oppdraget å beskrive hvordan tverrprofesjonell samarbeidslæring kan integreres i utdanningene slik at studentene både lærer sammen og lærer å samarbeide, noe som er en sentral forventning fra helse- og velferdstjenestene til nyutdannede kandidater. Rapporten er to-delt:

- 1) Foreslåtte kompetansemål, beskrevet og begrunnet med støtte i både helse- og sosialpolitiske føringer og i presenterte behov fra helse- og velferdssektoren, både arbeidsstedene og de som bruker tjenestene. Her beskrives også foreslått felles kompetanse for alle helse- og sosialfaglige kandidater, og felleskompetansen uttrykt i form av læringsutbyttebeskrivelser.
- 2) Tverrprofesjonell samarbeidslæring som tema i utdanningene og som en del av både middel og mål for felles innhold i alle helse- og sosialfaglige utdanninger.

De to delene ses i sammenheng med hverandre, men ikke som gjensidig avhengig av hverandre. *Felles innhold* har fokus på den felles kompetansen alle kandidatene skal ha ved endt utdanning, men det innebærer ikke nødvendigvis krav om felles undervisning. Avhengig av hvilke føringer som ligger i læringsutbyttebeskrivelsene vil noe av læringen kun kunne skje gjennom tverrprofesjonell samarbeidslæring, mens andre kan oppfylles i profesjonsspesifikke settinger.

Hvorfor felles innhold?

I oppdragsbeskrivelsen fra Kunnskapsdepartementet beskrives utfordringene i morgendagens helse- og velferdstjeneste med økt andel eldre, kronisk syke og andre brukere med sammensatt problematikk; brukere som ofte har behov for flere helse- og velferdstjenester samtidig. Samhandlingsreformen (4) gir retning for en langsiktig omstilling i helse- og sosialtjenesten med fokus på blant annet helsefremmende og forebyggende arbeid, tettere samarbeid i helse- og velferdssektoren med vekt på smidigere forløp for mennesker med sammensatte lidelser, og større fokus på primærhelsetjenesten. Samtidig vektlegges det høy kvalitet i profesjonsutøvelsen. Mange opplever at de ulike tjenester og instanser snakker dårlig sammen, og det etterlyses mer koordinerte og helhetlige tjenester. Departementet påpeker at fremtidens organisering og arbeidsmåter i tjenesten vil kreve både en solid profesjonsfaglig kompetanse og evne til samarbeid på tvers av profesjoner, tjenester og forvaltningsnivåer koblet med en god forståelse av helheten i tjenesten.

Profesjonsutdanningenes oppbygning og avgrensning ser ut til å være til hinder for utvikling av den etterspurte felleskompetansen som helse- og velferdstjenestene er avhengig av. For å sikre at alle helse- og sosialfaglige kandidater får den nødvendige forståelsen og kunnskapen om helheten i tjenestetilbudet, ønsker man at det etableres et felles innhold i alle de profesjonsfaglige utdanningene. Felles innhold skal både sikre og synliggjøre at alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger utdanner kandidater som innehar et minimum av felles kompetanse, som et grunnlag for gjensidig forståelse, anerkjennelse og tverrprofesjonelt samarbeid, med menneskene som bruker tjenestene i sentrum.

Integrert profesjonskompetanse

I følge Samspillmeldingen (1) er formålet med en felles innholdsdel å sikre at kandidatene har en felles kompetanse som innebærer kunnskaper om helse og velferdstjenestene, om lov, regelverk og viktige samfunnsutfordringer samt generell kompetanse som gode kommunikasjons og samarbeidsevner, evne til å ta i bruk velferdsteknologi og evne til kritisk etisk refleksjon. Hver enkelt yrkesgruppe skal ha kunnskap om hele helse- og velferdssektoren og forstå sin rolle i sammenheng med andre tjenester. De må kjenne til andre yrkesgruppers roller og ansvarsområder og må kunne kommunisere godt med dem. Koblingen av denne felles kompetansen med den profesjonsfaglige kompetansen beskrives i samspillmeldingen som «dobbel identitet»; som et signal om at kandidaten skal se på seg selv ikke bare som en utøver av sin egen profesjon, men også som en helse- og velferdsarbeider som inngår i et større velferdssystem der ulike profesjoner til sammen besitter den nødvendige kompetansen.

I arbeidet med prosjektet har vi diskutert hensiktsmessigheten av begrepet «dobbel identitet». En helhetlig og sammenhengende helse- og velferdstjeneste som har tjenestebrukerens behov i sentrum, forutsetter en profesjonsutøvelse som har et breddeperspektiv med oppmerksomheten rettet mot menneskets totale situasjon og behov. Ensidig fagspesifikk profesjonskompetanse er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å kunne møte, vurdere og behandle mennesker på en profesjonell måte i en situasjon der alle livets aspekter er av betydning. I det lys kan begrepet «dobbel identitet» være misvisende; det speiler hen til noe som er dobbelt, som består av to deler som kan ses uavhengig av hverandre. Felleskompetansen skal være en selvfølgelig og nødvendig del av profesjonskompetansen.

For å synliggjøre at det med krav om felles innhold stilles et bredere kompetansekrav til den profesjonelle fagutøvelsen, foreslår prosjektet at begrepet «dobbel identitet» erstattes med et annet begrep som bedre beskriver den integrerte kompetansen som vil være nødvendig for fremtidens helse- og sosialprofesjonsutøvere. Vi velger å kalle det «integrert profesjonskompetanse».

Felles sluttkompetanse – minste felles multiplum

Felles innhold skal defineres for all høyere utdanning innen helse- og sosialfag i landet; p.t. 19 ulike profesjonsfaglige grunnutdanninger som utdanner kandidater til arbeid innen helse- og velferdstjenestene. Kandidatene utdannes for til dels svært ulike ansvarsområder, men alle har til felles en profesjonsutøvelse som handler om å møte mennesker i sårbare og vanskelige situasjoner. Det forventes at alle kandidatene skal ha en definert felleskompetanse som en integrert del av sin profesjonsutdanning. Felles kompetanseområder som oppfattes som meningsfulle og vesentlig for all helse- og sosialfaglig profesjonsutdanning må nødvendigvis beskrives i form av et «minste felles multiplum» for alle involverte studieprogram. Felles kompetanseområder og læringsutbyttebeskrivelser skal beskrives på forskriftsnivå og læringsutbyttene skal definere kandidatenes forventede felles sluttkompetanse. Mange studieprogram vil finne det formålstjenlig å ha atskillig høyere sluttkompetanse innen disse definerte områdene, og vil i sine fag- og studieplaner legge inn læringsutbyttebeskrivelser på et høyere nivå. For andre utdanningsprogram vil den definerte felles sluttkompetansen - det minste felles multiplum - representere den nødvendige sluttkompetansen på disse tema- eller kompetanseområdene. Prosjektets oppdrag er å definere det forventede nivå av

felleskompetanse i fremtidens helse- og velferdstjeneste – den integrerte profesjonskompetanse som alle skal ha. Det er til dels nye forventninger, så «minste felles multiplum» er ikke kun synliggjøring av hva som i dag er felles for alle, men også forventning om en ny kompetanse som alle skal dele.

Læringsutbyttebeskrivelser – generell kompetanse

Læringsutbyttebeskrivelser beskrives i henhold til Det nasjonale kvalifikasjonsrammeverk (NKR) (2) som er en samlet, systematisk og nivå delt beskrivelse av formelle kvalifikasjoner som kan oppnås innenfor et utdanningssystem. Det grunnleggende elementet i kvalifikasjonsrammeverket er at kvalifikasjonene beskrives gjennom læringsutbytte og ikke gjennom innsatsfaktorer. Det er hva kandidaten kan ved endt utdanning som beskrives, og ikke hva vedkommende har måttet gjøre for å komme dit.

Læringsutbytte defineres som: «*Det en person vet, kan og er i stand til å gjøre som resultat av en læringsprosess. Uttrykkes i form av kunnskaper, ferdighet og generell kompetanse. Nivået på læringsutbyttet er avhengig av kompleksiteten av kunnskapen, ferdigheten og den generelle kompetanse*» (2). I oppdragsbrevet sier KD ingenting om hvor mange studiepoeng som skal benyttes til felles innholdsdel. Dette er i tråd med prinsippene som ligger til grunn for kvalifikasjonsrammeverket at det primært er læringsutbyttet fra den enkelte kvalifikasjon og ikke utdanningslengden man må ta utgangspunkt i.

NKR (2) definerer kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse gjennom tre grunnleggende kompetansekategorier:

Kunnskaper: Kunnskaper er forståelse av teorier, fakta, begreper, prinsipper, prosedyrer innenfor fag, fagområder og/eller yrker.

Ferdigheter: Evne til å anvende kunnskap til å løse problemer og oppgaver. Det er ulike typer ferdigheter – kognitive, praktiske, kreative og kommunikative ferdigheter.

Generell kompetanse: Generell kompetanse er å kunne anvende kunnskap og ferdigheter på selvstendig vis i ulike situasjoner gjennom å vise samarbeidsevne, ansvarlighet, evne til refleksjon og kritisk tenkning i studier og yrke.

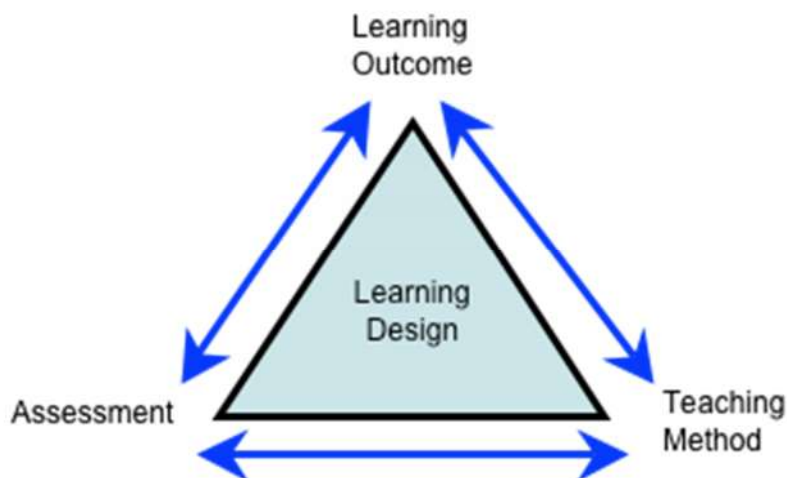
Læringsutbyttebeskrivelser i tråd med definisjonen av *Generell kompetanse* vil følgelig være de mest komplekse: Generell kompetanse bygger på oppnådde kunnskaper og ferdigheter, forutsetter selvstendighet, ansvarlighet og samarbeidsvilje innenfor det definerte området, og angir en forventet *handlingskompetanse*.

Prosjektgruppen har forstått oppdraget slik at det viktigste nå er å få fram et omforent forslag til hvilke kompetanseområder som må med i en felles innholdsdel, og at forslaget til læringsutbyttebeskrivelser da også bør være på nivå med kravene *generell kompetanse* i NKR. Så er det opp til utdanningene og deres samarbeidspartnere i helse- og velferdstjenestene å konkretisere hvilke kunnskaper og ferdigheter som til enhver tid bygger opp til et ønsket nivå av generell kompetanse.

Læringsutbyttebeskrivelser – sammenheng med undervisningsmetoder og vurdering

Kvalifikasjonsrammeverket (NKR) (2) innebærer en dreining fra innhold og undervisning i utdanningsløpene til kandidatenes sluttkompetanse ved endt utdanning, uttrykt som læringsutbyttebeskrivelser. Læringsutbyttebeskrivelsene er det styrende og retningsgivende element, og er det som utgjør utdanningsinstitusjonenes «kontrakt» med studentene. Det gir retning for synliggjøring av en indre sammenheng i utdanningssystemet på en ny måte.

Constructive alignment



John Biggs (1999) What the Student Does: teaching for enhanced learning, Higher Education Research & Development, 18:1, 57-75, DOI: [10.1080/0729436990180105](https://doi.org/10.1080/0729436990180105)

John Biggs (5) bruker begrepet «constructive alignment» for å synliggjøre sammenhengen mellom læringsutbyttebeskrivelser, undervisningsmetoder og evaluering/vurdering. Læringsutbyttebeskrivelsene er grunnlaget; undervisningsmetoder velges for å støtte opp om, og hjelpe studentene å oppnå det definerte læringsutbytte. Vurderingsformene bestemmes ut fra hvilken type kompetanse studentene skal kunne vise ved endt emne eller studieforløp. Eksempelvis vil læringsutbyttebeskrivelser som har begrep som «samhandle med» kun oppnås ved at studentene utsettes for samhandlingssituasjoner hvor samhandling kan øves og læres, og oppnådd kompetanse kan kun evalueres i konkrete samhandlingssituasjoner.

Hvilke kunnskaper og ferdigheter det da er som bygger opp til den forventete handlingskompetansen per kompetanseområde, læringsutbyttebeskrivelsene, er en faglig og pedagogisk utfordring det ligger til UH-institusjonene selv å bestemme, i samarbeid med de helse- og velferdstjenestene som etterspør sluttkompetansen. Hvordan hver type av profesjonsutdanning eventuelt vil bygge videre på denne felles grunnkompetansen, er også tema for det forventete samspillet mellom utdanningene og tjenestene.

Sentrale begreper

I denne rapporten benyttes *helse- og velferdstjenestene* som en samlebetegnelse for arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), barnevernet og helse- og omsorgstjenestene på alle nivåer, inklusiv statlige, fylkeskommunale, kommunale og private tjenesteytere og tilbud. *Helse- og sosialfaglig utdanning* benyttes som en samlebetegnelse for de 19 studieprogrammene som omfattes av «Felles innhold».

I prosessen i prosjekt- og ressursgruppa ble man enig om at begrepene *pasient* og *bruker* ikke harmonerte godt med det implisitte mål om at menneskene som mottar tjenestene skal være

medbestemmende og aktive aktører i sin egen prosess. Begrepene er byttet ut med mer allmenngyldige begrep som *menneske*, *person* eller *den det gjelder*. Begrepet *medvirkning* er av samme grunn erstattet med *medbestemmelse*.

4. Kompetanseområder og læringsutbyttebeskrivelser med begrunnelser

I arbeidet med å definere felles kompetanseområder har prosjektgruppa lagt til grunn føringene om forventet felles kompetanse på tvers av alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger, slik dette fremkommer i Samspillsmeldingen (1). De fag- og utdanningspolitiske føringene i Samspillsmeldingen bygger i stor grad på hva som over årene er beskrevet av utfordringer og kompetansebehov i helse- og velferdstjenestene, knyttet til reformer beskrevet i diverse helse- og sosialpolitiske dokumenter. Disse dokumentene er, i sin tur, basert på en bredt tilfang av samfunnsvitenskaplig, helsefaglig og velferdsfaglig forskning, kombinert med annen systematisk kunnskapsinnhenting. De viktigste NOU-er, stortingsmeldinger, lover og forskrifter er lagt inn i referanselisten i denne rapporten, og referanser til bakenforliggende kilder vil man finne i de relevante dokumentene (1, 6-15).

Gitt den korte tidsrammen for dette prosjektet, tok man utgangspunkt i det som ligger bak utformingen av mandatet fra KD: Det er en tverrpolitisk og tverrsektoriell forventning til at alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger må sørge for at kandidatene har en mer felles kompetanseplattform knyttet til behovet for tverrfaglig, og ofte tjeneste- og sektorovergripende, samarbeid om helhet og sammenheng i alle velferdsstatens tilbud til mennesker om søker bistand til mestring av eget liv i smått eller stort.

Prosjekt- og ressurspersongruppen var også sammensatt slik at realitetene og praksisen bak disse føringene og forventningene, både i sentrale tjenestekområder og i profesjonsutdanningene, skulle prege diskusjonene i prosjektet.

Integrert profesjonskompetanse i morgendagens helse- og velferdstjeneste

Studenter som utdannes til morgendagens helse- og velferdstjeneste må være forberedt på å møte andre utfordringer og nye forventninger til profesjonsutøvelsen enn de som stilles i dag. Målet om «pasientens helsetjeneste» kan i denne sammenheng tolkes videre til et mål om en velferdstjeneste med mennesket i sentrum. Utfordringene i helse- og velferdstjenestene er beskrevet i flere sentrale utredninger og meldinger de siste årene, og det er stor politisk og faglig enighet om forståelsen av utfordringene. Noen av svarene mener man ligger i nødvendig nytenkning og innovasjon i utforming av helse- og velferdstjenestene og til det kreves ny og utvidet kompetanse i alle ledd i alle tjenester. Det utfordrer til nytenkning og nyorientering i utdanningsinstitusjonene. Den forventede integrerte profesjonskompetanse betyr at morgendagens profesjonsutøvere skal kunne møte, og svare på, nye behov og forventninger, og bidra i videreutvikling av sammenhengende og samarbeidende tjenester. De må se identiteten som helse- og velferdsarbeider som en integrert og selvfølgelig del av profesjonsidentiteten. For de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene handler det blant annet om å legge mer vekt på systemkunnskap og samhandlingskompetanse med et forebyggende folkehelse- og arbeidsinkluderingsperspektiv og fokus på den enkeltes muligheter og ressurser.

Ni kompetanseområder inn i arbeidet med en felles innholdsdel

Ved utforming av forslag til felles kompetanseområder er det noen forhold som gir seg selv som grunnleggende temaer i alle helse- og velferdsutdanninger. Uten å ha studert fag- eller studieplanene, kan vi ta for gitt at alle utdanningene pr i dag har kompetansemål knyttet til det å møte mennesker på en god måte i profesjonsutøvelsen, utformet i begreper som etikk, kommunikasjon eller relasjonskompetanse. Og i tråd med krav til gradsutdanninger under UH-loven har alle utdanninger krav om innføring i vitenskapsteori og vitenskapelig metode, som vesentlige elementer i opptrening til mestring av kunnskapsbasert praksis. Øvrige kompetanseområder kan nok variere mer i omfang fra utdanning til utdanning. Noen har mer, andre mindre. Noen av de kompetanseområdene som prosjektet foreslår inn i en felles innholdsdel, vil representere ny tematikk for noen utdanninger, og det kan gi nye føringer for utvikling av både utdanning og profesjonsutøvelse.

Her under gis det 1) en generell beskrivelse av de foreslåtte felles kompetanseområdene, 2) beskrivelse av hvilken kompetanse som forventes som felles for alle kandidatene innen dette området, 3) kompetansen gjengitt i form av læringsutbyttebeskrivelser. Kompetanseområdene er valgt med utgangspunkt i sentrale førende dokumenter og i tett dialog mellom prosjektgruppa og ressursgruppa, som til sammen representerer et bredt spekter av kompetanse i både helse- og velferdssystemet og i helse- og sosialfaglig utdanning. Arbeidsformen i prosjekt- og ressursgruppa har vært ulike former for kafedialog der alle deltakere har vært aktive og har systematisk kommentert hverandres bidrag og kommentarer. Innspillene fra gruppearbeidene er blitt bearbeidet og videreutviklet mellom møtene, og sendt til bakte til gruppene for validering. Forslaget som her legges frem bygger på en bred enighet.

Følgende ni kompetanseområder anbefales å inngå i en felles helse- og sosialfaglig kompetanseplattform:

1. Etisk og verdiforankret praksis
2. Relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse
3. Kulturkompetanse
4. Helse- og sosialpolitisk innsikt og systemforståelse
5. Folkehelsearbeid og arbeidsinkludering
6. Tverrprofesjonell samhandlingskompetanse
7. Kompetanse om sosiale og atferdsmessige risikofaktorer
8. Profesjonell handlingskompetanse og kunnskapsbasert praksis
9. Innovasjons- og endringskompetanse

K 1. Etisk og verdiforankret praksis

Samspillmeldingen etterlyser styrking av tverrprofesjonelt samarbeid, herunder utvikling av mellommenneskelig kompetanse og evne til etisk refleksjon og profesjonell skjønnsutøvelse. Kravet om etisk og verdiforankret praksis er en grunnleggende forutsetning i all helse- og velferdsmessig profesjonsutøvelse. Det handler om å ivareta hensynet til mennesker i ofte sårbare situasjoner og realisere grunnleggende etiske verdier som omsorg, trygghet og rettferdighet; respekt for livets ukrenkelighet, respekt for menneskets egenverdi, solidaritet med svakstilte, og barns rettigheter. Alle brukere av helse- og sosialtjenestene skal være sikret å bli møtt med likeverd og respekt, omsorg og empati, og med forventning om delaktighet i egen tiltaksprosess. Medbestemmelse skal stå sentralt. Dannelsesbegrepet er grunnleggende for en verdiforankret praksis, og etisk dannelse er viktig for kandidatens identitet som yrkesutøver. Dannelse innebærer blant annet at kandidatene har en forståelse av de etiske dimensjonene ved det de sier og gjør i utøvelse av tjenesten, og de må kunne drøfte og avveie krav og vurderinger i møte med moralske stridspunkter (16)

Forventet felles kompetanse

Helse- og sosialfaglige kandidater må kunne vise åpenhet, ydmykhet og respekt overfor mennesker de møter i sin tjenesteutøvelse, og de må ha et bevisst forhold til egne verdier og holdninger. Arbeid med mennesker i helse- og sosialtjenesten vil nødvendigvis måtte innebære vanskelige valg og avveininger og det forventes at kandidatene har evne til å håndtere disse slik at den som skal hjelpes får ha medbestemmelse, kan være medskaper og ta ansvar for eget liv. De må ha evne til å samarbeide og samhandle med andre og kunne kritisk reflektere over egen profesjons verdier i møte med andre.

LUB – Generell kompetanse

Kandidaten kan

- handle empatisk og respektfullt og med likeverd som fremmer autonomi og medbestemmelse
- identifisere, reflektere over og håndtere etiske dilemmaer i tjenesteutøvelsen

K 2. Relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse

Samspillmeldingen (1) påpeker behovet for både utvikling av kommunikasjons- og samarbeidskompetanse på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer, og oppøving av veiledningskompetanse der veilederrollen utvikles som en del av det å utøve eget fag og egen rolle. Relasjonen som skapes mellom tjenesteutøver og mennesker som søker tjenestetilbudet er av vesentlig betydning for menneskenes opplevelse av kvalitet i helse- og velferdstjenesten og for deres faktiske helsemessige opplevelse. Å kunne gi informasjon, kommunisere og veilede på en måte som gjør at de det gjelder kan få den informasjonen de har krav på, og som medvirker til at de opplever trygghet, verdighet og forutsigbarhet, krever profesjonell

kompetanse. De som møter barn og unge må ha et særskilt fokus på hva som skaper trygge og forutsigbare rammer for kommunikasjon og samhandling.

Rettighetene den enkelte har i møtet med helse- og velferdstjenestene er nedfelt i Pasientsikkerhetsmeldingen og pasient- og brukerrettighetsloven (8, 17). Medbestemmelse, kommunikasjon og samhandling er forutsetninger for å ivareta kvalitet og sikkerhet i tjenesten og for å hindre pasientskader. Den enkeltes rett til medbestemmelse ved planlegging av helse- og omsorgstjenester er lovfestet og barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det.

Helse- og velferdssystemets møte med mennesker som søker hjelp kan ses på som en veiledningsprosess der personellet veileder den enkelte i en helbredelsesprosess, livsstilsendring eller måter å løse en vanskelig livssituasjon med utgangspunkt i den veiledetes eget utgangspunkt og ståsted.

Forventet felles kompetanse

Kandidatene må kunne inngå i en samarbeidsrelasjon med mennesker de møter i tjenesteutøvelsen, både med barn og voksne og de må bidra til å skape en relasjon som er anerkjennende, styrkende og trygg. Helse- og velferdsfaglig arbeid kan innebære å måtte takle vanskelige situasjoner som mellommenneskelige konflikter og mennesker i krise. Det forutsettes at kandidatene kan gå inn i slike situasjoner med en grunnleggende kompetanse i konflikt- og krisehåndtering. I møter med barn og unge er det spesielt viktig å kunne skape trygge og forutsigbare rammer for kommunikasjon og samhandling. Kandidatene må kunne veilede mennesker og de pårørende i endrings- og mestringsprosesser knyttet til egen helse og livssituasjon, og veilede studenter i faglige spørsmål.

LUB - Generell kompetanse

Kandidaten kan

- kommunisere anerkjennende og styrkende og håndtere konfliktsituasjoner
- veilede mennesker i lærings-, endrings- og mestringsprosesser

K 3. Kulturkompetanse

Migrasjonshelse er ett av de kompetanseområder som etterspørres i Samspillmeldingen (1). Dagens norske samfunn er i økende grad et mangfoldig samfunn som består mer og mer av mennesker med forskjellig kulturell bakgrunn. Det er mennesker som kan ha verdier og normer som virker fremmede og som ikke alltid samsvarer med de som ligger til grunn for norske oppfatninger av hva som er god omsorg og helse. Alle mennesker, også de med ulik kulturell bakgrunn, skal møtes med anerkjennelse og respekt. Det forutsetter først og fremst en bevissthet om kultur som et allmenngyldig begrep, som ikke bare handler om personer med innvandrerbakgrunn, urfolk eller nasjonale minoriteter. Erfaringsmessig kan det å vende fokuset mot seg selv være den største utfordringen. Kultur – det man tilegner seg gjennom å vokse opp i Norge eller det som erverves gjennom utdanningsløpene – er hardprogrammerte ideer som det kan være en utfordring å reflektere over.

God helse for innvandrere som for alle andre, handler om å skape et samfunn der alle deltar på lik linje. Det gjelder både oppvekstmiljø, bo- og arbeidsmiljø og krever at tjenestene arbeider integrert med felles mål om samarbeid, inkludering og involvering og samtidig stå fast ved, og forholde seg til norsk velferdslovgivning. En del av kulturforståelsen er å se menneskenes situasjon i lys av begreper om makt - avmakt, majoritet – minoritet, og forståelse av hva det vil si å bli utsatt for diskriminering eller rasisme. God kommunikasjon er en forutsetning for trygge tjenester, og tolk bør brukes der det er nødvendig og hensiktsmessig. Tolketjenester kan være tveegget når personen det gjelder ikke forstår tolkens fortolkninger. Taushetsplikt og tillit kan også utfordres ved tolketjenester i små språkmiljø. Men det viktigste er uansett at den som søker hjelp, må kunne forstå og bli forstått.

Samene har en særstilling som et urfolk i Norge. Samiske brukere skal få tilpassede helse- og velferdstjenester. Målet er likeverdighet i tilbud og resultat der kunnskap om samiske forhold, samisk kultur og samisk språk er forutsetning (1).

Forventet felleskompetanse

Kandidatene må ha en grunnleggende forståelse av begrepet kultur; forståelse av at de selv representerer en kultur, og de må ha sensitivitet og forståelse i møtet med mennesker som representerer andre kulturer. Det gjelder både ulikheter innad i den norske kulturen, i forholdet til innvandrere og til den samiske urbefolkningen. De må tilrettelegge for god kommunikasjon, herunder kunne vurdere nytten av tolketjenester og anvende dem ved behov og når personen ønsker det. De må vise interesse for -, og innhente kunnskap om, særskilte utfordringer hos ulike mennesker de møter i tjenesten, både når det gjelder livsvilkår, ulik kulturbasert symptom- og problemforståelse og ulik sykdomsforekomst.

LUB Generell kompetanse

Kandidaten kan

- reflektere over likheter og forskjeller mellom egne og andres kulturuttrykk
- møte med åpenhet, interesse og kompetanse særskilte utfordringer hos mennesker av ulik kulturell tilhørighet.
- anvende tolketjenester ved behov, ut fra en kritisk vurdering

K 4. Helse- og sosialpolitisk innsikt og systemforståelse

Samspillmeldingen (1) etterlyser en styrking av den generelle kunnskapen om helse- og velferdssystemet og en helhetlig forståelse av rammene for tjenesteutøvelsen hos helse- og sosialfaglige kandidater. Dette innbefatter at kandidatene skal ha en bred kunnskap om både helse- og velferdstjenestenes oppbygging og funksjon og forståelse av sentrale perspektiver i utvikling av velferdstjenestene, slik som folkehelseperspektivet, fokus på barns utvikling og oppvekst, vektlegging av arbeidslivsinkludering og likestilling/likebehandling. System- og organisasjonskunnskap, kunnskaper om lov- og regelverk og juridisk grunnkompetanse må være en integrert del av kandidatenes profesjonsidentitet, rolleforståelse og evne til oppgaveløsning. Samhandling innad mellom de kommunale tjenestene og mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten, og sikring av helhetlige og koordinerte

samarbeidsforløp, avhenger at profesjonsutøverne kan håndtere, handle og samhandle innenfor dette systemet. Denne kunnskapen er også avgjørende for hvordan det kan legges til rette for å sikre at alle mottar likeverdige helse- og velferdstjenester.

Forventet felles kompetanse

Kandidater forventes å ha innsikt i helse- og sosialpolitiske satsingsområder, virkemidler og kunnskap om forvaltningsnivåene. De må se sin plass i organisasjonen, - som en del av en helhet og som et ledd i en sammenhengende prosess, og de må se de muligheter og utfordringer mennesker møter i velferdssystemet. Kandidatene må kunne anvende systemforståelsen, lov- og regelverk, som en integrert del av sin tjenesteutøvelse.

LUB- Generell kompetanse

Kandidaten

- har kunnskap om, og forholder seg til, helse- og sosialpolitiske faglige føringer.
- kan anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, organisasjonsstruktur, lov og regelverk og beslutningsprosesser i sin tjenesteutøvelse

K 5. Folkehelsearbeid og arbeidsinkludering

Folkehelsearbeid og arbeidsinkludering er to fagområder som hver for seg gir store individuelle og samfunnsmessige gevinster, og som gjensidig påvirker hverandre. Det er en sterk sammenheng mellom helse, utdanningsnivå, arbeid og levekår, og en befolkning med generelt god helse vil også være en befolkning med en høy andel i arbeid og aktivitet.

Folkehelsearbeidet skal være lokalt forankret på ulike arenaer og kan inneholde tiltak knyttet til livsstil, oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk. Godt folkehelsearbeid må også handle om å utjevne sosiale ulikheter i helse, samt å motvirke ekskluderingsmekanismer og marginaliseringsprosesser som kan oppstå tidlig i livet. Arbeidet er forankret i to viktige prinsipper; befolkningsrettede strategier i kombinasjon med høyrisikostراتيجier og innsats rettet mot grunnleggende årsaker til helseforskjellene (10).

Arbeidsinkludering omfatter all profesjonell oppfølging og samordnet bistand for at utsatte på arbeidsmarkedet skal inkluderes i ordinært arbeid. Arbeidsinkludering har meget stor samfunnsøkonomisk betydning og er vesentlig for den enkeltes liv i form av tilhørighet, mestring, anerkjennelse og økonomisk selvstendighet. Arbeid er den viktigste enkeltfaktoren som motvirker fattigdom og sosiale forskjeller, og generelt viktig for folkehelsen. Samtidig viser stadig flere studier at arbeid i de fleste tilfeller er helsefremmende: arbeidsledighet øker risikoen for fysiske og psykiske helseproblemer, og det å ha eller få arbeid virker positivt på helsen generelt, og den psykiske helsen spesielt (18, 19). Det å utnytte det ordinære arbeidslivet som både et mål og et middel for oppfølgingsarbeidet, vil være sentralt i rehabiliteringen av mennesker i yrkesaktiv alder. Det viktig at NAV og helsetjenestene, sammen med arbeidsgivere, spiller på lag og utnytter gevinstene som ligger i arbeid og

jobbnærvær for både helse og velferd for viktige målgrupper innenfor psykisk helse, nedsatt funksjonsevne, sammensatte problemer og marginaliserte.

Forventet felles kompetanse:

Kandidatene må se sin egen kompetanse, ansvar og rolle i å støtte opp om arbeidet med folkehelse og arbeidsinkludering, herunder se betydningen av gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygging av sykdom og skader, utvikling av et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, og styrking av fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse. Enhver kandidat har et ansvar for å anvende sin kunnskap og særskilte kompetanse til helseopplysning innenfor sitt fagfelt, i møte med enkeltindivider eller grupper. De må se menneskers situasjon i et helhetlig perspektiv der helse, sosio-økonomisk situasjon og arbeid er gjensidig avhengige forhold.

LUB - Generell kompetanse

Kandidaten kan

- anvende kunnskap om forebyggende, helsefremmende og arbeidsinkluderende tiltak i sin profesjonsutøvelse
- bidra til folkehelse gjennom formidling

K 6. Tverrprofesjonell samhandlingskompetanse

Kompleksiteten og bredden i oppgavene som skal løses i helse- og velferdstjenesten øker; det er stadig flere som har behov for hjelp fra mer enn en profesjon. Utviklingen stiller krav til økt samhandling innad og mellom nivåer i tjenestene, og tverrprofesjonell samhandlingskompetanse er en grunnleggende forutsetning for å få til helhetlige og koordinerte tiltaksforløp. Akuttsituasjoner krever effektivt samarbeid der alle parter kjenner hverandres ansvar og kompetanseområde. Den typen effektivt samarbeid ved akutte hendelser kommer ikke av seg selv; det må trenes og øves i studiesituasjonen.

Samhandling forutsetter fellesansvar for utvikling av mål, framdriftsplan og oppgavefordeling og samspill mellom involverte parter i konkrete situasjoner. Samhandlingskompetanse dreier seg ikke kun om evne og vilje til samhandling mellom tjenesteytere, men vel så mye om å kunne samarbeide med de menneskene det gjelder med utgangspunkt i deres egne ønsker, mål og behov. Medbestemmelse er et sentralt begrep. Vi stiller ikke lenger spørsmålet «Hva er i veien med deg?», men «Hva er viktig for deg?».

Teamarbeid, der man jobber sammen i felles prosess mot felles mål, er en arbeidsform som vil få økt fokus. I det tverrprofesjonelle teamet integreres personens egen innsikt, forståelse og preferanser med kunnskap fra de ulike profesjonenes kompetanse- og ansvarsområder. Effektivt tverrprofesjonelt samarbeid krever både relasjonell kompetanse, kjennskap til ulike yrkesgruppers kompetanseområder og kunnskap om helse- og velferdssystemet.

Samarbeid i helse- og velferdstjenestene er blant annet formalisert gjennom den enkeltes rett til individuell plan ved behov for langvarige og koordinerte tjenester. Ikke minst er dette viktig når det er nødvendig med samspill mellom helse- og omsorgstjenestene, arbeids- og velferdstjenestene og oppvekst- og utdanningssektoren. Utsatte barn og unge har behov for

tjenester fra flere instanser, noe som også stiller krav til samordning av tjenestetilbudet. Robust samhandlingskultur og kompetanseheving blant både ledere og ansatte i de kommunale tjenestene ser ut til å være et suksesskriterium for god samhandling i tilbudet til utsatte barn (20).

Forventet felleskompetanse

Kandidatene forventes å ha kunnskap om hverandres kompetanse- og ansvarsområder. De må kunne vise samhandlingsvilje og -evne i tverrprofesjonelle team for å skape merverdi for mennesket det gjelder i form av helhetlige og koordinerte tiltaksforløp. Samtykkebasert individuell plan er et koordineringsverktøy for tverrprofesjonell samhandling som kandidatene skal kunne påta seg ansvaret for å kunne lede og koordinere.

LUB - Generell kompetanse

Kandidaten kan

- samhandle tverrprofesjonelt, tverretatlig og tverrsektorielt, og med menneskene det gjelder, mot felles mål
- koordinere tverrprofesjonelle team

K 7. Kompetanse om sosiale og atferdsmessige risikofaktorer

Kompetanse i å arbeide med personer med sammensatte behov er et område som ifølge Samspillmeldingen ikke har hatt tilstrekkelig fokus i de helse- og sosialfaglige studieprogram, men som nå skal få større oppmerksomhet. Det etterlyses kompetanse i arbeid med barn og unges oppvekst; kunnskap om vold, overgrep og omsorgssvikt; psykisk helse og rus; habilitering og rehabilitering. Årsaker og konsekvenser er sammensatte og det kreves samordnet innsats og oppmerksomhet fra hele helse- og velferdssystemet i både det forebyggende arbeidet og gjennom helse- og velferdsmessige behandlings- og tiltakskjeder fram mot egenmestring og uavhengighet av hjelpesystemene

Omsorgssvikt/vanskjøtsel av barn er en situasjon som kan få langsiktige og alvorlige konsekvenser for barnet. Det gjelder fare for svekkelse av barnets helse og utvikling; skolefravall, senere problemer på arbeidsmarkedet, rus og psykiske lidelser, økonomiske og sosiale problemer (21).

Vold, og særskilt vold i nære relasjoner, rammer en vesentlig del av befolkningen. En nyere norsk omfangsundersøkelse viser at mange rammes tidlig i barnealder og at de som er utsatt i barndommen også er mer utsatt for vold og overgrep som voksne (22). Alvorlig vold og grove seksuelle overgrep henger sammen med psykiske helseproblemer. Helse- og sosialpersonell må være oppmerksom på at vold og overgrep ofte holdes skjult. Få utsatte oppsøker helsetjenester, få anmelder forholdene og en del forteller aldri til noen hva de har vært utsatt for (23). Voldsutsatte omfatter også de som har vært utsatt for tortur, krigserfaring, flukterfaring, kjønnslemlestelse og tvangsekteskap. Helse- og velferdstjenestene må ha personell som er i stand til å avdekke vold og møte den voldsutsatte med forståelse og innsikt; en kunnskap og kompetanse som skal ha fokus i de helse- og sosialfaglige utdanningene (11).

Rus og rusmiddelavhengighet

Årsakene til at noen får ruslidelse er sammensatte, og det er i dag aksept for at rusmiddelavhengighet er en kronisk, tilbakevendende lidelse (24). Trygge oppvekstvilkår, barnehage og skole, bolig og arbeid er viktig for forebygging og helse. Innsatsen mot rusproblemer handler i stor grad om å skape et inkluderende samfunn, om et solidarisk arbeidsliv som tilrettelegger og hvor det er mulig å delta på tross av sykdom eller funksjonstap, samt om å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Mennesker med rusproblemer skal møtes med likeverd og respekt, og hjelp skal tilbys uten at det stilles krav om rusfrihet. Ved behandling av ruslidelser vil det imidlertid ofte være tilrådelig med rusfrihet som målsetning.

De som har behov for mye hjelp, vil ofte trenge sammensatte tjenester, også for somatisk og psykisk sykdom. I rusmiddelpolitikk skal det legges vekt på forebygging og tidlig innsats, samhandling, kompetanseheving og kvalitet i tjenesten. Videre vektlegges hjelp til personer med alvorlig ruslidelse og innsats for pårørende. Det er viktig å ha et spesielt fokus på barn som pårørende til rusmiddelavhengige/rusmisbrukere. Helse- og sosialpersonell skal ha kunnskap om sammenhengen mellom rusmiddelbruk og psykisk helse, såkalte rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser).

Psykiske lidelser

Psykiske helseproblemer er en av de største folkehelseutfordringene vi har i dag. Nesten en fjerdedel av den voksne befolkningen har en psykisk lidelse, og mellom en tredjedel og halvparten rammes en eller flere ganger i løpet av livet. Psykisk uhelse og rusproblemer er viktige årsaker til en stor andel av sykefravær og uførepensjoner. Det er behov for forebygging, og da må blikket rettes utover helsetjenesten, på tvers av samfunnssektorer mot levekår, barnehager, skole- og læringsmiljø, arbeid og arbeidsmiljø, forhold i nærmiljøet og deltakelse i sosialt fellesskap som gir opplevelse av tilhørighet og mestring. For mange med psykiske helseutfordringer, er tilknytningen til arbeidslivet en viktig faktor i bedringsprosessen og en beskyttende faktor for sykdomsutvikling. Helsetjenestene må i større grad se arbeid og aktivitet både som et ledd i, og et mål for behandlingen. Et styrket samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og Nav vil derfor være tjenlig både for den enkelte bruker og for samfunnet som helhet. Det er flere samarbeidsutfordringer knyttet til psykisk helse. Oppfølgingen av somatisk sykdom hos mennesker med psykiske lidelser er for dårlig. Samme gjelder samarbeidet og samhandlingen mellom kommunale rus-, psykisk helse- og omsorgstjenester. Siloorganiseringen av kommunale helse- og omsorgstjenester ser ut til å komme i veien for at denne sårbare pasientgruppen får nødvendig koordinerte helse- og omsorgstjenester.

Nyankomne flyktninger, asylsøkere og innvandrere

Personer med kort botid i Norge vil ofte være i en sårbar situasjon. Det er flere årsaker til dette, blant de viktigste er svake språkferdigheter i norsk og lite kjennskap til hvilke offentlige tjenester som finnes og hvordan en får tilgang til hjelp fra disse. Dette gjør det vanskelig å orientere seg i systemet, finne riktig inngangsport og beskrive sin livssituasjon på en måte som utløser den hjelpen en har behov for. Videre vil enkelte i denne gruppen være i en særskilt sårbar situasjon, grunnet dårlig økonomi, manglende sosialt nettverk og traumeerfaringer fra krig, flukt, eller tortur. Personell i helse og omsorgstjenestene må ha

grunnleggende kunnskaper om hvilke utfordringer som kan oppstå for personer som flytter til Norge og hvordan disse utfordringene samvirker og ofte forsterker hverandre.

De gruppene som her er nevnt har alle behov for samordnede og samarbeidende tjenester. Det er viktig at hjelpepersonellet har kunnskap om andre tjenesters tilbud og hvordan man henviser dit (henvisningskompetanse) og at de har kunnskap om rutiner og regler for samarbeid, inkludert regler om opplysningsplikt og taushetsplikt.

Forventet felleskompetanse

Alle som arbeider innen helse- og velferdstjenestene vil møte mennesker, barn, ungdom, voksne, eldre, som har opplevd traumer, store eller små. Det kan være skjulte traumer som ikke trenger å være årsaken til at en person henvender seg til helse- eller sosialtjenesten. Alle helse- og sosialfaglige kandidater må derfor kunne gjenkjenne tegn på bakenforliggende traumer, overgrep, vold, ruslidelse eller psykiske problemer, selv om det ikke ligger til egen profesjon eller jobbeskrivelse å ta tak i slik problematikk. De må ha tilstrekkelig kunnskap om helse- og velferdstjenestene til å kunne respondere i slike tilfeller, også ut over den lovpålagte henvisnings- og opplysningsplikten. Barn og unge er spesielt sårbare grupper og kandidatene forventes å kunne møte og bistå barn og unge som er utsatt for vold, overgrep eller andre traumatiske erfaringer, herunder krigs- og flukterfaringer.

Mer generelt skal kandidatene kunne vurdere sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvide mennesker videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom den enkeltes behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

LUB - Generell kompetanse

Kandidaten

- kan fange opp tegn på omsorgssvikt, vold, overgrep, rusmisbruk og andre utslag av fysiske, psykiske, sosiale og sosioøkonomiske problemer
- kan snakke med risikoutsatte personer om problemene og henvide videre ved behov
- bistå barn og ungdom som pårørende

K 8. Profesjonell handlingskompetanse og kunnskapsbasert praksis

Helse- og velferdstjenestene skal være kunnskapsbasert, det vil si at man skal basere faglige avgjørelser på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og det berørte menneskets ønsker og behov i den gitte situasjonen. Anvendelse av oppdatert forskningsbasert kunnskap i fagutøvelsen er en av forutsetningene for å kunne levere helse- og velferdstjenester av høy kvalitet. Følgelig er det forventet at profesjonsutdanningene har som mål at kandidatene forstår hva kunnskap er, at de har individuelle ferdigheter i å etterspørre, kritisk vurdere og formidle forskningsbasert kunnskap, og at de kan anvende og håndtere kunnskap på en systematisk og dokumenterbar måte. Helse- og sosialpersonell skal dokumentere sin faglige virksomhet i samsvar med regler for journalføring.

Kompetanseområdet har også en samfunnsmessig systemdimensjon i anvendelsen i det samlede helse- og velferdssystemet. Der ligger et medansvar for kontinuerlig og kritisk vurdering av hvordan oppgavene løses, og hvor det er et forbedringspotensial.

Særlig framme nå er behovet for at man legger større vekt på å gi kandidatene en grunnleggende kompetanse i hvordan gå inn i og mestre bruken av ny teknologi på arbeidsplassen, enten det gjelder IKT eller velferdsteknologi i bredeste forstand. Dette er i tråd med Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten "Enhver student i sosial- og helsefaglige utdanninger skal utdannes til å utøve brukerorienterte tjenester som medlem av et tverrfaglig team med vekt på kunnskapsbasert praksis, kvalitetsforbedring og informasjonsteknologi" (25).

Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet (8) er et eksempel på et politisk og faglig satsingsområde der samspillet mellom profesjonell handlingskompetanse og medansvaret for kvalitetsforbedringsarbeid er tydelig: Meldingen peker på noen gjennomgående utfordringer for kvalitet og sikkerhet i tjenesten. Disse er særlig knyttet til medbestemmelse, kommunikasjon, samhandling og pasientskader. I pasientsikkerhetskampanjen er det tre utvalgte områder som særlig har lagt føringer for det nasjonale programmet: Å styrke kompetansen i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet for ledere og personell, at pasientene skal spille en større rolle i pasientsikkerhetsarbeidet, og at kommuneperspektivet skal videreutvikles. Strategien er primært rettet mot helse- og omsorgstjenestene og pasienter som målgruppe, men det samme må gjelde for alle deler av helse- og velferdssystemet der mennesker søker bistand til mestring av eget liv.

Forventet felleskompetanse

Kunnskapsbasert praksis innebærer at kandidaten evner å basere egen, teambasert og tverrfaglig fagutøvelse på pålitelig og anvendbar forskning, kombinert med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. En forutsetning for at mennesker får en sikker og trygg behandling er at kandidatene har individuelle ferdigheter i å etterspørre, kritisk vurdere og formidle forskningsbasert kunnskap, og at de kan anvende og håndtere kunnskap på en systematisk og dokumenterbar måte og i samspill med relevante andre.

LUB - Generell kompetanse

Kandidaten kan

- nærme seg ny kunnskap på en vitenskapelig informert og metodisk måte
- reflektere over egen fag- og yrkesutøvelse og over samspillet med, for og rundt den som søker bistand
- arbeide kunnskapsbasert, og dokumentere og formidle sin faglige virksomhet

K9. Innovasjons- og endringskompetanse

Innovasjon, entreprenørskap og endringskompetanse er viktige stikkord i debatten om hva som skal til for å løse de mange utfordringene morgendagens helse- og velferdstjenester står overfor. Det vil ikke være mulig å løse morgendagens velferdsoppgaver med dagens personellbruk eller teknologibruk. Det vil bli færre til å løse oppgavene, så det må jobbes smartere. Derfor er det viktig at helse- og sosialfagutdanningene legger mer vekt på å gi

kandidatene en grunnleggende forståelse av og evne til å arbeide både faglig og tverrfaglig med innovasjon og endring når de kommer ut i arbeidslivet.

Behovet for dette ser man særlig i kommunesektoren som har en sentral rolle i folkehelsearbeidet, i tillegg til ansvaret for drift og utvikling av stadig flere og større oppgaver lagt til kommunens helse- og velferdstjenester (jfr Samhandlingsreformen).

Helse- og sosialtjenesten i kommunen skal dekke hele livsløpet fra barn og unge til voksne og eldre. Strukturendringer etter Samhandlingsreformen medfører at pasienter som utskrives til kommunene har mer alvorlige og mer behandlingsskrevende og komplekse sykdomstilstander enn før. Den kommunale helsetjeneste øker i omfang og kompleksitet, mens tilgangen på personell ikke svarer på behovet og utviklingstrender viser at gapet vil øke fremover (11).

Fornyning og innovasjon er satt på dagsorden i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten (1, 26-28), 'Et godt innovasjonssystem for kommunene vil være en god investering som bidrar til at kommunen kan løse sine oppgaver med mindre ressursinnsats' (27).

Nye tekniske og organisatoriske løsninger vil samtidig kunne bidra til bedre og enklere samhandling, redusert arbeidsbelastning og bedre utnyttelse både av arbeidskapasiteten i helse- og velferdssektoren og av kostbart medisinsk utstyr. Et utvidet samarbeid med næringslivet og forskningsmiljøer vil være sentrale elementer i kommunalt innovasjonsarbeid (27). Velferdsteknologi som nettbaserte tjenester, mobile helsetjenester og smarthusløsninger vil på sikt inngå som en integrert del av helse- og velferdstilbudet. Det kan ikke erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men kan gi mennesker muligheter til selvstendighet, trygghet og støtte for brukere, pårørende og ansatte (28). De beste innovasjoner får vi når et mangfold av mennesker med ulike bakgrunn og posisjon møtes, utveksler synspunkter og deler erfaringer. Kollektiv innsats for fornyelse og forbedringer hever kvaliteten på innovasjonsarbeidet fordi det ivaretar mange perspektiver samtidig. Kvalitetssikringssystemer er også deler av en innovativ tenkning, med et våkent blikk mot mulige forbedringer for å bedre pasient/brukersikkerhet.

Forventet felleskompetanse

Kandidatene må kunne forstå og reagere på behovet for nye løsninger på gamle og nye problemstillinger både på systemnivå og i løsningen av avgrensede oppgaver. Innovasjons- og endringskompetanse handler om å kunne se, analysere, systematisere og tenke nytt rundt måten ting gjøres på, og om hva man bør forske mer på. Det handler også om kandidatenes tillit til kunnskapssystemene og mot til å utfordre eksisterende strukturer og kulturer på en måte som stimulerer til nødvendig endring.

LUB- Generell kompetanse

Kandidaten kan

- identifisere og dokumentere kvalitetsutfordringer på system- og/eller oppgavenivå som krever nytenkning og nye løsninger
- initiere og delta i systematiske, kvalitetsforbedrende arbeidsprosesser, herunder utvikling og bruk av egnet teknologi på individ- og systemnivå

6. Tverrprofesjonell samarbeidslæring og felles innhold

Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) er en sentral del av oppdraget *Felles innhold*, presisert i oppdragsdokumentet fra KD: «Målet med oppdraget er å foreslå hva som skal være felles innhold og hvordan tverrprofesjonell samarbeidslæring kan integreres i helse- og sosialfagutdanningene slik at forventningene fra helse- og velferdstjenestene til kandidatens sluttkompetanse kan imøtekommes».

Samspillmeldingen (1) lanserte begrepet «tverrprofesjonell samarbeidslæring» (TPS) som «en læringsform der studenter fra ulike profesjonsutdanninger lærer sammen og får innsikt i andres kompetanse og dermed også bedre forståelse av sin egen.». En ofte brukt definisjon i både internasjonal og norsk litteratur er at TPS (IPE Interprofessional Education) er det som skjer når «to eller flere profesjoner lærer med, av og om hverandre for å bedre kvaliteten i tjenesten» (29).

Tverrprofesjonell samarbeidslæring som tema, middel og mål

For å øke pasientsikkerheten og for å sikre både kvalitet og relevans i helse- og velferdstjenestene kreves det tettere samarbeid innad i tjenestene og på tvers av virksomhetsområder og nivåer, og målet er mer sømløse forløp der menneskers egne mål og behov er i sentrum. Praksisfeltet etterlyser kandidater med samhandlingskompetanse, og det er et utdanningspolitisk mål å utdanne kandidater som ser sin rolle som del av en tverrprofesjonell tilnærming for å møte brukernes behov på en profesjonell måte (1)

Meld.St.26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste* (30) fremhever teamarbeid som et av midlene til å skape «pasientens helsetjeneste». Gjennom prosjektet *Felles innhold* legges grunnlaget for tverrprofesjonelt samarbeid ved synliggjøring og konkretisering av felles kunnskapsstoff og den felles kompetansen alle helse- og sosialfaglige kandidater skal ha. Et felles kunnskapsgrunnlag og forståelse av velferdssystemet som en samarbeidende helhet kan gi kandidatene de nødvendige forutsetninger for å møte mennesker som har sammensatte problemer og plager, og som trenger samordnet innsats. Tverrprofesjonell samarbeidslæring er et mål i seg selv; studentene må lære å samarbeide med andre profesjonsutøvere på måter som frembringer merverdi for den det gjelder. Det forutsetter at det skapes møteplasser for samarbeidslæring for studenter fra ulike profesjonsretninger.

For at kandidatene skal oppnå tverrprofesjonell samarbeidskompetanse, må det læres og øves i studietida; tverrprofesjonelt samarbeid må settes på dagsorden, det må konkret erfares, det må oppdages og utforskes. TPS er også et middel for å oppnå hensikten med satsingen på felles innholdselementer i helse- og sosialfagutdanningene. Forventningene om en felles kompetanse som består av både systemkunnskap, folkehelse- og arbeidsinkluderingsperspektiv i tillegg til kommunikasjon og etikk kan i mange tilfeller best oppnås ved ulike former for samarbeidslæring. Studentene kan lære av hverandre om hverandres roller og oppgaver, og de kan på mange områder lære med hverandre om felles problemstillinger og konkret felles praksisutøvelse.

Felles innhold – felles undervisning?

Hvordan kan tverrprofesjonell samarbeidslæring integreres i helse- og sosialfagutdanningene slik at forventningene fra helse- og velferdstjenestene til kandidatens sluttkompetanse imøtekommes? Når dette spørsmålet stilles inn i prosjektet *Felles innhold*, så vil det dreie seg om i hvilken grad kompetanse innen de deler av studieprogrammene som defineres av felles innhold skal og bør utvikles via tverrprofesjonell samarbeidslæring.

Studieprogrammene skal planlegges i henhold til Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk med fokus på forventet læringsutbytte, og slik at de sikrer en logisk og pedagogisk gjennomtenkt sammenheng mellom læringsutbytte, undervisningsform og eksamensform (5). På den måten gir læringsutbyttebeskrivelsene i *Felles innhold* visse føringer for studieprogrammernes valg av undervisnings- og eksamensform. Som tidligere nevnt så kan en læringsutbytte-beskrivelse som har verb som «samhandle med» eller «kommunisere med» ikke oppfylles på andre måter enn ved å utsette studenten for samhandlingssituasjoner.

Med utgangspunkt i de definerte læringsutbyttebeskrivelsene kan undervisning i felles innhold skje på tre ulike måter:

- 1) *Kan kun oppfylles via tverrprofesjonelle samarbeidssituasjoner enten i praksis, i møter på campus eller i virtuelle fora.*

Eksempelvis er læringsutbyttebeskrivelsene for kompetanseområde 6.

Tverrprofesjonell samhandlingskompetanse er utformet slik at de ikke kan oppnås uten at studentene utfordres i konkrete tverrprofesjonelle møter.

- 2) *Kan med fordel undervises i tverrprofesjonelle situasjoner*

Økt samarbeid og samhandling på tvers av nivåer og profesjoner er et uttalt helse- og velferdspolitisk mål. Møter på tvers av profesjonsutdanninger rundt felles læringsmål i løpet av studietida signaliserer for studentene at de har noe felles med de andre profesjonsgruppene, og det i seg selv kan legge grobunn for fremtidig ønske og vilje til samarbeid. Utdanningsprogrammene bør tilstrebe tverrprofesjonelle møter i studietida der det lar seg gjøre.

- 3) *Kan undervises én-profesjonelt*

De kompetanseområdene der læringsutbyttebeskrivelsene ikke legger tydelige føringer for tverrprofesjonell samarbeidslæring kan gjennomføres profesjonsspesifikt på det enkelte studieprogram.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring – hvordan kan det gjøres?

Tverrprofesjonell samarbeidslæring er en undervisningsform i den forstand at det etableres læringssituasjoner der studenter får anledning til å lære om, av og med hverandre i konkrete praksisnære tverrprofesjonelle settinger. Studenter fra ulike profesjonsretninger bringes sammen, enten i konkrete praksissituasjoner, i tverrprofesjonelle grupper rundt praksisnære problemstillinger, eller i et virtuelt forum. Dette er læringssituasjoner som legger opp til interaktiv læring, studenter møter studenter i teamarbeid omkring aktuelle felles utfordringer i

velferdsarbeidet. Man lærer best når inntrykkene kommer gjennom flere kanaler, og når læringen skjer gjennom å gi og å få kunnskap i dialog

Tverrprofesjonelle lærings situasjoner i praksis. Samarbeidslæring i praksisfeltet, i en reell og aktuell praksissituasjon, er den ideelle lærings situasjon for å utvikle tverrprofesjonell samhandlingskompetanse. Den er konkret, den er realistisk, den er direkte knyttet til fremtidig yrkesutøvelse og den innebærer felles problemløsning. Ikke minst innebærer den møte med og samarbeid med den viktigste samarbeidspartneren: mennesket det faktisk gjelder. Det finnes mange muligheter til å anvende praksissituasjoner til samarbeidslæring, så lenge stedet er praksisarena for to eller flere profesjonsstudier. Samtidig gir det noen logistiske, faglig/pedagogiske og ressursmessige utfordringer, ikke minst i planleggingsfasen. Det krever samarbeidsvilje og vilje til innsats fra både kommuner, helseforetak og fra utdanningsinstitusjonene som må samarbeide for å organisere lærings situasjonene. Selv om planleggingen kan by på en del utfordringer, så viser tilbakemeldingene fra studentene at det er bryet verdt. Det ligger et rikt læringspotensial i de reelle pasientsituasjonene. I den direkte kommunikasjon mellom tverrprofesjonelle grupper studenter og menneskene som mottar tjenestene hender det ting som studentene må håndtere sammen; overraskelses-momenter som gir uventet læring. Tverrprofesjonell samarbeidslæring i reelle praksissituasjoner evalueres av studenter nærmest uten unntak som svært lærerike situasjoner.

Dette kan gjøres på ulike måter:

Konkrete samarbeidssituasjoner i praksis

- Studenter fra to eller flere ulike profesjonsstudier møtes i praksis (kommune, sykehjem, helseforetak, privat institusjon), jobber sammen i konkrete og utvalgte situasjoner sammen med mennesket det gjelder. Fra én dags opplegg til to uker eller mer.
- Studentdrevet sykehjemsavdeling eller sykehuspost. Studenter fra flere profesjonsstudier får ansvar for den daglige drift på sykehus- eller sykehjemsavdeling under veiledning, jfr. erfaringer fra Linkøping Universitet (31).

Tverrprofesjonelle grupper med simulerte brukersituasjoner

Det kan by på utfordringer å skape tverrprofesjonelle lærings situasjoner med de involverte mennesker i stor skala der blant annet tilgjengelig praksisarenaer, geografi og ulik organisatorisk tilknytning setter grenser. Tverrprofesjonelle møter rundt simulerte pasienter er lettere å organisere, det er et hyppig brukt alternativ som også kan gi gode og lærerike situasjoner.

- På campus. Grupper diskuterer realistiske kasuistikker, legger opp plan for undersøkelse og behandling ut fra et etablert felles ståsted.
- I virtuelle fora rundt realistiske pasient/brukerkasuistikker.
- Pasient/brukermøter i simulerte situasjoner. Med dokker på simuleringssenter, eller med skuespillere som pasient/bruker.

Skyggepraksis

Det kalles skyggepraksis (shadowing) når student fra ett utdanningsprogram følger en profesjonsutøver eller en student fra et annet studieprogram en dag i det daglige virke i praksis. Skyggepraksis kan gi godt innblikk i og forståelse for andre profesjoners kompetanse, ansvarsområde og utfordringer, samtidig som det krever lite i organisering og planlegging.

Erfaringer og opplevelser fra skyggepraksis kan med fordel diskuteres på et felles seminar til slutt, med utgangspunkt i studentenes refleksjonsnotater.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring – gode eksempler

TVEPS

Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring (TVEPS) er et samarbeid mellom Universitetet i Bergen (UiB), Høgskolen i Bergen (HiB) og Fjell og Bergen kommuner. Tverrprofesjonelle team med helseprofesjonstudenter undersøker og lager en tiltaksplan for utvalgte sykehjemspasienter. Tiltaksplanen blir diskutert med sykehjemmets faglige stab med et tredelt resultat: bedre helse for pasientene, og læring både for studentene og for staben. 13 helseprofesjonsutdanninger deltar.

Tverrprofesjonell simuleringstrening Stavanger

I Stavanger samarbeider Universitetet i Stavanger (UiS), Sykepleierutdanningen i Stavanger (SUS) og Laerdal Foundation om en dags tverrfaglig trening for medisin- og sykepleiestudenter i Laerdals lokaler. Studentene sirkulerer mellom flere poster, og scenarioene spenner fra previsitt til akuttmedisinsk handling, med debriefing etter hver post.

Prosjekt Midt-Troms

Studenter fra ergoterapi-, fysioterapi-, medisin- og sykepleie jobber sammen i en 2-ukers praksis i kommunehelsetjenesten i Midt-Troms rundt utvalgte pasienter med sammensatte problemer. Undersøker sammen, og hver for seg, diskuterer tiltak sammen. Tverrprofesjonell veileder, samt en fagspesifikk kontaktperson for hver. Svært gode tilbakemeldinger både fra studenter og fra praksisfeltet. I tillegg gir det ringvirkninger ved at praksisfeltet erfarer gode eksempler på tverrprofesjonell praksis.

Simulerte pasienter – LEEDS University

På Universitetet i Leeds brukes simulerte pasienter i undervisningen av kommunikasjonsferdigheter. De simulerte pasientene er i hovedsak virkelige pasienter som er rekruttert på ulike måter. Mange av dem er uføretrygdede som ikke fungerer i jobb, men som fint kan utføre denne jobben, for om de har en dårlig dag er det egentlig bare en fordel for da blir rollen deres mer realistisk. Mange av de simulerte pasientene har vært det i årevis, og de elsker å få muligheten til å bidra og gjøre noe fornuftig tross sine plager. De simulerte pasientene blir skolert i hvordan de skal reagere på studentenes atferd. Hvis studenten er flink får vedkommende mye informasjon, hvis vedkommende fremstår uhøflig gis det mindre informasjon. Pasientene involveres også i planleggingen av undervisningen og til eksamen. De simulerte pasientene i Leeds er opptatt av at pårørende er en undervurdert ressurs. De kaller derfor sin gruppe for «Simulated patients and carers» Fordelen med å ha pårørende i gruppen av simulerte pasienter er at de kan ha andre innspill til studentenes kommunikasjonsferdigheter enn de simulerte pasientene alene. I Leeds gjennomføres simuleringen for medisinerstudenter alene, men vil utmerket kunne brukes i tverrprofesjonell opplæring.

TVERRPROFESJONELL SAMARBEIDSLÆRING I SOSIALFAGPROSJEKTET

Sosialfagprosjektet har levert ni sluttrapporter fra typiske småskala-prosjekter ved UH-institusjonene (32). Flere av disse prosjektene har tatt tak i utfordringer knyttet til forståelse og bruk av tverrprofesjonell samarbeidslæring. Her beskrives to av prosjektene, som synliggjøre hvordan TPS kan gjennomføres både internt i BSV-utdanningene, og i et tverrprofesjonelt fellesskap mellom helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger:

«Deltakelse og medvirkning» Høgskolen i Lillehammer

Fellesemne for alle 3.års-studentene i barnevern-, sosionom,- og vernepleierutdanningene i samarbeid med ulike tjenesteområder og brukerinstanser. 210 studenter, 15 studiepoeng. Felles forelesninger og tverrprofesjonelle grupper knyttet til utvalgte felles læringsområder.

«Samarbeid til barns beste» Høgskolen i Sør-Trøndelag

600 studenter møtes i felles forelesninger og tverrprofesjonelle grupper i 3 dager knyttet til felles læringsområder. Deltakende studentgrupper: Helsesøster, førskolelærer, sosionom, vernepleier, barnevernspedagog. Temaområder: Samarbeid, juss og etikk; kommunikasjon med barn i vanskelige livssituasjoner; seksualitet og seksuelle overgrep.

Vedlegg 1 Skjematisk oversikt over foreslåtte kompetanseområder med forventet generell kompetanse og tilhørende læringsutbyttebeskrivelser.

1. Etisk og verdiforankret praksis
Helse- og sosialfaglige kandidater må kunne vise åpenhet, ydmykhet og respekt overfor mennesker de møter i sin tjenesteutøvelse, og de må ha et bevisst forhold til egne verdier og holdninger. Arbeid med mennesker i helse- og sosialtjenesten vil nødvendigvis måtte innebære vanskelige valg og avveininger og det forventes at kandidatene har evne til å håndtere disse slik at den som skal hjelpes får ha medbestemmelse, kan være medskaper og ta ansvar for eget liv. De må ha evne til å samarbeide og samhandle med andre og kunne kritisk reflektere over egen profesjons verdier i møte med andre.
Kandidaten kan <ul style="list-style-type: none">• handle empatisk og respektfullt og med likeverd som fremmer autonomi og medbestemmelse• identifisere, reflektere over og håndtere etiske dilemmaer i tjenesteutøvelsen

2. Relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse
Kandidatene må kunne inngå i en samarbeidsrelasjon med mennesker de møter i tjenesteutøvelsen, både med barn og voksne og de må bidra til å skape en relasjon som er anerkjennende, styrkende og trygg. Helse- og velferdsfaglig arbeid kan innebære å måtte takle vanskelige situasjoner som mellommenneskelige konflikter og mennesker i krise. Det forutsettes at kandidatene kan gå inn i slike situasjoner med en grunnleggende kompetanse i konflikt- og krisehåndtering. I møter med barn og unge er det spesielt viktig å kunne skape trygge og forutsigbare rammer for kommunikasjon og samhandling. Kandidatene må kunne veilede mennesker og de pårørende i endrings- og mestringsprosesser knyttet til egen helse og livssituasjon, og veilede studenter i faglige spørsmål.
Kandidaten kan <ul style="list-style-type: none">• Kommunisere anerkjennende og styrkende og håndtere konfliktsituasjoner• veilede mennesker i lærings-, endrings- og mestringsprosesser

3. Kulturkompetanse

Kandidatene må ha en grunnleggende forståelse av begrepet kultur; forståelse av at de selv representerer en kultur, og de må ha sensitivitet og forståelse i møtet med mennesker som representerer andre kulturer. Det gjelder både ulikheter innad i den norske kulturen, i forholdet til innvandrere og til den samiske urbefolkningen. De må tilrettelegge for god kommunikasjon, herunder kunne vurdere nytten av tolketjenester og anvende dem ved behov og når personen ønsker det. De må vise interesse for -, og innhente kunnskap om særskilte utfordringer hos ulike mennesker de møter i tjenesten, både når det gjelder livsvilkår, ulik kulturbasert symptom- og problemforståelse og ulik sykdomsforekomst.

Kandidaten kan

- reflektere over likheter og forskjeller mellom egne og andres kulturuttrykk
- Møte med åpenhet, interesse og kompetanse særskilte utfordringer hos mennesker av ulik kulturell tilhørighet.
- anvende tolketjenester ved behov, ut fra en kritisk vurdering

4. Helse- og sosialpolitisk innsikt og systemforståelse

Kandidatene forventes å ha innsikt i helse- og sosialpolitiske satsingsområder, virkemidler og kunnskap om forvaltningsnivåene. De må se sin plass i organisasjonen, - som en del av en helhet og som et ledd i en sammenhengende prosess, og de må se de muligheter og utfordringer mennesker møter i velferdssystemet. Kandidatene må kunne anvende systemforståelsen, lov- og regelverk, som en integrert del av sin tjenesteutøvelse.

Kandidaten

- har kunnskap om, og forholder seg til, helse- og sosialpolitiske faglige føringer
- kan anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, organisasjonsstruktur, lov og regelverk og beslutningsprosesser i sin tjenesteutøvelse

5. Folkehelsearbeid og arbeidsinkludering

Kandidatene må se sin egen kompetanse, ansvar og rolle i å støtte opp om arbeidet med folkehelse og arbeidsinkludering, herunder se betydningen av gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygging av sykdom og skader, utvikling av et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, og styrking av fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse. Enhver kandidat har et ansvar for å anvende sin kunnskap og særskilte kompetanse til helseopplysning innenfor sitt fagfelt, i møte med enkeltindivider eller grupper. De må se menneskers situasjon i et helhetsperspektiv der helse, sosio-økonomisk situasjon og arbeid er gjensidig avhengige forhold.

Kandidaten kan

- anvende kunnskap om forebyggende, helsefremmende og arbeidsinkluderende tiltak i sin profesjonsutøvelse
- bidra til folkehelse gjennom formidling

6. Tverrprofesjonell samhandlingskompetanse

Kandidatene forventes å ha kunnskap om hverandres kompetanse- og ansvarsområder. De må kunne vise samhandlingsvilje og -evne i tverrprofesjonelle team for å skape merverdi for mennesket det gjelder i form av helhetlige og koordinerte tiltaksforløp. Samtykkebasert individuell plan er et koordineringsverktøy for tverrprofesjonell samhandling som en forventer at kandidatene også skal kunne påta seg ansvaret for å kunne lede og koordinere.

- samhandle tverrprofesjonelt, tverretatlig og tverrsektorielt, og med menneskene det gjelder, mot felles mål
- koordinere tverrprofesjonelle team

7. Kompetanse om sosiale og atferdsmessige risikofaktorer

Alle som arbeider innen helse- og velferdstjenestene vil møte mennesker, barn, ungdom, voksne, eldre, som har opplevd traumer, store eller små. Det kan være skjulte traumer som ikke trenger å være årsaken til at en person henvender seg til helse- eller sosialtjenesten. Alle helse- og sosialfaglige kandidater må derfor kunne gjenkjenne tegn på bakenforliggende traumer, overgrep, vold, ruslidelse eller psykiske problemer, selv om det ikke ligger til egen profesjon eller jobbeskrivelse å ta tak i slik problematikk. De må ha tilstrekkelig kunnskap om helse- og velferdstjenestene til å kunne respondere i slike tilfeller, også ut over den lovpålagte henvisnings- og opplysningsplikten. Barn og unge er spesielt sårbare grupper og kandidatene forventes å kunne møte og bistå barn og unge som er utsatt for vold, overgrep eller andre traumatiske erfaringer, herunder krigs- og flukterfaringer.

Mer generelt skal kandidatene kunne vurdere sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise mennesker videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom den enkeltes behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Kandidaten

- kan fange opp tegn på omsorgssvikt, vold, overgrep, rusmisbruk og andre utslag av fysiske, psykiske, sosiale og sosioøkonomiske problemer
- kan snakke med risikoutsatte personer om problemene og henvise videre ved behov
- bistå barn og ungdom som pårørende

8. Profesjonell handlingskompetanse og kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis innebærer at kandidaten evner å basere egen, teambasert og tverrfaglig fagutøvelse på pålitelig og anvendbar forskning, kombinert med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. En forutsetning for at mennesker får en sikker og trygg behandling er at kandidatene har individuelle ferdigheter i å etterspørre, kritisk vurdere og formidle forskningsbasert kunnskap, og at de kan anvende og håndtere kunnskap på en systematisk og dokumenterbar måte og i samspill med relevante andre.

Kandidaten kan

- nærme seg ny kunnskap på en vitenskapelig informert og metodisk måte
- reflektere over egen fag- og yrkesutøvelse og over samspillet med, for og rundt den som søker bistand
- arbeide kunnskapsbasert og dokumentere og formidle sin faglige virksomhet

9. Innovasjons- og endringskompetanse

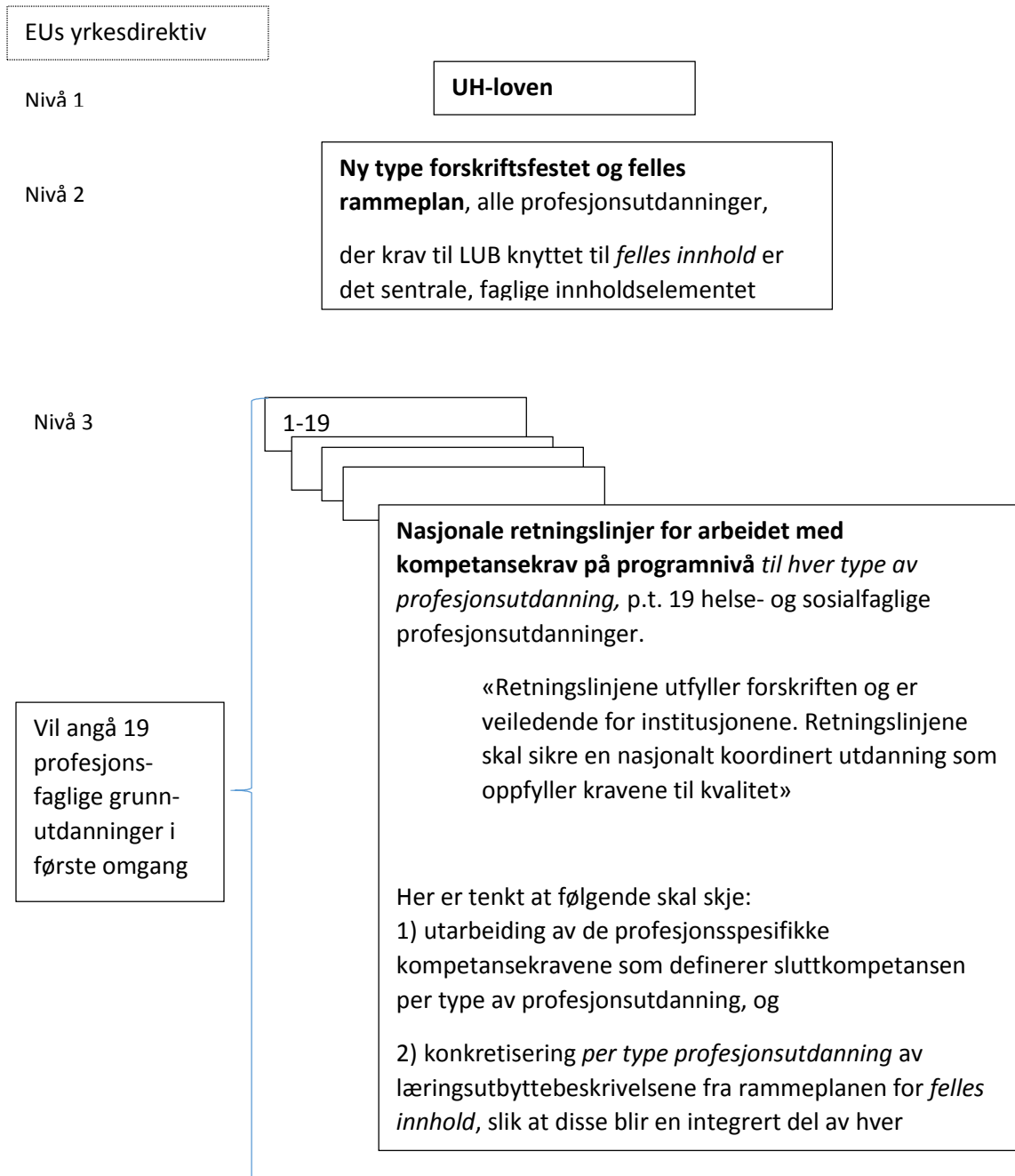
Kandidatene må kunne forstå og reagere på behovet for nye løsninger på gamle og nye problemstillinger både på systemnivå og i løsningen av avgrensede oppgaver. Innovasjons- og endringskompetanse handler om å kunne se, analysere, systematisere og tenke nytt rundt måten ting gjøres på, og om hva man bør forske mer på. Det handler også om kandidatenes tillit til kunnskapssystemene og mot til å utfordre eksisterende strukturer og kulturer på en måte som stimulerer til nødvendig endring.

Kandidaten kan

- identifisere og dokumentere kvalitetsutfordringer på system- og/eller oppgavenivå som krever nytenkning og nye løsninger
- initiere og delta i systematiske, kvalitetsforbedrende arbeidsprosesser, herunder utvikling og bruk av egnet teknologi på individ- og systemnivå

Vedlegg 2 Illustrasjon av antatt 3-nivåstruktur i evt. nytt styringssystem

Figur 1: En illustrasjon av hvordan prosjekt Felles innhold er tenkt inn i en større helhet, en helhet med tverrdepartemental arbeidstittel **System for (fastsetting av) kompetansekrav**





UNIVERSITETS- OG HØGSKOLERÅDET

The Norwegian Association of Higher Education Institutions

PROSJEKTPLAN
for
UHR-prosjektet
Felles innhold

Oppdragsgiver: KD

Prosjektansvarlig: UHR v/NFEHS-AU

- *Prosjektplanen godkjent av KD 24.02.15*

Bakgrunn

Meld St nr 13 (2011-2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis* er en utdanningspolitisk retningsmelding for det helse- og sosialfaglige utdanningsområdet. De oppfølgingstiltakene som KD til nå har prioritert, har som fellesnevner at de angår flest mulig av UH-sektorens utdanningsinstitusjoner og utdanningstyper.

På oppdrag fra KD har UHR til nå tatt ansvar for å utforme, organisere og gjennomføre to nasjonale, faglige utviklingsprosjekter: *Sosialfaglig kompetanse og BSV-utdanningene* (sosialfagprosjektet) og *Kvalitet og relevans i praksisstudiene* (praksisprosjektet). Parallelt med disse prosjektene foregår det viktige, tverrdepartementale arbeidsprosesser som utreder muligheter for endringer i rammebetingelser, struktur og finansiering av høyere utdanning generelt, og en egen arbeidsgruppe ser på finansieringsmodellen for praksisstudiene spesielt. Særlig viktig er det pågående arbeidet med å utvikle et nasjonalt og forskriftsfestet system for fastsetting av kompetansekrav/læringsutbytte for profesjonsutdanningene. Tanken er at et slikt system må være på plass før det er aktuelt å utvikle gjeldende rammeplaner. Men der man har rammeplaner for kun et antall 3-årige bachelorstudier og noen utvalgte videreutdanninger, ser man nå for seg et system for fastsetting av kompetansekrav som skal gjelde alle 3-, 5- eller 6-årige profesjonsutdanninger, altså også dem som aldri har hatt rammeplan.

KD har derfor over noe tid vært i dialog med UHR om oppstart av et tredje faglig utviklingsprosjekt i kjølvannet av Samspillsmeldingen: prosjekt *Felles innhold*. Målet er å finne fram til hva som må være et minste felles multiplum av kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse, uansett valg av profesjonsfaglig grunnutdanning, for at de nyutdannede skal ha en felles og velferdsfaglig verdi-, kunnskaps- og kompetanseplattform. For å sikre en utvikling og styrking av alle utdanningene i denne retningen, vil KD forskriftsfeste det man kommer fram til som gode læringsutbyttebeskrivelser på forskriftsnivå for de temaområdene som vil utgjøre det felles innholdet på tvers av helse- og sosialfagutdanningene.

Hensikten med prosjektet omtales i Samspillsmeldingen i sammenheng med målet om en 'dobbel identitet': at man skal finne og utvikle sin profesjonsidentitet, men at denne i større grad skal formes i lys av profesjonsutøvernes ansvar for å bidra til mer og bedre samarbeid på tvers av fag, systemer, nivåer og sektorer.

Oppdragsbeskrivelsen og revisjon av denne 6.1.15

UHR mottok tildelingsbrev og oppdragsbeskrivelse fra KD i begynnelsen av desember (se vedlegg 1).

KD skriver der at

Målet med oppdraget er å foreslå hva som skal være felles innhold og hvordan tverrprofesjonell samarbeidslæring kan integreres i helse- og sosialfagutdanningene slik at forventningene fra helse- og velferdstjenestene til kandidatenes sluttkompetanse kan imøtekommes.

Dette målet er så konkretisert i fire oppdragspunkter:

- *Identifisere hvilke kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse som kandidatene skal ha som sluttkompetanse, uavhengig av profesjonsutdanning.*

- *Utarbeide en oversikt over velferdsfaglige fellesemner og læringsutbytte-beskrivelser som finnes, samt hvordan dette ivaretas pedagogisk og organisatorisk ved hver utdanning.*
- *Utarbeide et forslag til læringsutbyttebeskrivelser på nasjonalt nivå for en felles velferdsfaglig kunnskapsplattform.*
- *Utrede hvordan felleselementene og TPS kan integreres i en helhetlig profesjonsutdanning*

En viktig del av grunnlaget for utformingen av læringsutbytte for utdanningene skal være helse- og velferdstjenestenes kompetansebehov. Videre forutsettes det av man ved gjennomføringen av oppdraget benytter seg av tidligere erfaringer nasjonalt og internasjonalt i arbeidet. Det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket, yrkeskvalifikasjonsdirektivet og politiske føringer i Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd legges til grunn for utviklingsarbeidet. Oppdraget gjennomføres uavhengig av felles innholdsdel i de gjeldende seks rammeplanene. Gjennomføringen av oppdraget må skje i et tett samarbeid mellom universitets- og høyskolesektoren og helse- og velferdstjenestene. Dette forutsetter at relevante aktører involveres i arbeidet og beskriver tjenestenes kompetansebehov.

Som det framgår her, la KD opp til at UHR skulle tenke organisering av dette prosjektet langs de samme linjer som for de to andre nasjonale prosjektene (sosialfag- og praksisprosjektene). En så grundig og heldekkende tilnærming har vært helt nødvendig i de to nevnte prosjektene for å sikre god forankring i utdanningsmiljøene og øke sannsynligheten for at prosjektene bidrar til bevegelse og utvikling i ønsket retning, utdanningspolitisk.

Ifølge oppdragsbrevet fra KD skal det nye «Oppdraget (må) ses i sammenheng med det nasjonale utviklingsarbeidet for bedre kvalitet i praksisstudier som UHR gjennomfører, den pågående prosessen for å utvikle et system for styring av læringsutbytte i utdanningene, samt arbeidet med å vurdere om det skal innføres en felles forskrift for alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. En slik forskrift skal ifølge stortingsmeldingen” (...) *ha som formål å fastsette krav til felles innhold i utdanningene og til kvalitet og omfang i praksisstudiene, herunder krav om tverrprofesjonell samarbeidslæring.*»

UHR meldte tilbake til KD at en slik bredde og tilnærming til prosjektet er krevende å organisere og vil kreve mer tid og ressurser enn det som var stipulert. Men UHR stilte også spørsmål ved hvorvidt den samme grad av involvering vil være nødvendig for å få fram et godt resultat av prosjekt *Felles innhold*: Mye er skrevet, sagt og gjort, også i Samspillmeldingen og i de to andre utviklingsprosjektene i kjølvannet av Samspillmeldingen, om hva som er forventet og ønskelig kompetanse hos alle helse- og sosialfagutdannede, sett fra tjenestenes side («utenfra-perspektivet»).

Møtet i KD den 6. januar 2015

KD ba da om et møte med UHR den 6. januar 2015. Der gjorde KD det klart at det haster å få en leveranse fra dette prosjektet på grunn av det tverrdepartementale arbeidet som pågår med utforming av en ny type forskriftsfestet rammeplan der Felles innhold vil være et hovedelement i forskriften. KD ønsket derfor å bruke møtet til å diskutere en avgrensning og spissing av oppdragsbeskrivelsen, sammenlignet med først oversendte versjon.

Slik UHR ser det, ble konklusjonen at tidsrammene tilsier at oppdragets fire punkter komprimert og avgrenset til to hovedpunkter, der man forutsetter at prosjektet også trekker veksler på erfaringer

som er gjort nasjonalt og internasjonalt angående felles innhold og tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS). De to hovedpunktene i oppdraget kan da settes opp slik:

- Identifisere hvilke kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse som kandidatene skal ha som felles sluttkompetanse, uavhengig av profesjonsutdanning (altså hva som skal inngå som felles innhold, definert som felles sluttkompetanse)
- Utarbeide et forslag til læringsutbyttebeskrivelser på nasjonalt nivå for en felles velferdsfaglig kunnskapsplattform, inkludert innpassing av tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS).

Tidslinjen KD angir for arbeidet med en ny type rammeplan (RP) der *Felles innhold* er en sentral del:

- 1.juni 2015: UHR-prosjektet leverer sine forslag til KD
- Juni 2015: KD og øvrige departementer vurderer forslagene
- August 2015: justeringer og finpuss av forslagene, KD+ prosjektet
- September 2015: RP til politisk godkjenning i KD og øvrige departementer
- Oktober 2015: RP på høring i UH-sektor, helse- og velferdstjenestene m.fl.
- Våren 2016: Ny rammeplan vedtatt/fastsatt
- Høsten 2016: Oppstart av retningslinjearbeidet for hver av de 19 profesjonsutdanningene

En første operasjonalisering av mandatet: forventet prosjektleveranse per 1.6.15

Prosjektledelsen har foretatt en konkretisering eller operasjonalisering av mandatet, og forstår nå oppdraget slik at forventet prosjektleveranse innen 1.juni 2015 er:

- **Et begrunnet og forankret forslag til hvilke tema/emner/kunnskapsområder som hører inn under *et felles innhold* som skal innarbeides i alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger. Det må framgå hvordan forslaget fremmer innføring og utvikling av tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) som virkemiddel i en styrking av det tverrprofesjonelle som vesentlig for en integrert profesjonskompetanse, uansett profesjonsutdanning**
- **Forslaget skal omfatte forslag til læringsutbyttebeskrivelser på forskriftsnivå som dekker de foreslåtte innholdselementene, inkludert innpassingen av føringer for tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) som tema og mål**

Ut fra denne forståelsen av oppdraget, vil prosjektgruppen gå inn i materiale som er utviklet og levert i mange sammenhenger. Så vil prosjektgruppen, i dialog med tjenestene og diverse spisskompetansemiljø, utarbeide et forslag til hva som vil være de tematiske kjerneområdene for utvikling av et felles innhold på tvers av alle profesjonsutdanningene, selv om tema kan vektes ulikt for å være tilpasset det profesjonsspesifikke i hver av utdanningsløpene.

Det nye, som da blir en viktig del av prosjektet, ligger i hvordan dette også skal omfatte føringer for innføring av tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) i alle utdanningene. Det er ikke et mål i seg selv at alt felles innhold skal undervises felles eller i tverrprofesjonelle samarbeidssituasjoner, men det er en hensikt at krav til felles innhold og føringer for TPS skal gjøre det lettere for studentene å se og beherske et meningsfullt og sammenhengende hele i helse- og velferdstjenestene, der tverrprofesjonelt samarbeid med bruker i sentrum alltid er målet.

Oppdraget kan forstås som en to-leddet, men likevel godt integrert prosess:

- Først må partene identifisere og bli enige om hva som må bli **kjernetema** i et forskriftsfestet *Felles innhold* på tvers av 19 profesjonsutdanninger, og hva det er rimelig å sette som krav til **sluttkompetanse** for hvert av disse temaene, for alle helse- og sosialfagsstudenter i 3-, 5- eller 6-årige profesjonsutdanninger: Hva skal kandidatene kunne om det eller det temaet ved endt utdanning, formulert i et språk som både kollegaer og veiledere i praksisfeltet, arbeidsgivere, utdanninger og studenter enkelt forstår?

Dette er en klar dialog- og samarbeidsoppgave i prosjektet mellom helse- og velferdstjenestene og utdanningene i UH-sektoren, og utgjør den faglige essensen av prosjekt *Felles innhold*.

- Deretter, eller parallelt etter hvert, når man blir enige i prosjektet om forslag til kjernetema med tilhørende type og nivå for sluttkompetanse, må det gjøres en jobb med å omforme disse forslagene til presise læringsutbyttebeskrivelser (LUB) på forskriftsnivå. Disse skal være i overensstemmelse med kravene til språklig og nivåbestemt utforming av slike i Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (NKR).

De skriftlige beskrivelsene vil bestemme innretningen av arbeidet i neste omgang, på neste nivå i det styringssystemet som er under utvikling: De profesjonsspesifikke læringsutbyttebeskrivelsene skal sikre at *Felles innhold* blir en integrert del av profesjonsutdanningene, men skal fortsatt kunne identifiseres som en felleskompetanse i helse- og sosialfagutdanningene.

Prosjektledelsen vil organisere og planlegge arbeidsprosessene i prosjektet ut fra denne tenkemåten. Det er et mål å sikre konsensus i prosjektgruppen om de forslagene til tema og læringsutbyttebeskrivelser som presenteres i den endelige rapporten.

PROSJEKTMODELL OG PLAN FOR GJENNOMFØRING

Prosjektorganisering

Prosjekteier: UHR v/arbeidsutvalget for NFEHS, **NFEHS-AU**

NFEHS-AU setter opp prosjektet med styringsgruppe, prosjektgruppe og en ressurspersongruppe, den siste som en type referansegruppe

29.05.15.: Se oversikt over deltakende medlemmer i prosjektgruppe og ressurspersongruppe i hovedrapporten

NOEN UTDYPENDE FORKLARINGER TIL PROSJEKTORGANISERINGEN

Styringsgruppen:

Det er tenkt at det er tilstrekkelig med to møter i styringsgruppen:

- det første for å godkjenne prosjektplan og budsjett, samt å ta stilling til andre tema eller tiltak som kan styrke prosjektleders arbeid og redusere risikoen i prosjektet
- det andre for å ta stilling til prosjektgruppens forslag til sluttrapport og leveranse til KD

Prosjektgruppen:

En gruppe sammensatt ut fra et ønsket tyngdepunkt på kunnskap om og erfaring med tverrfaglige utfordringer og muligheter i helse- og sosialfaglig utdanning og praksis

Tematisk sett er det ikke mye nytt som skal oppdages og utvikles i dette prosjektet: Det handler om tema og emner som er nevnt og etterspurt i alle år og sammenhenger når man diskuterer kvalitetsutfordringer og kompetansebehov i helse- og velferdstjenestene. De fleste av disse kompetanseområdene undervises det også i, i ulik grad og på ulike måter, i alle helse- og sosialfagutdanningene.

Det nye fra KDs side, er å gå for en forskriftsfesting av sluttkompetansemål for de emner eller kompetanseområder som utkrystalliserer seg som kjernetema i en felles innholdsdel. Det skal bidra til å sikre en felles kompetanseplattform som utgangspunkt for mer og bedre samarbeid på tvers av profesjoner og fag, tjenester, nivåer og sektorer i velferdstjenestene. Det er også nytt at man i forskrifts form ønsker å kople satsingen på en felles velferdsfaglig kompetanseplattform, til et mer forpliktende samarbeid om bruk av tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) som fag og praksis.

Forskriftsfesting av felles innhold og krav til tilrettelegging for TPS der det vil gi ønsket læringseffekt, vil få konsekvenser for arbeidet med innhold i og utforming av utdanningene. Det er viktig at prosjektet leverer forslag som bidrar til at utdanningene styrker innovative og studentaktiverende pedagogiske løsninger som synliggjør for studentene hvilken sammenheng og mening det felles innholdet i profesjonsutdanningene har for deres fremtidige virke som profesjonsutøvere.

På dette grunnlaget har prosjektledelsen, i sammensettingen av prosjektgruppen, lagt stor vekt på å finne fram til fagmiljøer og personer som har erfaring med utvikling av felleselementer på tvers av utdanninger, med bruk av TPS og med nært samarbeid med praksisfeltet.

Ressurspersongruppen/referansegruppen:

Prosjekteier NFEHS-AU mente det verken var behov for eller tid til mobilisering av en fullskala referansegruppe, i tillegg til en prosjektgruppe med god representasjon fra både utdanninger og praksisfelt. Alle interessentgrupper har levert materiale som beskriver kompetansebehovene i helse- og velferdstjenestene og forventninger til helse- og sosialfagutdanningene i mange sammenhenger og for de siste årene, og det er grenser for hvor mange ganger man skal gå ut og be om det samme igjen.

Prosjektledelsen ønsker likevel tilgang til en større gruppe av ressurspersoner underveis, og velger å invitere til storgruppemøter to ganger i løpet av prosessen. Et storgruppemøte er et møte der prosjektgruppen utvides med representanter for interessentgrupper som ikke er med i prosjektgruppen. Disse inviteres til å komme med forberedte innspill fra sitt område, og til å bidra til

gode diskusjoner om hva som må bli det minste felles multiplum av kompetanse som skal utgjøre et felles innhold.

Prosjektledelsen legger opp til to slike møter i løpet av prosessen,

- ett ved oppstarten av prosjektet (**23.2.15**), for å sikre en bredest mulig inngang til prosjektgruppens arbeid med å identifisere kjernetemaene for en felles innholdsdel
- ett når prosjektgruppen er klar til å teste ut et utkast til beskrivelse av innholdet i en felles innholdsdel, og dato for dette er satt til den **8. mai 2015**.

FRAMDRIFTSPLAN OG MILEPÆLER

Tidslinjen i framdriftsplanen på neste side viser hvordan prosjektledelsen vil legge opp løpet for at det skal være mulig for prosjektet å levere om snaue 4 måneder. Dette forutsetter at de mange som skal involveres, gis en god forståelse av prosjektet og den sammenhengen det inngår i, slik at prosjektleder kan få støtte til gjennomføring av en målrettet og tidseffektiv arbeidsprosess.

Prosjekt Felles innhold:	jan.15	feb.15			mar.15		mai.15		
KD-UHR møte om forventet leveranse og tidslinje for prosjektet	06.01.2015								
UHR/NFE-HS AU-møte: tar ansvar for nytt oppdrag fra KD og vedtar styringsmodell	15.01.2015								
planleggingsmøte i Tromsø med påtroppende prosjektleder	28.01.2015								
Styringsgruppemøte (SG-møte nr 1): <i>vedta rammebetingelser og prosjektplan til KD</i>		16.feb							
UHR oversendt prosjektplan til KD			20.feb						
Prosjektgruppe- (PG-møte 1) og referansegruppemøte (RG-møte 1)				23.feb					
Prosjektgruppemøte (PG-møte 2)					6.3.				
Prosjektgruppemøte (PG-møte 3)						19.3.			
Prosjektgruppemøtet (PG-møte 4) Enighet i PG om forslag til læringsutbytte- beskrivelser for felles innholdselementer							22.4.		
Referansegruppemøte nr 2 (RG-møte): <i>PG-møte i etterkant av RG-møtet (PG-møte 5)</i>								8.5.	
Styringsgruppemøte (SG-møte nr 2): til godkjenning PGs forslag til sluttrapport til KD - som ferdigstilles av PG etter SG-møtet									19.5.
UHR oversendt sluttrapport for prosjektet til KD									29.5.

Referanser

1. Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis, . Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>.
2. Kunnskapsdepartementet. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR) Oslo2011. Available from: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/kompetanse/nkr2011mvedlegg.pdf> 21.04.2015.
3. UHR. Sosialfaglig kompetanse og BSV-utdanningene 2014. Available from: http://www.uhr.no/documents/Dialogforums_rapport_fase1_BSV_prosjektet_fin.pdf.
4. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid 2009. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
5. Biggs J. What the Student Does: teaching for enhanced learning. Higher education research and development. 1999;18 57-75.
6. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) 2000. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
7. Meld. St. 10 (2012-2013). God kvalitet – trygge tjenester. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf> hentet 28.05.15,.
8. Meld. St. 11 (2014-2015). Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/4db4ebe7d94a4687946baa063cd683d5/no/pdfs/stm201420150011000dddpdfs.pdf>
9. Meld. St. 15 (2012–2013). Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/1cea841363e2436b8eb91aa6b3b2d48e/no/pdfs/stm201220130015000dddpdfs.pdf>.
10. Meld. St. 19 (2014–2015). Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>.
11. Meld. St. 26 (2014 - 2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet 2015. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>.
12. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg 2013. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>.
13. Meld. St. 30 (2011-2012). Se meg. En helhetlig rusmiddelpolitikk 2012. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdfs/stm201120120030000dddpdfs.pdf>
14. NOKUT. Veiledning til studietilsynsforordningen 2013. Available from: http://www.nokut.no/Documents/NOKUT/Artikkelbibliotek/Norsk_ utdanning/Akkreditering/Veiledning/Veiledning_s%c3%b8knad_om_akkreditering_f%c3%b8ste_syklus_mai_2013.pdf
15. NOU 2012: 6.(2012). Arbeidsrettede tiltak. Available from: [https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2012-6/id672029/?docId=NOU201220120006000DDDEPIS&ch=1&q=.](https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2012-6/id672029/?docId=NOU201220120006000DDDEPIS&ch=1&q=)
16. Dannelsesutvalget. Kunnskap og dannelse foran et nytt århundre. Innstilling fra dannelsesutvalget for høyere utdanning 2009. Available from: <http://www.uib.no/filearchive/innstilling-dannelsesutvalget.pdf>

17. Pasient- og brukerrettighetsloven. Pasient- og brukerrettighetsloven, Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Oslo2001 [cited LOV-2014-06-20-41 fra 01.01.2015]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>.
18. Waddell G, Burton AK. Is Work Good for Your Health and Well-being? Pensions DfWa, editor. London: TSO; 2006.
19. Van der Noordt, IJzelenberg, Droomers, I Proper. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies: , ; 2014 [cited]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>.
20. Kaurstad G, Bachmann K. Quality at all levels – An analysis of the need for change in integrated care pathways for children and youngsters requiring complex and coordinated health services. Int J Integr Care. 2014;14(1).
21. Kynø MN, Lindboe A, Vetlesand N, Holgersen Skotte L, Stoltenberg Bjaanes AK, Syversen M , et al. Omsorgssvikt/vanskjøtsel av barn. In: Kunnskapssenteret, editor. Oslo: Helsebiblioteket; 2012.
22. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S. Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv 2014. Available from: https://www.regjeringen.no/contentassets/a0f79a10854045c68770c5408e2b3d66/nkvts_vold-voldtekt-2014.pdf.
23. Handlingsplan. Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017 2014. Available from: https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017_et-liv-uten-vold.pdf.
24. Sellmann D. The 10 most important things known about addiction. Addiction. 2010;105(1):6-13.
25. Sosial- og helsedirektoratet. Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015 2005. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>
26. Meld. St. 22 (2011–2012). Verktøy for vekst – om Innovasjon Norge og SIVA SF. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/e574980451b94330b833dc7da563f4f9/no/pdfs/stm201120120022000dddpdfs.pdf>
27. Helse og omsorgsdepartementet. HelseOmsorg21. Et kunnskapsystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg 2014. Available from: https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705
28. NOU 2011:11. Innovasjon i omsorg 2011. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>.
29. Centre for Advancement in Interprofessional Education (CAIPE). Interprofessional education – a definition 2002. Available from: <http://caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/>.
30. Meld. St. 26 (2014 - 2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. In: Helse og omsorgsdepartementet, editor. 2015.
31. Wilhelmsson M, Pelling S, Ludvigsson J, Hammar M, Dahlgren L, Faresjö T. Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable Journal of Interprofessional Care,. 2009;23(2):121-33,.
32. UHR. Sosialfaglig kompetanse og BSV-utdanningene - Sosialfag-prosjektet 2014. Available from: http://www.uhr.no/ressurser/temasider/samarbeid_arbeidsdeling_og_konsentrasjon/sosialfaglig_kompetanse_og_bsv-utdanningene_-_sosialfag-pros.