

Studieplan

Mastergradsstudium i helse- og sosialfag- Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper

(Master of Health and Social Care -
Clinical Relations to Vulnerable Patients/Clients)
(120 studiepoeng)

inklusive fagplaner for

Videreutdanning I aldring og eldreomsorg
Videreutdanning i psykisk helsearbeid - tverrfaglig fordypning I psykososialt arbeid

Modul	Tema	Semester							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1a (valgfri)	Videreutdanning i aldring og eldreomsorg (60 sp.)	x	x	x	x				
1b (valgfri)	Videreutdanning i psykisk helsearbeid- tverrfaglig fordypning i psykososialt arbeid (60 sp.)	x	x	x	x				
2	Vitenskapsteori og metode (15 sp.)					x			
3	Kliniske hjelperelasjoner (15 sp.)						x		
4	Mastergradsoppgave (30 sp.)							x	x

Høgskolen i Molde
Avdeling for helse- og sosialfag
14. august 2006

INNHold

Kapittel nummer	Tema	Side
1.0	INNLEDNING	3
1.1	Studiets profil	3
1.2	Målgruppe	4
1.3	Studiets hensikt og mål	4
1.4	Opptakskrav	5
1.5	Arbeidsformer i studiet	5
1.6	Pensumlitteratur	6
2.0	ORGANISERING AV STUDIET	7
3.0	1. ÅR – VALGFRIE MODULER	8
3.1	Modul 1a: Aldring og eldreomsorg (60 stp.)	9
3.1.1	Hovedemne 1: Aldring og eldre menneskers livsvilkår	11
3.1.2	Hovedemne 2: Sykdom, funksjonssvikt og mestring i eldre år	14
3.1.3	Hovedemne 3: Organisering og utøvelse av helse- og sosialtjenester til eldre mennesker	16
3.1.4	Hovedemne 4: Kommunikasjon og samhandling innenfor alderspsykiatri og demensomsorg	18
3.1.5	Studie- og arbeidsformer	20
3.1.6	Forskningsforberedende ferdighetstrening	21
3.1.7	Vurderingsordninger	21
3.2	Modul 1b: Psykisk helsearbeid	23
3.2.1	Hovedemne 1: Mennesket, psykiske lidelser og det sosiale miljø	26
3.2.2	Hovedemne 2: Organiseringen av tjenestene for mennesker med psykiske lidelser	28
3.2.3	Hovedemne 3: Kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning i terapeutiske relasjoner (9 studiepoeng)	29
3.2.4	Hovedemne 4: Teori og etikk i terapeutiske relasjoner	31
3.2.5	Hovedemne 5: Utvikling og utøvelse av terapeutisk kompetanse	32
3.2.6	Studie- og arbeidsformer	34
3.2.7	Vurderingsordning	35

4.0	STUDIETS 2. ÅR – OBLIGATORISKE MODULER	37
4.1	Modul 2: Vitenskapsteori og metode	38
4.2	Modul 3: Kliniske hjelperelasjoner	41
4.2.1	Hovedemne 1: Pasient- og brukerperspektivet	42
4.2.2	Hovedemne 2: Omsorgsperspektivet	44
4.2.3	Hovedemne 3: Det terapeutiske perspektivet	45
4.3	Vurderingsordning for modul 2 og 3	46
4.4	Modul 4 Mastergradsoppgaven	47

1.0 INNLEDNING

Helse - og sosialfagene innenfor høgskolesystemet har i 90-årene vært inne i en aktiv utviklingsprosess når det gjelder kompetanseheving og forskning. Dette ønsker vi skal komme det kliniske feltet til gode, ved å utvikle et mastergradsstudium som har fokus på å skape bedre helsetjeneste for brukerne.

Det synes å være i spenningsfeltet mellom utvikling av klinisk kompetanse og forskningsbasert teoriutvikling at utfordringene for helse- og sosialfagene ligger i dag. Yrkessituasjonen for høgskoleutdannede helse- og sosialarbeidere forutsetter felles problemløsning mellom ulike yrkesgrupper for å oppnå hjelpetilbud som er til brukernes beste. Tverrfaglige utdanningsløp er ett av virkemidlene for å oppnå dette. Den enkelte profesjonsutøver skal samtidig utvikle sin særegne faglighet fra grunnutdanning til ferdig mastergrad. Høgskolen har i dag knyttet til seg klinikere med kompetanse på master - og doktorgradsnivå.

1.1 Studiets profil

Studiets fokus vil være rettet mot kliniske hjelperelasjoner i helse- og sosialsektoren. Hjelperelasjonen vil i stor grad bli utøvd direkte i "ansiktsnære" og krevende hjelperelasjoner med pasienter, klienter og pårørende. Nærheten og kravene i slike relasjoner vil variere fra type situasjon og sykdom, lidelse og krise, som på ulike måter medfører sårbarhet og griper dypt inn i menneskers liv. Både innen somatisk og psykisk helse - og sosialfaglig arbeid vil virksomheten foregå direkte med pasienten, grupper av pasienter og med familie - og nettverk. Virksomhet som dreier seg om kun forvaltnings- og saksbehandlingsarbeid vil derimot falle utenfor.

Relasjonelt hjelpearbeid innebærer et fokus hvor hjelper alltid blir deltaker i deler av hjelpemottakerens liv for kortere eller lengre tid. Dette understreker at fagpersonen i samhandling med pasient/klient/bruker tar utgangspunkt i hans/hennes opplevelse, forståelse av egne problemer, egen mestring og egne løsningsforsøk. En forutsetning er at fagpersonen arbeider i relasjon med bruker, pårørende og nettverk på en slik måte at brukerne kjenner seg møtt, styrket og forstått. Dette krever både innlevelse, kunnskap og evne til adekvat formidling av hjelpen, samt fokus på egne faglig og personlige grenser.

Fokuset i studiet, som er den kliniske hjelperelasjonen, vil i løpet av de to studieårene vektlegges ut fra ulike perspektiv og nivå. De to valgfrie modulene i studiets første år retter seg mot pasienter/brukere med ulike lidelser og helseproblem forårsaket av aldring og psykiske lidelser. Lidelsene kan igjen påvirke funksjoner av anatomisk-fysiologisk og atferdsmessig art. Gjennomgående tema i begge modulene er relasjonen mellom hjelper og bruker. Internasjonal forskning peker i retning av at forhold ved hjelperelasjonen har stor innvirkning på bedringsprosesser hos mennesker med kroniske lidelser, i tillegg til pasienters egne og omgivelsenes ressurser. Utnyttelse av ressurser og relasjonen i bedringsprosesser forutsetter konstruktiv samhandling med pasient og pårørende. Imidlertid er det å opprette og vedlikeholde

en hjelpende og virksom relasjon i møte med lidende mennesker en krevende prosess, med både muligheter og begrensinger.

Foreløpig er det mangler i både teoretiske og praktiske beskrivelser av metoder som gir relasjonskompetanse. På dette studienivået er hensikten at studentene både generelt og innenfor eget fagfelt spesielt, på en systematisk og kritisk måte skal evaluere og bidra til kunnskapsutvikling om kliniske pasientnære problemstillinger, gjennom refleksjon over, utforskning og utvikling av klinisk praksis ut fra ulike perspektiv og metoder.

Det sentrale tema i den valgfrie modulen vil være å utvikle klinisk relasjonskompetanse i møte med brukere med helse- og funksjonsproblemer som har sammenheng med aldring og psykisk lidelse.

I studiets andre år skjer en videre fordypning i den kliniske hjelperelasjonen på et generelt og overordnet teoretisk nivå, så vel som metodisk, praktisk. Dette gjøres gjennom å belyse ulike dimensjoner i hjelperelasjonen, som pasientperspektivet, omsorgsrelasjonen, den terapeutiske relasjon, brukermedvirkning og det kommunikative perspektiv på relasjonen.

Sammenhengen til første årets fokus på aldring og psykisk lidelse, beholdes gjennom arbeid med ulike oppgaver hvor generelle problemstillinger blir konkretisert i relasjon til problemområder tilknyttet funksjons- og lidelsesområder. Spesielt skjer dette ved at studentene i mastergradsoppgaven velger tema som er tilknyttet emneområder både i den obligatoriske og den valgfrie modulen.

1.2 Målgruppe

Målgruppen for studiet vil være helse- og sosialfaglig personell med 3-årig høgskoleutdanning.

1.3 Studiets hensikt og mål

Mastergradstudiet gir utdanning i klinisk helse- og sosialfag utover bachelornivå. Det gir økt klinisk kompetanse og ferdigheter i forskning i den hensikt å bidra til utvikling av fag og forskningskompetanse i dette feltet. Mastergradsstudiet vektlegger derfor tilnæringsmåter og metoder som er empirisk baserte.

Hensikten med studiet er å gi fordypning i ulik og relevant forskningsbasert kunnskap om forskningsdesign og metoder relatert til kliniske hjelperelasjoner, slik at studenten:

- utøver hjelperollen i nære relasjoner med mennesker som på grunn av sykdom, lidelse, livskrise eller høy alder er i en sårbar situasjon, basert på systematiske analyser av dynamiske og kontekstuelle faktorer hos pasient/klient og dennes nettverk
- utforsker komplekse og sammensatte problemstillinger i det kliniske hjelpearbeidet, også i relasjon til muligheter og begrensinger som ligger i rammene for relasjonen
- anvender kliniske tilnæringsformer og metoder for personlig, relasjonell og kontekstuell kunnskapsoppbygging
- bidrar til fagutvikling i det kliniske felt ved å igangsette og styrke endringsprosesser
- viser metodekunnskap og ferdigheter i å utvikle og delta i forskningsprosjekter

- anvender kritiske ferdigheter i vurdering av klinisk forskning og praksis
- bidrar til systematisk kunnskapsutvikling i klinisk praksis

Studiet kan videre kvalifisere for doktorgradsarbeid innen klinisk helse - og sosialfaglig arbeid.

1.4 Opptakskrav

For å bli tatt opp på studiet kreves bachelorgrad i helse- og/eller sosialfag eller tilsvarende. I tillegg kreves det minimum ett års klinisk praksis etter gjennomført bachelorgrad. Søkere som tidligere har gjennomført videreutdanning i psykisk helsearbeid eller videreutdanning i aldring og eldreomsorg ved Høgskolen i Molde, kan søke innpassing til studiets andre år.

Søkere med andre kliniske helse- eller sosialfaglige videreutdanninger med minimum 1 års varighet(60 stp) kan søke om innpassing til studiets andre år. Det er en forutsetning at videreutdanningen har sitt hovedfokus på relasjonen mellom hjelper og pasient/klient.

De som søker innpassing i studiets andre år må dokumentere at de har kunnskaper innen områdene vitenskapsteori og forskningsmetode og relasjonskompetanse tilsvarende det pensum og omfang som er lagt inn i studieplanen for mastergradsprogrammet 1. studieår. Vurdering av kunnskaper på disse områdene kan skje ut fra en realkompetansevurdering.

Beregning av konkurransepoeng og rangering av søkere skjer etter bestemmelsene i §3 i høgskolens "Forskrift om opptak til mastergradsstudier og videreutdanningen/emner på mastergradsnivå ved HSM". Ved likhet, eller tilnærmet likhet, i konkurransepoeng, kan det legges vekt på hensynet til å sette sammen en tverrfaglig studentgruppe og/eller en studentgruppe med ulik erfaringsbakgrunn (§4 i mastergradsforskriften).

En egen opptakskomiteé, som oppnevnes av studieutvalget, avgjør hvilke søkere som er kvalifiserte, og foretar en rangering av disse etter karakterpoeng og øvrige bestemmelser i opptaksforskriften og i studieplanen.

1.5 Arbeidsformer i studiet

Helse- og sosialfagenes inntreden på universitet og høyskoler har vært preget av en tiltakende teoretisering og akademisering. Dette innebærer at fag som tidligere i hovedsak bygget på en praktisk kunnskapstradisjon, har blitt innlemmet i de tradisjonelle akademiske tradisjoner. Profesjonsutdanningene kvalifiserer for et bestemt yrkesområde og en praksis. Yrkespraksis er preget av komplekse problemstillinger som ikke finnes beskrevet i rendyrket form som prinsipper og teorier, men forutsetter integrering av fagteori, etikk og vitenskapsteori relatert til et konkret virkefelt og situasjoner. En klinisk orientert mastergradsutdanning krever imidlertid arbeidsformer som gjør det mulig å studere og forske i praksis.

Yrkespraksis preges av erfaringskunnskap, og forskning viser bl.a. at denne er knyttet til konkret handling og til konkrete situasjoner, eksempler og fortellinger. Arbeidsformene i studiet bør

derfor være basert på både teoretisk framstilling av feltets problemstillinger og refleksjon over egne praksiserfaringer. Konkrete undervisningsmetoder vil være forelesninger, seminargrupper og refleksjonsgrupper, hvor en problematiserer, reflekterer over og praktiserer metoder som er sentrale i praktiske hjelperelasjoner. En klinisk orientert mastergrad vil kreve fokus på reflekterende og utprøvende prosesser, relatert til de ulike emner som behandles. Metoder som rollespill, bruk av toveisspeil, video samt ferdighetstrening vil her være aktuelle. Refleksjons- og seminargrupper vil være tverrfaglig sammensatt. Seminargrupper kan være relatert til konkrete tema en jobber med i fordypnings- og masteroppgaven. De kan også brukes som veiledningsgrupper. Refleksjonsgruppene er studentenes studiegruppe mellom hver samling, og bør være geografisk sammensatt.

I tillegg vil studentene få individuelt baserte innleveringsoppgaver ut fra pensum i den enkelte modul, hvor stoffet skal relateres til problemstilling i egen fordypningsoppgave, mastergradsoppgave. De skriftlige oppgavene vil innbefatte ferdighetstrening i vitenskapelig arbeid som ulike forskingsmetoder, vitenskapsteori og vitenskapelig skriving. Disse oppgavene gir utgangspunkt for skriftlig tilbakemelding som prosessveiledning. Studentene vil få veiledning både individuelt og i gruppe, noe som er et ledd i kvalitetssikringen av studiet.

1.6 Pensumlitteratur

Pensumlitteratur er satt opp fortløpende etter hver modul i fagplanen. Pensum er gjenstand for fortløpende revidering og vil kunne endres underveis i studiet.

2.0 ORGANISERING AV STUDIET

Studiet er organisert som et toårig studieprogram hvor en videreutdanning utgjør første året. De videreutdanningene Høgskolen i Molde gir tilbud om, er Videreutdanning i psykisk helsearbeid og Videreutdanning i aldring og eldreomsorg. Disse er i dag organisert som deltidsstudier over 2 år. De utgjør to valgfrie moduler på hver 60 studiepoeng. Andre kliniske videreutdanninger i helse og sosialfag kan godkjennes som 1. år i mastergradsstudiet, evt. med tilleggskrav. Det andre året i mastergradsstudiet inneholder tre moduler, henholdsvis Vitenskapsteori og metode, Kliniske hjelperelasjoner og Mastergradsoppgave. Hele utdanningsløpet er planlagt gjennomført som et deltidsstudium over fire år. Den valgfrie modulen (Modul 1 a eller b) skal være bestått før en kan gå videre til modul 2.

1.år Valgfrie moduler (to år på deltid)	
Modul 1a: Aldring og eldreomsorg, 60 stp	Modul 1b: Psykisk helsearbeid, 60 stp.

2. år Obligatoriske moduler (to år på deltid)
Modul 2: Vitenskapsteori og metode, 15 stp.
Modul 3: Kliniske hjelperelasjoner, 15 stp.
Modul 4: Mastergradsoppgave, 30 stp.

3.0 1. ÅR – VALGFRIE MODULER

Studentene kan som studiets Modul 1 enten velge

Valgfri Modul 1 a: Aldring og eldreomsorg
(Videreutdanning i aldring og eldreomsorg)
eller

Valgfri Modul 1 b: Psykisk helsearbeid.
(Videreutdanning i psykisk helsearbeid)

3.1

Modul 1 a. : Aldring og eldreomsorg (60 studiepoeng) ^{*)}

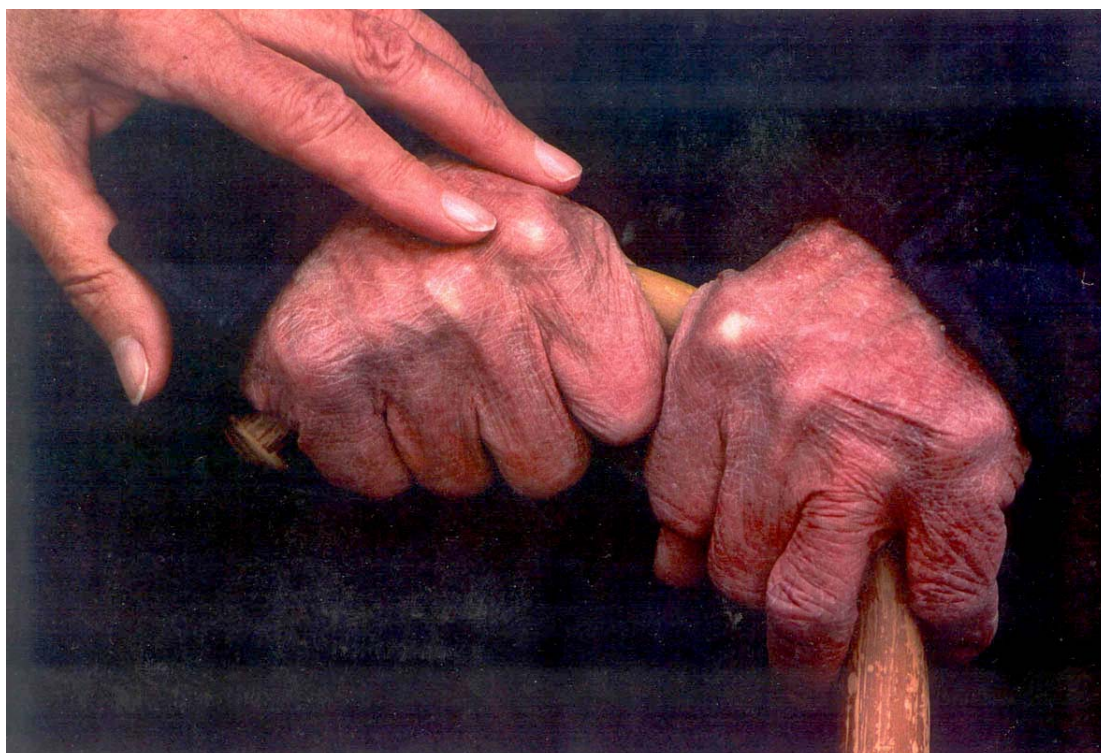


Foto: Arne Strømme

^{*)} Studiets Modul 1 a bygger på Rammeplan for Videreutdanning i aldring og eldreomsorg, fastsatt av Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet 10. juli 1998 og tilhørende forskrift av 01.12. 2005, og er identisk med høgskolens fagplan for videreutdanningen.

Modulen kan både gjennomføres som egen, selvstendig videreutdanning, og den kan på visse vilkår godkjennes som første del av mastergrad i helse- og sosialfag – kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper ved Høgskolen i Molde. Det gis egen karakterutskrift ved fullført videreutdanning.

3.1 Modul 1 a. Aldring og eldreomsorg (60 studiepoeng)

Omsorg for eldre mennesker har helse og sosialpolitisk vært og vil fortsatt være et viktig satsningsområde. Å bli gammel er ikke ensbetydende med å bli syk og hjelpetrengende, men i alderdommen øker sjansen betrakterlig for en rekke sykdommer og funksjonstap.

Befolkningsprognosene viser at gruppen over 80 år, "de aller eldste" vil øke sterkt i antall. Når man vet at ca. 3/4 i denne gruppen er aleneboende og at ca. 1/5 har utviklet alderdemens, tilsier befolkningsutviklingen at behovene for varierte omsorgstjenester vil vokse sterkt fremover.

Omsorg for aldersdemente har vært et satsningsområde de siste årene og dette tema er derfor vektlagt i denne planen.

I innledningen til Velferdsmeldingen (st.meld. nr.35, 1994-95) sies det at "en god pleie- og omsorgstjeneste først og fremst må begrunnes i den enkelte brukers opplevelse av egen velferd". Helse og sosialarbeidere har et medansvar for å utforme en tjeneste som imøtekommer de ulike behov hos eldre mennesker og som ivaretar de eldres integritet.

De som arbeider blant eldre mennesker bør basere sin virksomhet på nyere kunnskap om aldring og eldre. I tillegg er det nødvendig at man gjør vurderinger og fatter beslutninger på et rettslig og etisk holdbart grunnlag.

Hovedmål

Modulens mål er å kvalifisere reflekterte yrkesutøvere som med høy yrkesetisk standard kan ta initiativ til, organisere og iverksette tiltak i samarbeid med eldre, deres pårørende, frivillige organisasjoner og andre yrkesgrupper innenfor eldreomsorgen.

Modulen skal bidra til at studentene får:

- Kunnskaper om den normale aldringsprosess og hvordan det oppleves å bli gammel
- Kunnskaper om eldres sykdommer, behandling og rehabilitering, samt forebygging av sykdom og funksjonssvikt hos eldre (både på et samfunnsmessig og personlig plan).
- Evne til nytenkning i fremtidig yrkespraksis og kunne anvende relevant forskning i arbeidet med og for eldre

Innhold

Den faglige innretningen vil være vektlegging av kliniske hjelperelasjoner i omsorg for eldre mennesker. I eldreomsorgen vil hjelperen bli deltaker i den eldres liv for kortere eller lengre tid. Dette forutsetter at hjelperen samhandler med pasient/klient og pårørende på en slik måte at den eldre kjenner seg møtt og forstått.

Modulen er inndelt i fire hovedemner samt fordypningsoppgaven:

- | | |
|--|--------|
| • Aldring og eldre menneskers livsvilkår | 12 stp |
| • Sykdom, funksjonssvikt og mestring i eldre år | 15 stp |
| • Organisering og utøvelse av helse og sosialtjenester til eldre mennesker | 15 stp |
| • Fordypningstema; kommunikasjon og samhandling innenfor alderspsykiatri og demensomsorg | 6 stp |
| • Fordypningsoppgave | 12 stp |

3.1.1 Hovedemne 1: Aldring og eldre menneskers livsvilkår (12 studiepoeng)

De eldres erfaring med å bli gammel og syk.

Her skal studentene fordype seg i ulike aspekter ved eldre menneskers livssituasjon ut fra individuelle, samfunnsmessige og kulturelle perspektiver og rammer. I hjelperelasjonen er det viktig at helsepersonell møter pasienten/klienten med utgangspunkt i deres virkelighetsforståelse. Dette innebærer at personens opplevelse av egen tilstand blir viktig i omsorg/behandling. Som helsearbeider har man tilgang til den gamles ”kropp” i større grad enn mange andre yrkesgrupper. Den eldre ”bebor” en kropp der alder og sykdom har satt sitt preg. Det vil bli lagt vekt på å forstå kroppen (”levd kropp”) også fra andre perspektiv enn det naturvitenskapelige, medisinske. Det vektlegges at kvinner og menn opplever og mestrer det å bli gammel på ulike måter.

Samhandlings-/relasjonskompetanse i forhold til den eldre

Innholdet i dette emneområdet vil fokusere på samhandlingen med den eldre pasienten. Den eldre hjelpetrengende pasienten vil være mer eller mindre sårbar, noe som krever både innlevelse, kunnskaper og metoder for god formidling, samt arbeid med egen forforståelse, faglige perspektiver og grenser. Kommunikasjon sees her i et relasjonelt perspektiv, noe som innebærer at den som hjelper reflekterer over sitt eget bidrag i relasjonen. Utforskning av egen kontakt- og kommunikasjonsevne vektlegges. Kommunikasjon forstås videre som samhandling i vid betydning, dvs. ulike uttrykksformer som språk, kroppslige uttrykk og handlinger.

Etisk grunnlag for samhandling

Studentene gies mulighet for å utvikle sine evner til etisk refleksjon med utgangspunkt i sin hjelperolle. Det vil bli lagt vekt på å reflektere over møtet mellom hjelper og pasient/klient. Som hjelper er det viktig å se sitt eget bidrag i møtet, viktige dimensjoner blir her nærvær og ansvarlighet. Møtet med *den andre* vil alltid både være en risiko og en mulighet. Tillit, åpenhet, makt vil være andre viktige begreper i en slik refleksjon.

Aldersforskning og kunnskapsutvikling

Aktuelle forskningsprosjekter med et klinisk fundament vil vektlegges som grunnlag for en bevisstgjøring av kunnskapsutvikling innenfor feltet. Ulike vitenskapelige tradisjoner vil bli belyst. Ulike metoder innenfor forskning vil sees i forhold til de temaer og fenomener som ønskes undersøkt.

Mål

Studentene skal tilegne seg:

- Forståelse for hvordan eldre menneskers livshistorie og livssituasjon påvirker deres opplevelse og erfaringer.
- Forståelse for hvordan sykdom kan endre opplevelsen av kropp, rom, tid og sosiale relasjoner
- Forståelse av kommunikasjon ut fra et intersubjektivt/relasjonelt perspektiv.
- Forståelse for etiske dimensjoner knyttet til møtet mellom hjelper – klient/pasient
- Ferdigheter og metoder i relasjonen med eldre og deres pårørende, f.eks metoder i kartlegging av kommunikasjonsvansker (sansemessige, motivasjonelle, psykologiske, kognitive, språklige med mer) og metoder som fremmer forståelse, trygghet, engasjement og samarbeid (brukermedvirkning).

- Kunnskaper om ulike vitenskapelige tradisjoner og metoder innen forskning

Sentrale tema:

- Aldring og eldre menneskers livsvilkår, sett i et historisk og kulturelt perspektiv
- Eldre menneskers livshistorie og erfaring – betydning for alderdommen
- Den gamle pasienten sett ut fra ulike vitenskapelige forklarings og forståelsesformer
- Kropp forstått i et kulturelt perspektiv
- Pasienter/klienters verdighet og behov for respekt i hjelperelasjonen.
- Helsearbeiderens egen kommunikasjonskompetanse og etiske kompetanse og betydningen av denne i samhandling med klienter/pasienter
- Ulike samhandlingsmetoder med den eldre pasient/klient: f.eks. berøring, musikk, sang, bevegelse, humor og estetiske og skapende arbeid
- Vitenskapelige tradisjoner og metoder i forskning innenfor helse- og sosialsektoren

Pensum ca 1200 sider

(* markerer litteratur som fås kjøpt som artikkelsamling v/høgskolens ekspedisjon)

*Borglin, Gunilla, Edberg, Anna-Karin og Hallberg, Ingall Rahm (2005). The experience of quality of life among older people. Journal of Aging Studies, vol. 19(2), s. 201-220 (19 s.)

*Christiansson, Toini (1994). Att behövas – grundstenen för livskvalitet i ålderdomen Aldring og eldre, årg 11, nr 2 (6 s.)

Dahle, Rannveig (2005). Kropp og aldring i moderne samfunn. I Nord, Randi, Eilertsen, Grethe og Bjerkreim, Torhild (red): Eldre i en brytningstid Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 95-103 (9 s.)

*Danielsen, Kirsten (1996). Aldringens Janusansikt. Om aldringens konstruksjon. Gerart nr.1 s.4–18 (15 s.), Norsk Gerontologisk Institutt

Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem (1999). Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi. Oslo: Fagbokforlaget kap 1–10 (140s.)

Devik, Sidsel (2005). Om å bevare selvaktelsen som sykehjemspasient. I Nord, Randi, Eilertsen, Grethe og Bjerkreim, Torhild (red): Eldre i en brytningstid Oslo: Gyldendal Akademisk, side 253-261 (8 s.)

Eide, Solveig Botnen; Grelland, Hans; Herlof, Kristiansen; Aslaug, Sævereid, Hans Inge og Aasland, Dag G (2003). Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk, Bergen: Fagbokforlaget, (130s.)

*Gabriel, Zahava; Bowling, Ann (2004): Quality of life from the perspective of older people. Ageing and Society, vol. 24, s.675 – 692 (17s.)

*Hovdenes, Gørill Haugan (2001). "Vennlighet først og sist". Eldre menneskers møte med dagens eldreomsorg. I Gjengedal, Eva og Hanestad, Berit Rokne (red.): Å leve med kronisk sykdom. En varig kursending. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag, (11 s.)

Kirkevold, Marit (2005). Hva trenger vi å vite og hvordan skal vi få vite det? I Nord, Randi, Eilertsen, Grethe og Bjerkreim, Torhild (red): Eldre i en brytningstid Oslo: Gyldendal Akademisk, (8 s.)

*Larsen, Per Lindsø og Sørensen, Kurt (1998). Udviklingshemming og alderdom. Gerontologi og samfund nr. 1/98, (3 s.)

Magnus, Per og Bakketeig, Liv (2000). Å lære: Problembasert læring som eksempel på prosjektarbeid, kap 2. I Prosjektarbeid i helsefagene. Oslo: Gyldendal Akademisk, (18 s.)

Malterud, Kirsti (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring Oslo: Universitetsforlaget, (220 s.)

Moen, Bjørg (2005). Omsorg og ansvar for minoritetsetniske eldre. I Nord, Randi, Eilertsen, Grethe og Bjerkreim, Torhild (red): Eldre i en brytningstid Oslo: Gyldendal Akademisk, (10 s.)

*Phillipson, Chris (1999). Social Ageing: A Critical Perspective on Future Trends and the Role of Gerontology. Beverfelt, Eva; Helset, Anne; Ingebretsen, Reidun (red): Aldersforskning inn i år 2000, NOVA rapport 7, s.44–58, (14 s.)

Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per-Halvard (2002). Samhandlingsperspektivet, Del IV. I Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. Bergen: Fagbokforlaget, (67 s.)

Seljelid, Elisabeth (2002). Kan omsorg læres? Fortellingen som pedagogisk hjelpemiddel. Bergen: Fagbokforlaget, kap. 7, (65 s.)

Stabell, Aase (2005). Hvordan forebygge eller redusere utvikling av lært hjelpeløshet blant eldre. I Nord, Randi, Eilertsen, Grethe og Bjerkreim, Torhild (red): Eldre i en brytningstid Oslo: Gyldendal Akademisk, (8 s.)

Tornstam, Lars (2005). Åldrandets sosialpsykologi. Stockholm: Norstedts Akademiske Forlag s. 103-305 (203 s.)

Thorsen, Kirsten (2005). Nye tider, nye eldre, nye selvforståelser. Aldring og alderdom i sin tid. I Nord, Randi, Eilertsen, Grethe og Bjerkreim, Torhild (red): Eldre i en brytningstid Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 105-115 (10 s.)

Thorsen, Kirsten (2005). Livshistorier, livsløp og aldring. Samtaler med mennesker med utviklingshemning. I samarbeid med Ingjerd Olstad. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse kap 3, s. 43-76 og kap 11, s 155-170. (Tils. 50 s.)

Thornquist, Eline (1998). Kropp og kommunikasjon, del 3. I Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Oslo: Ad Notan Gyldendal, (56 s.)

Thornquist, Eline (2003). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori. Bergen: Fagbokforlaget, (215 s.)

3.1.2 Hovedemne 2: Sykdom, funksjonssvikt og mestring i eldre år (14 studiepoeng)

Mestring, sorg og tapsreaksjoner i alderdommen

Studentene skal fordype seg og få forståelse for eldre menneskers tap, sorg og mestring.

Ulike former for tap kan påvirke funksjonsevne og livskvalitet. Aktuelle tap hos eldre kan være tap av funksjon, ektefelle, arbeid, sosiale roller og selvråderett. Sorg kan sees som en sammensatt følelsesmessig reaksjon på tap. Sorgprosesser og sorgarbeid er individuelle prosesser og kan arte seg på forskjellig vis.

Et sentralt spørsmål i nyere forskning har vært om det skjer endring i mestring ved økt alder, eller om endringene skyldes at eldre står overfor helt andre situasjoner enn yngre. Mestring skjer i samhandling med miljøet og er avhengig av flere faktorer som egen opplevelse og tolkning av situasjoner, erfaring med ulike mestringsstrategier og støtte fra miljøet.

Vanlige sykdommer relatert til høy alder

Innholdet i dette emneområdet vil fokusere på de vanligste sykdommer og hvilke konsekvenser sykdommer får for eldre mennesker i deres daglige liv. Det vil bli fokusert på somatiske sykdommer, alderspsykiatri og aldersdemens.

Studiet skal vektlegge at sykdom kan forstås fra ulike perspektiv, og at en medisinsk forståelse av årsaker til sykdom også ofte er sammensatt av flere faktorer. Hos den eldre pasient kan det være vanskelig å vite om funksjonssvikt er betinget i sykdom eller i aldersforandringer.

Aldringen øker sjansen for sykdom, og sykdom og aldring har begge det til felles at de fører til funksjonstap og øker sjansen for død.

Mål

Studenten skal tilegne seg:

- Kunnskaper om de vanligste sykdommer relatert til alder
- Forståelse av hvordan sykdom virker inn på den eldres daglige livsutfoldelse
- Kunnskaper om sammenhengen mellom aldersforandringer og sykdom
- Forståelse for hvordan ulike former for tap kan gi problemer av fysisk, psykisk og sosial art.
- Forståelse for sorg og sorgarbeid som individuelle prosesser
- Kunnskaper om mestring ved økt alder og forståelse av miljøets betydning for mestring.

Sentrale tema

- Akutte sykdommer og skader hos eldre mennesker, diagnostikk, behandling og rehabiliteringsprinsipper
- Progredierende og kroniske sykdommer, diagnostikk og behandlingsprinsipper
- Depresjoner, forvirringstilstander og utvikling av aldersdemens
- Medikamentell behandling av eldre
- Eldre menneskers omstilling og mestring
- Tap og sorg i eldre år

Pensum ca. 800 sider

Antonovsky, Aaron (2000) *Helbredets mysterium* (dansk oversettelse av *Unravelling the mystery of health*, 1987). Hans Reitzels Forlag, København, 65 s.

Bittles, Alan H. (2003) Biological aspects of human ageing. I Jacoby, Robin & Oppenheimer, Cathrine (red.) Psychiatri in the elderly. Oxford: University Press, s. 3 – 25, 22 s.

Caffery, MC. og Bee, A. (1996) Smerter. En lærebok for helsepersonell. Oslo: Ad. Notam Gyldendal. kapittel 7: Kronisk ikke - ondartet smerte og kapittel 9: Smerter hos eldre, 35 s.

Casell, Erik J. (1996) Lidandets natur och medicinens mål. Lund: Studentlitteratur. Kap. 3 og 4, 43 s

Engedal, Knut (2000) Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis. INFO-banken, Sem, Kap 7 – 14, 183 s.

Falch, Jan A. (1998) Osteoporose og brudd i Norge. Forekomst og risikofaktorer. Tidsskrift Norske lægeforening nr.4;118:568-72, 4 s.

Harwood, Daniel (2003). Suicide in older persons. I Jacoby, Robin & Oppenheimer, Cathrine (red.) Psychiatri in the elderly. Oxford: University Press, s. 677 – 683, 6 s.

Heap, Ken (1994) Samtalen i eldreomsorgen. Oslo: Kommuneforlaget. Del 3, 4 og 5, 157 s.

Husebø, Bettina S. og Stein Husebø (1998) De gamle sine siste timer og dager I og II. Omsorg nr. 2/3, 12 s.

Husebø, Stein m.fl. (1998) Aktiv livshjelp. Hospice og palliativ medisin for eldre. Omsorg nr. 2/3, 6 s.

Laake, Knut (2003) Geriatrici i praksis. Oslo: Universitetsforlaget. s. 15 – 33, s. 113 - 166, s. 201 – 207, s. 229 – 246, s. 269 – 308, s. 325 – 370; 182 s.

Pancoast, Diane L. (1992) Den psykologiske betydning av sosial støtte. I Live Fyrand (red.) Perspektiver på sosialt nettverk. Oslo: Universitetsforlaget, 12 s.

Raaheim, Målfrid (1997) Forståelse av kroppen som fenomen. Kritikk og utfordringer i helsefagenes grunnlagsforståelse. I Alvsvåg, H., Anderssen, N., Gjengedal, E. og Raaheim, M. (red): Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 25 s.

Wogn-Henriksen, Kjersti (1998) Et psykologisk perspektiv på depresjoner hos eldre. Demens nr. 4, 2 s.

Wood, Philip (2003) Psychopharmacology in elderly patients. I Jacoby, Robin & Oppenheimer, Cathrine (red.) Psychiatri in the elderly. Oxford: University Press, s. 286 - 314, 28 s.

3.1.3 Hovedemne 3: Organisering og utøvelse av helse- og sosialtjenester til eldre mennesker (16 studiepoeng)

Det har i den senere tid skjedd store omorganiseringer innenfor de kommunale organisasjoner som er ansvarlig for omsorg for eldre mennesker. Omorganisering og effektivitet er sentrale begrep som til stadighet brukes i den politiske debatt. For å kunne delta i planlegging og omlegging av eldreomsorgen, er det viktig å ha kunnskaper og ferdigheter og å kunne gjøre seg bruk av forskningsresultater på en kritisk analytisk måte.

Et viktig fokus innenfor dette emnet er de eldres medvirkning i utforming av tjenestetilbudet. Dette innebærer for studentene å kunne samhandle med eldre og deres pårørende med respekt for deres meninger og integritet. Videre å kunne samarbeide med ulike involverte parter på tvers av omsorgsnivåer. Delemner vil her være: *organisering av helse- og sosialtjenesten, kvalitetsutvikling og yrkesutøvelse og arbeidsmåter.*

Mål

Studenten skal tilegne seg:

- Kunnskaper om organisering av helse- og sosialtjenestene
- Kunnskaper om de lover og forskrifter som gjelder eldre mennesker og styrer tjenestetilbudet
- Kommunikasjonsferdigheter i forhold til eldre, pårørende og beslutningsmyndigheter
- Ferdigheter i dokumentasjon og planlegging og å kunne gjøre seg bruk av forskningsresultater innenfor disse områdene.

Sentrale tema

- Lover som setter rammer for helse- og sosialtjenesten og lover og forskrifter som gjelder eldre mennesker
- Familieomsorg og frivillige organisasjoner
- Hjemmebasert, institusjonsbasert og integrerte tjenester
- Saksbehandling og utredning, dokumentasjon av eget og etatens arbeid
- Prioriteringer og ressurser
- Endringsstrategier, kvalitetsutvikling, prosjektplanlegging og evaluering
- Ulike yrkesgrupper og deres faglige tilnærming i arbeid med eldre
- Tiltakskjede/omsorgskjede
- Undervisning, rådgivning og personalveiledning

Pensum ca. 1050 sider

Alvsvåg, Herdis og Anne Tanche-Nilssen (1999) Den skjulte reformen. Om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat. Oslo: TANO/Aschehoug, s. 44 og s. 60-77, 19 s.

Braut, Geir Sverre (2005) Utviklinga av eldreomsorga – velferd i brytninga mellom sjukepleie og forvaltning. I Nord, Randi, Eilertsen, Grethe og Bjerkreim, Torhild (red): Eldre i en brytningstid Oslo: Gyldendal Akademisk, 7 s.

Hagestad, Gunhild O. (1999) Mot et samfunn for alle. Aldersnytt, nr. 1, s. 4-9, 6 s.

Hauge, Solveig (2005) Frå pleieheim til bu – og behandlingssenter. I Nord, Randi, Eilertsen, Grethe og Bjerkreim, Torhild (red): Eldre i en brytningstid Oslo: Gyldendal Akademisk, 7 s.

Haug, Helga Katharina (2005) Virksom kommunehelsetjeneste for den gamle. I Nord, Randi, Eilertsen, Grethe og Bjerkreim, Torhild (red): Eldre i en brytningstid Oslo: Gyldendal Akademisk, 9 s.

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Utdrag, 50 s.

Martinsen, Kari (2001) Huset og sangen, gråten og skammen. Rom og arkitektur som ivaretaker av menneskets verdighet. I Wyller, Trygve (red): Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne. Fagbokforlaget, Bergen, 20 s.

Moen, Anne et al. (2002) Dokumentasjon og informasjonshåndtering: faglige og juridiske utfordringer og krav journalføring for sykepleiere. Oslo: Akribes, 199 s.

Nakrem, Sigrid (2004) Moderniseringens fallgruver. Tidsskriftet Sykepleien, nr.6/2004, 5 s.

Zarit, Steven H., Johannson, Lennarth and Jarrot, Shannon E. (1998) Family Caregiving: Stresses, Social Programs, and Clinical Interventions. I Nordhus, Inger Hilde, Gary N. VadenBos, Stig Berg og Pia Framholt (red.) Clinical Geropsychology. American Psychological Association. Washington DC s. 345-357, 13 s.

Ribe, Åse og Høyland, Karin (2005) Boligpolitikk for eldre – mer enn vegger og tak. I Nord, Randi, Eilertsen, Grethe og Bjerkreim, Torhild (red): Eldre i en brytningstid Oslo: Gyldendal Akademisk, 12 s.

Romøren, Tor Inge (2005) Gamle mennesker i Norge. I Nord, Randi, Eilertsen, Grethe og Bjerkreim, Torhild (red): Eldre i en brytningstid Oslo: Gyldendal Akademisk, 7 s.

Rønning, Rolf (2004) Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner. Oslo: Gyldendal Akademisk, 178 s.

Skaug, Lasse (1998) Jus i eldreomsorgen. Saksbehandling i omsorgssaker. Oslo: Kommuneforlaget, 243 s.

Slagsvold, Britt (1999) Norsk eldreomsorg: Hvor dårlig er dårlig? Aldring og eldre, nr. 3, 5 s.

Sosialdepartementet (2002 - 2003) St. meld. Nr. 40; Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne, kap. 1, 6 s.

Sosialdepartementet (2002 - 2003) St. meld. Nr. 45; Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene, 67 s.

Sosial og Helsedirektoratet 2003 ”...og bedre skal det bli!” En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten: høringsutkast, 30 s.

Sletvold, Olav (1999) Medisinske perspektiver på utfordringene for fremtidens alderdom. I Beverfelt, Eva, m.fl. Aldersforskning inn i år 2000. Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring. Rapport nr. 7, 1999. s. 59-65, 6 sider

Vatne, Solfrid (1998) Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv. Fagbokforlaget. Bergen, 133 s.

Østby, Bjørn Arild (1999) Eldreomsorg. Satsingsområde med mange lovbrudd. Tidsskriftet Sykepleien, nr. 13, 5 s.

3.1.4 Hovedemne 4: Kommunikasjon og samhandling innenfor alderspsykiatri og demensomsorg (9 studiepoeng)

Innholdet i denne modulen fokuserer på eldre pasienter med psykiske lidelser. Hovedvekten vil her være pasienter med aldersdemens. Andre aktuelle tema er depresjoner hos eldre, angstlidelser og uro.

Mål

Studenten skal:

- Ha kunnskap om mennesker med aldersdemens og alderspsykiatriske lidelser, og forståelse for deres behov og livssituasjon
- Ha forståelse for hvordan eldre med psykiske lidelser selv opplever sin situasjon
- Kjenne seg selv som et redskap i samhandling og kommunikasjon med aldersdemente og eldre psykiatriske pasienter
- Ha kunnskap om og kunne anvende ulike kommunikasjonstilnærminger som: realitetsorientering, validering og reminisens
- Ha forståelse for de pårørendes situasjon
- Ha forståelse for arkitekturens betydning for livskvalitet og livsutfoldelse

Sentrale tema

- Ethiske dilemma og juridiske aspekter i omsorg og behandling av den aldersdemente pasient
- Kommunikasjonstilnærminger til eldre pasienter med psykiske lidelser, f.eks. realitetsorientering, validering og reminisens
- Aktuelle samhandlingsmetoder; fysisk kontakt, berøring, musikk, sang, bevegelse, humor, estetiske og skapende kvaliteter.
- Kommunikasjon og kontaktetablering. Empati, respekt, nærhet/avstand, støtte. Utforsking av egen kontaktfunksjon og egne kommunikasjonsevner.
- Prinsipper for planlegging og tilrettelegging av fysisk miljø (herunder arkitektur) og daglige aktiviteter, Forståelse av familiesamspill og nettverk. Samhandling med pårørende. Informasjon og støtte til pårørende.

Pensum ca 800 sider

Ashton, D. (1993): Therapeutic use of reminiscence with elderly. British Journal of Nursing vol 2, nr18, s.894-898, 4 s

- Ekman, S. L. og Norberg, A. (1998): The Autonomy of demented patients: interviews with caregivers. Journal of medical ethics, nr. 14, s. 184-187, 3 s.
- Engedal, K. og Haugen, P. K. (2004): Demens: fakta og utfordringer: en lærebok, Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 370 s.
- Gaunt, D. Øhlander, M. og Schwarz, R. (1994): Demenser och demensvård: medicinska, sociala og kulturella aspekter. Stockholm: Liber utbildning, Kap. 3 og 6, s.31-50 og s.68- 86, 14 s.
- Ingebretsen, R.(2002): Forhold i forandring. Ektefellers reaksjoner på partners demensutvikling, Demens, vol.6/nr.1, 4 s.
- Ingebretsen, R.(2002): Forhold i forandring. Mestring av demens i parforhold, Demens, vol.6/nr.2, 4 s.
- Ingebretsen, R.(2002): Forhold i forandring. Intervensjon i parforhold med aldersdemens, Demens, vol.6/nr.4, 4 s.
- Kitwood, T. (1999): En revurdering av demens: Personen kommer i første rekke Fredrikshavn. Dafolo, 176 s.
- Normann, H. K. (2001): Lucidity in people with severe dementia as a consequence of person – centred care, s.11 – 51, Umeå: Umeå Universitet, 42 s.
- Rokstad, A. M. (1996): Kommunikasjon på kollisjonskurs. INFO-bankens temabøker. Kap. 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12 og 14, 98 s.
- Rokstad, A. M.(2004): Dementia Care Mapping (DMC) En metode for kvalitetssikring av omsorgen for personer med demens. Demens Vol.8/nr.2, 3 s.
- Solem, P.E. et.al. (1994): Psykologiske perspektiv på aldersdemens. Oslo: Universitetsforlaget, s.42 – 73, s.115 – 151, 197 – 210, 100 s.
- Wogn- Henriksen, K. (1997): ”Siden blir det vel verre....?” Nærbilder av mennesker med aldersdemens, INFO – banken 1997, Sem, s.48 -320, 273 s.
- Wogn- Henriksen, K. (2004): Grønnsak eller menneske? Noen refleksjoner om personer med alvorlig demens. Demens, vol.8, nr,2, s.10 – 13, 4 s.
- Wogn- Henriksen, K. (2000): Fra motstand til samarbeid. Om forandringsprosesser hos mennesker med aldersdemens, Demens vol.4/nr. 3, 3 s.
- Wogn- Henriksen, K. (2002): Seksualitet som fenomen og utfordring i Demensomsorgen, Demens vol 6/nr. 3, 4 s.

3.1.5 Studie- og arbeidsformer

Det legges her opp til en læringsstrategi som legger vekt på aktiv bearbeidelse av lærestoffet og feedback i læringsprosessen. Meningen er at studentene skal arbeide på ulike måter med stoffet. De skal *gjøre noe* med stoffet, *presentere* sine produkter og både få feedback på egne produkter og måtte *gi feedback* på andres.

Studentene organiseres i refleksjonsgrupper

Gjennom arbeid i refleksjonsgrupper skal studentene bearbeide og anvende lærestoff, og integrere teori og praksis. Det siste er viktig, ikke minst med tanke på at studiet ikke omfatter veiledet praksis.

Det faglige innholdet skal tilrettelegges fra høgskolen i samarbeid med deltagerne. Det er studentenes ansvar å ha med klinisk materiale til gruppetimene og ha gjennom gått aktuell litteratur på forhånd. Klinisk materiale kan være problemstillinger som de selv har identifisert i praksis innen eldreomsorgen.

Gjennom arbeidet i refleksjonsgruppe skal studenten:

- utvikle sin evne til kritisk tenking, faglig refleksjon og analyse
- anvende kunnskap for å analysere og finne løsning på problemstillinger som er aktuelle i praksis
- utvikle sin evne til tverrfaglig samarbeid
- delta i faglige diskusjoner, ved å formidle informasjon fra og om eget fagområde, og få kjennskap til og respekt for de andre gruppelemmenes fag- og arbeidsområder
- videreutvikle sin innsikt i egne ressurser, og bli bevisst på hvordan disse kan brukes i framtidig yrkespraksis, i utøvelse av eget yrke og ved arbeid i tverrfaglige team
- ta ansvar for egen læring, og å utvikle læringsstrategier som kan benyttes i senere yrkespraksis
- formidle fagstoff til andre utøvere og yrkesgrupper

Deltakelse i refleksjonsgruppene er obligatorisk, og gruppene fungerer som faste enheter. Gruppeinndelingen gjøres ut fra geografiske hensyn. I den grad det er mulig ut fra geografiske og praktiske forhold, vil gruppene være tverrfaglig sammensatt. Veiledere deltar på gruppemøtene innenfor de rammer som er skissert i retningslinjene. Studentene skifter på å være gruppeleder.

Observasjonspraksis

For å få til en integrering av teori og praksis, skal studentene ha observasjonspraksis innen eldreomsorgen. Det er en forutsetning at studentene har observasjonsdager på et annet praksissted enn der de er ansatt. Studentene skal i alt ha ti dager observasjonspraksis. Disse dagene kan tas i tredje og/eller fjerde semester. Det er altså mulig å dele opp praksisen i 5 pluss fem dager. Studentene har selv ansvar for å skaffe seg observasjonspraksis. Det er hensiktsmessig at studenten har en kontaktperson ved avdelingen/arbeidsstedet. Praksisen skal dokumenteres ved å levere beskrivelse av praksisen med dokumentert tilstedeværelse (signert av praksiskontakten) til høgskolen.

3.1.6 Forskningsforberedende ferdighetstrening

Studenten gis forskningsforberedende ferdighetstrening gjennom undervisning, gruppearbeid og skriftlig arbeid i form av innleveringsoppgaver:

1. Et essay med kritisk drøfting ved hjelp av vitenskapsteoretiske perspektiv på en problemstilling som er relevant for kliniske hjelperelasjoner. Ivaretas gjennom semesteroppgave i første semester 3.1.7 a
2. Litteratursøk med presentasjon av sammendrag, som bakgrunn for problemstilling relevant for kliniske hjelperelasjoner knyttet til semesteroppgaven og fordypningsoppgaven. Ivaretas gjennom 3.1.7 a + c
3. Kritisk vurdering av en kvalitativ og kvantitativ forskningsartikkel med bakgrunn i forskningskrav og – prinsipper. Ivaretas gjennom studentfremlegg og medfølgende drøftinger i undervisning og i refleksjonsgrupper. Innlevering av gruppeoppgaver kan være aktuelt.
4. Presentasjon og analyse av en klinisk situasjon med utledning av kunnskap som har betydning for klinisk praksis. Framstillingen av dette kan utformes som narrativ/fortelling med fokus på kliniske hjelperelasjoner – og/eller som kasusillustrasjoner. Det må gjøres rede for hvordan empirien er framkommet (kilder og kontekst). Ivaretas gjennom semesteroppgave 3.1.7.a, gjennom seminar med fremlegg 3.1.7 b og gjennom fordypningsoppgaven 3.1.7 c.

3.1.7 Vurderingsordninger

a. Semesteroppgave

Mot slutten av første semester skriver studentene en oppgave. Oppgaven skal ta utgangspunkt i en erfart situasjon, eller beskrevet fortelling der temaet er den eldres livshistorie. Fortellingen skal sees i et livshistorisk perspektiv og belyses med aktuell litteratur (pensumlitteratur og annen fag- og forskningslitteratur). Litteratursøk redegjøres for i eget kapittel. Tema og teorivalg settes også inn i et vitenskapsteoretisk perspektiv. Refleksjon over fortellingen skal kunne peke på konsekvenser for egen fagutøvelse. Eventuelle pasientopplysninger skal være anonymisert. Semesteroppgaven skal være et individuelt arbeid og skal skrives i samsvar med utdanningens retningslinjer for profesjonell skriving. Studenten får tildelt veileder, og studenten tar initiativ til veiledningsmøtene. Oppgaven blir vurdert til bestått eller ikke bestått. Oppgaven skal ikke overskride 4000 ord.

b. Seminar med fremlegg

Mot slutten av andre semester arrangeres eksamen i form av seminar med studentfremlegg ut fra gitt oppgave. Studentene deles inn i grupper på inntil tre, og hver gruppe gir en muntlig presentasjon hvor ett eller flere sentrale teoretiske perspektiv diskuteres eller eksemplifiseres. Alle i gruppen må være aktive slik at den enkelte students bidrag fremstår tydelig. Det settes av inntil 30 min. til oppklarende spørsmål fra sensor(er). Sensor(er) kan åpne opp for innspill fra medstudenter. Seminarfremleggene vurderes av to interne sensorer til bestått/ikke bestått. Vurderingen er individuell. Sensuren meddeles studentene individuelt etter endt seminar. De som ikke består får skriftlig tilbakemelding. Er eksamensfremlegget ikke bestått, gies det anledning til å fremstille seg på ny innen en viss tidsfrist.

c. Fordypningsoppgave

Modulen avsluttes med en fordypningsoppgave. Semesteroppgaven og seminar med framlegg må være bestått. Oppgaven har et omfang på 12 studiepoeng. Oppgavens omfang er maks 10000 ord. Til fordypningsoppgaven skal studenten legge fram et selvvalgt pensum på ca 500 sider. I tilknytning til fordypningsoppgaven gjennomføres det en muntlig høring. Det gis gradert karakter.

Oppgaven skal være rettet inn mot studentens eget fagområde i eldreomsorgen, og inneholde drøfting av en eller flere sentrale problemstillinger som er relatert til praksis. Den skal bære preg av studentens selvstendige vurderinger og vise evne til å behandle stoffet saklig, kritisk og analytisk.

Det utarbeides egne retningslinjer for fordypningsoppgaven og muntlig høring

3.2

Modul 1 b. Psykisk helsearbeid (60 studiepoeng) ^{*)}



Foto: Jogeir Berg

^{*)} Studiets Modul 1 b bygger på Rammeplan for Videreutdanning i psykisk helsearbeid, fastsatt av Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet 27. mai 1997 og tilhørende forskrift datert 01. desember 2005. Modul 1 b i masterstudiet er identisk med høgskolens fagplan for Videreutdanning i psykisk helsearbeid – tverrfaglig fordypning i psykososialt arbeid.

Modulen kan både gjennomføres som egen, selvstendig videreutdanning, og den kan på visse vilkår godkjennes som første del av mastergrad i helse- og sosialfag – kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper ved Høgskolen i Molde. Det gis egen karakterutskrift ved fullført videreutdanning.

3.2 Modul 1 b. Psykisk helsearbeid (60 studiepoeng)

Psykisk helsevern har tradisjonelt vært betraktet som en medisinsk disiplin. Fra slutten av 1800-tallet har behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser, både akutte og kroniske, vært lagt til store institusjoner som var isolert fra samfunnet for øvrig. Disse institusjonene fungerte som selvforsynte lukkede samfunn. I dag er imidlertid integrering av pasientene i samfunnet presentert som en bedre løsning. Det er mange årsaker til denne endringen, bl.a. at det ble utviklet medikamenter som demper alvorlige symptomer og avvikende atferd. Forskning viste også til uheldige virkninger av langtidsopphold som kronifisering, tap av selvbestemmelsesretten. Videre synes store økonomiske investeringer i institusjonell behandlingsevne å gi svak behandlingseffekt. Den generelle velferdsutviklingen i samfunnet med trygde- og sosialordninger, gjør det mulig for denne pasientgruppen å leve et bedre liv utenfor institusjon.

Institusjonsnedbyggingen som reform har vært tydelig både i Europa og USA. Men konsekvensene av den har vært motsetningsfylte. En har beveget seg fra institusjonsløsninger mot noe en forholdsvis diffust har kalt åpen omsorg, lokalsamfunnspsykiatri eller sosialpsykiatri. I motsetning til HVPU-reformen har dette skjedd gradvis i Norge og med mindre styring gjennom sentrale retningslinjer og tilføring av økonomiske midler. Reformen er derfor betegnet som en taus reform. Det største problemet synes å være at en samtidig med nedbyggingen ikke har greid å gjennomføre en oppbygging av tjenester til mennesker med psykiske lidelser i kommunene.

De siste årene har imidlertid kommunene blitt tilført (øremerkede) midler til planlegging og iverksetting av tiltak. Hjelperne har begynt å høste erfaring med nye arbeidsformer, og det er utviklet teori om nye praksisformer som arbeid i ansvarsgrupper, psykoseteam, nettverks- og familiearbeid, og brukermedvirkning. Disse praksisformene forutsetter tverrfaglig samarbeid.

Dagens helseproblemer og sosiale utfordringer gjør det nødvendig med nytenkning i psykisk helsearbeid. Nye politiske og faglige målsettinger for psykisk helsearbeid er det sentrale fundamentet i denne modulen.

Hovedmål

Modulen skal kvalifisere helse- og sosialarbeidere til forebyggende, behandlende og rehabiliterende arbeid med mennesker som har psykiske problemer innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Modulen skal for det første bidra til at studentene skal:

- utvikle sine ferdigheter i å gi omsorg og hjelp til mennesker med psykiske problemer og lidelser på en måte som styrker evnen til å ta i bruk egne ressurser og øker muligheten til å mestre egen livssituasjon
- utvikle og etablere et fundament av psykoterapeutiske forståelsesmåter, holdninger og ferdigheter
- ha grundig kjennskap til ulike familie- og nettverkstilnærminger
- utvikle og styrke sin relasjonskompetanse

Utdyping av hovedmålene

Dette innebærer at studiet utvikler og styrker studentenes kompetanse innen psykisk helsearbeid med holdninger, forståelse og ferdigheter som

1. oppleves utviklende, styrkende og forsonende for mennesker med psykiske lidelser og deres personlige sosiale nettverk
2. fremmer mulighetene for mennesker med psykiske lidelser til å velge og skape seg et liv på egne premisser med tilknytning og fellesskap i et personlig nettverk.
3. fremmer levekår, helse og livskompetanse hos mennesker med psykiske lidelser
4. bygger på kritiske vurderinger av evidensbasert kunnskap og akkumulert, klinisk erfaring og de begrensninger og muligheter dette gir i møte med individ, nettverk og praktiske og faglige rammer.
5. har grunnlag i egne fag og yrkesfunksjoner og som stimulerer til tverrfaglig samarbeid, videre fagutvikling og fordypning.

Innhold

Basisdelen(hovedemne 1–3)

I basisdelen skal studentene tilegne seg kunnskap og kompetanse som skal videreutvikles i den tverrfaglige fordypning i psykososialt arbeid. Studiet har et klinisk fundament. Selv om det medisinske behandlingsperspektiv i forhold til psykiske lidelser dekkes i form av forelesninger om for eksempel genetik, sykdomsmodellen og psykofarmakologi, så ligger ikke studiets hovedfokus der. Et av hovedmålene med studiet er å videreutvikle studentenes relasjonskompetanse. Dette ivaretas gjennom en grunnoppfatning av at individet best kan forstås og hjelpes i et samhandlingsperspektiv (systemisk fundament) og en indregjering av ulike psykoterapeutiske perspektiver og intervensjonsmetoder (psykoterapeutisk fundament). De to fundamentene er utfyllende og til dels overlappende. Felles for dem er at de er redskaper for å åpne lukket eller begrensende kommunikasjon, og at de gjennom dette kan fremme vekst og utvikling.

Fordypningsdel(hovedemne 4-5)

Begrepet psykososialt arbeid indikerer at psykisk helsearbeid omhandler både psykologiske og sosiale aspekter av menneskers liv, helse og sykdom. Når termen psykososial benyttes, avspeiler dette at psykiske forhold i individet er nært knyttet til de sosiale strukturer og relasjoner som det er i og omgis av. Vi definerer psykososialt arbeid som en prosess rettet mot utvikling av enkeltmenneskets ressurser og mestring. Denne prosessen tar utgangspunkt i brukerens kompetanse og ferdigheter i samarbeidet om å muliggjøre et liv på egne premisser. Det har også som siktemål å fremme brukerens behov for tilknytning og fellesskap i et personlig sosialt nettverk, herunder også til eventuelle hjelpere. Psykososialt arbeid handler også om tiltak på samfunns- og politisk nivå, slik som rettigheter, ressurser og tilgjengelighet til bolig, arbeid og aktivitetstilbud og personlig økonomi.

Grunnmuren i psykososialt arbeid vil derfor måtte handle om forståelse og ferdigheter til å etablere og vedlikeholde relasjoner bygget på respekt for den avhengighetssituasjonen brukerne er i og for hans/hennes erfaringsverden. En balansegang mellom anerkjennelse av eksisterende realiteter både på et indre og ytre plan og tilrettelegging for at brukeren kan se og finne nye muligheter vil være det sentrale.

Modulen inneholder følgende fem hovedemner:

- Mennesket, psykiske lidelser og det sosiale miljø – 12 studiepoeng
- Organisering av tjenestene for mennesker med psykiske lidelser – 9 studiepoeng

- Kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning i terapeutiske relasjoner – 9 studiepoeng
- Teori og etikk i terapeutiske relasjoner – 12 studiepoeng
- Utvikling og utøvelse av terapeutiske kompetanse – 18 studiepoeng

3.2.1 Hovedemne 1: Mennesket, psykiske lidelser og det sosiale miljø (12 studiepoeng)

Modulen vektlegger et klinisk fundament, og den hermeneutiske/fenomenologiske tradisjonen vil være sentral i undervisningen. Det vil også bli undervist i den empirisk/positivistiske tradisjon slik at forskjeller mellom denne og den hermeneutiske/fenomenologiske blir tydeligere. Det legges vekt på at de to tradisjonene har ulike anvendelser. Det blir viktig å klargjøre hvilke undersøkelsesmåter som er relevante i forhold til de temaer og fenomener som er sentrale i psykisk helsearbeid til enhver tid.

Psykisk lidelse kan relateres både til biologiske forhold hos pasienten og sosiale og kulturelle forhold i samfunnet. I denne modulen legges det vekt på forståelse av sosiale forhold og kultur, og hvordan disse forholdene kan knyttes til ulike måter å kommunisere på. De forskjellige behandlingsperspektiv i psykiatrisk behandling, forståelse, tilnærming og relasjon til pasienten, reflekterer også ulike oppfatninger av psykisk lidelse sett i relasjon til biologiske, sosiale og kulturelle forhold. Videre kan de ulike behandlingsperspektivene forstås fra en vitenskapsteoretisk-filosofisk basis. Vitenskapsteoretisk forståelse får igjen konsekvenser for forskningsfokus og metoder. Ulike behandlingsperspektiv er derfor et sentralt tema i denne modulen som det arbeides med både i kliniske studier og refleksjonsgrupper.

Aktuelle forskningsprosjekter hvor ulike psykiske lidelser og/eller behandlingstilbud er tematisert, vektlegges.

Mål

Studenten skal

- tilegne seg basiskunnskaper innen filosofi, etikk, vitenskapsteori og kunnskaper om aktuelle behandlingsperspektiver og modeller
- utvikle forståelse for hvordan sammenhenger mellom psykiske lidelser og biologiske, psykologiske, sosiale og samfunnsmessige forhold gjenspeiles i fagteorier og behandlingsperspektiver
- tilegne seg basiskunnskaper i forskningsmetoder og forskningsprosesser generelt og relatert til feltet psykisk helsearbeid spesielt

Sentrale tema

- Filosofi og metavitenskap
- Kulturforståelse
- Klinisk forskning og forskningsmetode
- Behandlingsperspektiv
- Klassifikasjon, diagnostikk, psykososial risiko og resiliens

Pensum

(Tegnet * betyr at artikkelen eller lignende er å få kjøpt i egne artikkelsamlinger.)

* Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2002) The Empirical Case for the Common Factors in Therapy. Quantitative Findings. I: Hubble, Mark A. et al: The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy. Washington DC: American Psychological Association, s. 33 – 55.

Eide, S. B.; Grelland, H. H.; Kristiansen, A.; Sævereid, H. I.; Aasland, D. G. (2003) Fordi vi er mennesker En bok om samarbeidets etikk, Bergen: Fagbokforlaget..

* Eriksen, T. H. (2001) Flerkulturell forståelse, Oslo: Universitetsforlaget, s. 36 – 72..

* Hartmann, E. (2000) Fra drift til selv: Konsekvenser for dynamisk psykoterapi. I: Holte, Arne m.fl. (red.) Psykoterapi og psykoterapiveiledning, Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17 – 44.

Haugsgjerd S.; Jensen, P.; Karlsson, B. (1998) Perspektiver på psykisk lidelse. En innføring for helse- og sosialfagene. Oslo: ad Notam Gyldendal, s. 64 – 122.

* Karterud, S. (1997) Heins Kohuts selvpsykologi. I: Karterud S.; Monsen, J. T. (red.) Selvpsykologi. Oslo: ad Notam Gyldendal, s. 13 – 28.

* Linaker, O. M. (1997) Psykiske problemer blant mennesker med psykisk utviklingshemming, Trondheim: Det medisinske fakultet, NTNU, (6 s).

* Maione, P. V.; Chenail, R. J. (2002) Qualitative Inquiry in Psychotherapy. Research on the Common Factors. I: Hubble, M. A. et al: The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy. Washington DC: American Psychological Association, s. 57 – 88.

Malterud, K. (2003) Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring Oslo: Universitetsforlaget.

Nielsen, G. H.; von der Lippe, A. L. (red.) (1993) Psykoterapi med voksne, Fem perspektiver på teori og praksis. Oslo: Tano s. 5 – 131.

* Raskin, J. D. (2002) Constructivism in Psychology: Personal Construct Psychology, Radical Constructivism and Social Constructivism. I: Raskin, J.D., Bridges, K. (Eds) Studies in meaning. Exploring constructivist psychology, New York, NY: Pace University Press, s. 1 – 25.

* Read, J. (2004) Does ‘schizophrenia’ exist? Reliability and Validity. I: Read, J. et al Models of Madness. Psychological, Social and Biological Approches to Schizophrenia. New York: Hove: Brunner-Routledge, s. 43 – 56.

Sommerschild, H.; Grøholt, B.; Garløv, I. (2001) Lærebok i barnepsykiatri, 3. utg., Oslo: Universitetsforlaget, Kap. 6, 7, 12, 18, 32.

Svartdal, F. (2004) Psykologiens forskningsmetoder – en introduksjon, 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

* Temanummer: Psykologi i en verden i forandring, Psykologisk arbeid med flyktninger, I: Tidsskrift for Norsk Psykologforening, (1995) Oslo: vol. 32, nr. 8, s. 674 - 726, s. 736 - 754.

Thornquist, E. (2003) Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori. Bergen: Fagbokforlaget.

* Urnes, Ø. (1997) Utviklingspsykologi og selvpsykologi. I: Karterud, S.; Monsen, J. T. (red.) Selvpsykologi. Oslo: ad Notam Gyldendal, s. 64 – 89.

Wifstad, Å. (1997) Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. Oslo: Tano Aschehougs fonteneserie, s. 13 – 70.

3.2.2 Hovedemne 2: Organiseringen av tjenestene for mennesker med psykiske lidelser (9 studiepoeng)

Å utvikle kritisk oppmerksomhet til å gjenkjenne faglige perspektiver, ideologi og praksis i måten å organisere tjenester på står sentralt. Når noen sier at ”det sitter i veggene”, vil studiet også rette søkelys mot hvordan ”det som sitter i hodene” materialiserer seg i arbeids- og organisasjonsformer, fysiske utforminger og lokalisering. Hovedemne 1 og 3 må sees i sammenheng med dette hovedemnet ettersom nevnte forhold kommuniserer og gjenspeiler menneskesyn og verdier.

Lovverket, samarbeidet og arbeidsdelingen i feltet og tvangsbehandling vil være sentrale tema. Det psykiske helsevernets historie, kvalitetsutvikling og internkontroll vil også bli behandlet her.

Mål

Studenten skal tilegne seg kunnskaper om

- sammenhenger mellom kunnskaper, oppgaver og organisasjon innen feltet psykisk helsearbeid
- gjeldende lovverk og forskrifter innen feltet psykisk helsevern
- psykiatrien og psykisk helseverns historie
- nyere organisasjonsformer og behandlingstilbud for ulike typer lidelser og problematikk

Sentrale tema:

- Viktige begreper og problemstillinger innen organiseringen av tjenestene for mennesker med psykiske lidelser:
- Psykiatriens og psykisk helseverns historie
- Organiseringen av psykisk helsevern på kommunalt og statlig forvaltningsnivå
- Helse- og sosialpolitiske føringer og nyere faglige idealer:
- Nye organisasjonsformer og behandlingstilbud
- Frivillige, selvhjelps- og brukerstyrte tiltak

Pensum

Helse- og sosialdepartementet, Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) 02.07.1999 nr. 62 Rundskriv I-10/2001, (90 s.)

Jessen, P. B., Høringsnotat Distriktpsikiatrisk senter – DPS (85 s.) Statens helsetilsyn
oktober 1999

* Källström, G. & Tholén, E. (1998) “Man behöver några som finns...” Institutionen för pedagogik och psykologi, Linköping, (30 s.)

* Larsen, H. D. (1995) Livet på Kafferisteriet. Systemisk psykoseterapi i socialpsikiatrisk regi. Fokus på familien, 1/95 s. 33 - 47.

Møre og Romsdal Fylkeskommune (desember 2000) Revidert opptrappingsplan 2000 – 2006 for den psikiatriske spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal (27 s.)

* Scott, R. W. (1998) Organizations Rational, Natural and Open systems. New Jersey Prentice Hall. Kap 1.

* Sparrman, M. (1997) Familie- og nettverksperspektiv i en vuxenpsikiatrisk organisation. Fokus på familien, 3-4/97, s. 189 – 199.

Sosial- og Helsedepartementet St. meld. nr. 25, Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.(1996-97), (164 s.)

Stortingsproposisjon nr.63(1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999- 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998, (41 s.)

3.2.3 Hovedemne 3: Kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning i terapeutiske relasjoner (9 studiepoeng)

Profesjonell og systematisk bruk av kommunikasjon og samspill vektlegges som terapeutisk hovedmetode. Å kunne gjenkjenne hvordan kommunikasjons- og samspillforståelse nedfelles og vektlegges i de ulike behandlingsperspektivene utdypes.

Hovedemnet vektlegger basal kunnskap om hvordan informasjon overføres og skaper mening, og hvordan vi kontrollerer og samordner verbale budskap med kroppsbevegelser, blikk, stemmebruk, berøring og nærhet/distanse. Videre handler det om hvordan vi strukturerer samhandling, definerer relasjonen, skaper og formidler følelser, påvirker andre og opprettholder identitet. Samspill handler om å være i synkroni eller asynkroni både i forhold til seg selv og andre. Det handler også om variasjoner i kommunikasjonsferdigheter. Dette bygger bro til undervisning i kommunikasjonsteori fra familieterapitradisjonen hvor begreper som relasjon, språk og kontekst blir sentrale. Her skapes en parallell til kulturforståelse hvor kulturen forstås som en kontekst som muliggjør kommunikasjon. Interkulturell kommunikasjon blir dermed et viktig tema.

En sentral innfallsport til kommunikasjons- og samspillforståelse blir vektlagt gjennom kunnskap fra utviklingspsykologi (bl.a. nyere spedbarnsforskning) og sosiologi. Dette skaper forbindelse

til kunnskaper hvor studentene tilegner seg grunnleggende forståelse av begreper og sentrale teorier om selvdannelse, tilknytning, empati, dialog, språk, makt og diskurs. I sin tur kan dette gi bakgrunn for å skjønne hvordan våre tolkninger av oss selv og andre virker inn på hva vi opplever som meningsfullt eller ikke, konflikter både i og mellom mennesker, symptomer og psykiske lidelser som forstyrrelser i kommunikasjon og samspill osv.

Mål

Studenten skal

- ha kunnskap om hvordan informasjon overføres og skaper mening
- ha kunnskap om sammenhenger mellom relasjon, språk og kontekst
- ha kunnskaper om kommunikasjon og samspill i et utviklingsperspektiv
- kunne gjenkjenne hvordan kommunikasjons- og samspillforståelse nedfelles og vektlegges i de ulike behandlingsperspektivene
- ha kjennskap til sentrale begreper, forståelse og utfordringer innen interkulturell kommunikasjon
- utvikle ferdigheter i systemisk intervjumetodikk
- ha kunnskaper om og kunne fremme reflekterende prosesser
- kunne utarbeide genogram og nettverkskart og benytte disse i terapeutiske relasjoner
- ha kunnskaper om og kunne fremme selvavgrensning og selvrefleksivitet i terapeutiske relasjoner

Sentrale tema:

- Basal kommunikasjons- og samspills-teori
- Kommunikasjonsbegreper og teori fra familieterapitradisjonen
- Åpne reflekterende prosesser i et språk- og samtaleperspektiv og i et språk- og nettverksperspektiv.
- Systemisk intervjumetodikk
- Kommunikasjon og samspill i et utviklingsperspektiv
- Interkulturell kommunikasjon
- Relasjoner og egenopplevelse
- Sammenhenger mellom kommunikasjon og psykopatologi
- Sammenhenger mellom kommunikasjon/samspillforståelse og behandlingsperspektiv, (jfr. hovedemne I)

Pensum

* Anderson, H.; Goolishian, H. (1996) The Client is the Expert: a Not-Knowing Approach to Therapy. I: McNamee, S.; Gergen K. J(ed) Therapy as social construction. London, Sage Publication, s. 25 – 39

* Bjørkly, S. (1994) The Scale for the Prediction of Aggression and Dangerousness in Psychotic Patients (PAD) – a prospective pilot study. Criminal Justice and Behaviour, volum 21 (3), 341 – 356.

Bjørkly, S. (1997) Aggresjon og vold. Teori, analyse og terapi. Oslo - Cappelen Akademisk Forlag.

Bråten, S. (1998) Kommunikasjon og samspill fra fødsel til alderdom, Oslo - Tano Aschehoug, s. 5 – 154.

* Hoffman, L. (1996) A Reflexive Stance for Family Therapy. I: McNamee, S.; Gergen K.J (ed) Therapy as social construction. London, Sage Publication, s. 7 – 24.

* Schibbye, A.-L. L. (1998) Å bli kjent med seg selv og andre I: Andersen, A. J. W.; Karlsson, B. (red.): Psykiatri i endring - forståelse og perspektiv på klinisk arbeid. Oslo - ad Notam Gyldendal, s.163 – 182.

* Temanummer, Eldrepsykologi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Oslo - vol. 35 - nr. 8 – 1998, s. 739 – 745..

* Tomm, K. (1984) One Perspective on the Milan Systemic Approach. Part I. Overview of Development, Theory and Practice. Journal of Marital and Family Therapy, Vol. 10, s. 113 – 125.

* Tomm, K. (1984) One Perspective on the Milan Systemic Approach. Part II. Description of Sessions Format, Interviewing Style and Interventions. Journal of Marital and Family Therapy, Vol. 10 (3), s. 253 – 271.

* Tomm, K. (1985) Circular Interviewing: A Multifaceted Clinical Tool. I: Campell, D. & Draper, R. Applications of Systemic Family Therapy: The Milan Approach, London: Grune and Stratton, s. 33 – 54.

* Tomm, K. (1987) Interventive Interviewing. Part I. Strategizing as a Fourth Guideline for the Therapist. Family Process, vol 26 (1), s. 3 – 13.

* Tomm, K. (1987) Interventive Interviewing. Part II. Reflexive Questions as a Means to enable Self Healing. Family Process, vol 26 (2), s. 167 – 183.

* Tomm, K. (1987) Interventive Interviewing. Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, Strategic or Reflexive Questions. Family Process, vol 27 (1), s. 1 – 15.

Vatne, S. (1998) Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv. Bergen – Fagbokforlaget.

3.2.4 Hovedemne 4: Teori og etikk i terapeutiske relasjoner(12 studiepoeng)

3.2.5 Hovedemne 5: Utvikling og utøvelse av terapeutisk kompetanse(18 studiepoeng)

Hovedemnene må settes i sammenheng med retningslinjer for refleksjonsgrupper, fordypningsoppgaven og kliniske studier.

Det skal legges vekt på at studentene bevisstgjøres teoretiske og faglige fundamenter fra egne fag, fra felles innholdsdel og ut fra personlige livs - og arbeidserfaringer. Dette gjøres ved at studentene oppmuntres til å bringe inn og ta i bruk kunnskaper og perspektiver fra egne fag, og skape forbindelser til utvidende og kliniske perspektiver gjennom undervisning, pensum, praksis, veiledning og refleksjon. Siktemålet er å utvikle forståelse og kritisk innsikt om handlinger i

dagliglivet og ta i bruk eksisterende teori og perspektiver for å gi disse handlingene ytterligere mening og tydeliggjøre det komplekse i samhandlingssituasjoner. Utvikling i bruk av egne følelser og reaksjoner i ulike kliniske situasjoner er også viktig for å forstå og forholde seg terapeutisk og målrettet i allianseskapende arbeid. Trening i tydeliggjøring av egne grenser er en viktig utfordring hvor nærheten til andres lidelse også blir nærhet til egen smerte og tilkortkommenhet.

I refleksjonsgrupper og kliniske studier fremmes bevisstgjøring systematisk gjennom et kontinuerlig fokus på kliniske situasjoner eller møter. Siktemålet er å forstå pasienten, situasjonen, andre - involverte og ikke-involverte, seg selv og sammenhengen mellom den kliniske situasjonen og pasientens utvikling.

Faglig og personlig kunnskapsutvikling i samspill med brukere, pårørende/nettverk og system forutsetter bevissthet om eller oppmerksomhet på egne premisser, følelser, handlinger, språk, og forholdet mellom egne intensjoner og handlinger. Dette fremmes gjennom vekselvirkning mellom nærhet og distanse, gjennom å skifte mellom aktivt engasjement og refleksjon over opplevelser og erfaringer i relasjoner. Dette utdypes ytterligere gjennom dokumentasjon, systematisering og formidling av erfaringer i skriftlige arbeider i de kliniske studier og i fordypningsoppgaven.

Mål:

Studenten skal fordype sine kunnskaper og utvikle sin terapeutiske kompetanse

- med forbindelser til eget fag og egne personlige livs- og arbeidserfaringer
- for å ta i bruk og utvikle egen kreativitet og fleksibilitet i kliniske situasjoner
- i familie- og nettverkssentrerte tilnærminger
- kliniske kontekster med ulike krav til tvang, kontroll og assistanse
- i møte med mennesker hvor temaer som seksuelle overgrep, spiseforstyrrelser, aggresjons- og voldsproblematikk, selvmordsproblematikk, personlighetsforstyrrelser og psykose er sentrale
- i møte med mennesker med biologisk betingede kommunikasjonsforstyrrelser
- i møte med katastroferammede
- i møte med etiske dilemma

Studenten skal ha kunnskaper om koordinering av psykososialt arbeid og ha ferdigheter innen

- individuell plan
- case management
- ansvarsgrupper

Studenten skal fordype sine kunnskaper og utvikle ferdigheter

- i utredning, systematisering, identifikasjon og dokumentasjon av behov, gjennomføring og evaluering av tiltak
- med etisk og juridisk forankring
- med en beskaffenhet som sikrer målsettingen for det psykososiale arbeidet

Sentrale tema

- Eget fags teorier og arbeidsmåter

- Relasjonen som basis for omsorg, hjelp og behandling i utøvelse av psykisk helsearbeid
- Ethiske dilemma
- Psykisk helsearbeid i og utenfor institusjon; ulike krav til relasjonskompetanse
- Relasjonskompetanse knyttet til individ, gruppe, familie og lokalsamfunn
- Oppøving av mellommenneskelige ferdigheter i samhandling og samarbeid
- Bevisstgjøring av personlig og faglig kompetanse
- Bevisstgjøring av egen rolle i samhandling med brukere

Pensum

Belin, S. (1999) Galskabens magt, København: Hans Reitzels Forlag, s.13 – 210.

Furman, B.; Ahola, T. (1995) Ficktjuvens återkomst. Helsingfors: Förlags AB ai-ai OY, s. 9 – 157.

Haugsgjerd, S.; Jensen, P.; Karlsson, B. (1998) Perspektiver på psykisk lidelse. En innføring for helse- og sosialfagene. Oslo: ad Notam Gyldendal, (kap. 7) s. 306 – 361.

Marnier, T. (1994) Kom lad os snyde problemet. Eksternalisering i familierapi etter Michael White og David Epstons metode. København: Hans Reitzels Forlag. s. 7 – 107.

Nielsen, G. H.; von der Lippe, A. L. (1993) Psykoterapi med voksne, Fem perspektiver på teori og praksis. Oslo: Tano, (Del II) – s. 135 – 340.

Reichelt, S.; Haavind, H. (red) (1996) Aktiv psykoterapi. Oslo - Ad Notam Gyldendal, (Kap. 2) - s. 47 – 57, (Kap. 3) - s. 59 – 68, (Kap. 10) - s. 213 – 242, (Kap. 11) - s. 245 – 278.

Seikkula, J. (2000) Åpne samtaler, Oslo: Tano Aschehoug.

Wifstad, Å. (1997) Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse Oslo: Tano Aschehoug, (Kap. 7) – s. 127 – 144, (Kap 11) – s. 197 – 215.

Andersen, A. J. W. (1997) Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. Del II, kap. 4 og 6, Del III, kap. 7, Del IV, kap. 10.

Artikkelsamling fra:

Fokus på familien - *Tidsskrift for familiebehandling*, Scandinavian University Press.

* Finne, I.; Balmbrå, S.; Pedersen, O.J.; Willumsen, L.; Sårheim, S. (1994). Nå gjelder det Astrid. Fokus på familien nr. 4, s. 232 – 243.

* Baird, M. & Leikvam, J. (1996) Familietilnærming ved akutte kriser. Fokus på familien nr. 3, s. 147 – 155.

* Rimehaug, T. & Helmersberg, I. (1995) Barnepsykiatrisk utredning - fra produkt til prosess. Fokus på familien nr 3, s. 145 – 156.

- * Haaland, B. H., & Haugland, B. S. (1996) Perspektiv på barna i arbeid med rusmisbrukende foreldre. Fokus på familien, nr 1, s. 16 – 28.
- * Vedeler, G. H. (1994) Klienten og terapeuten mellom flere hjelpere. Fokus på familien nr. 2, s. 85 – 93.
- * Holmberg, B. & Berg, R. (1994) Miljøterapi + familieterapi = sant. Fokus på familien nr. 2, s. 116 – 125.
- * Brekke, M. (1994) Når smerten er i kroppen. Fokus på familien nr. 2, s. 79 – 84.
- * Skårderud, F., (1991) Sultekunstnere. Han lukker munnen, men snakker med dobbel tunge. Fokus på familien nr. 2, s. 63 – 72.
- * Solheim, J. (1991) Om å ta kroppen på ordet. Anoreksi som kroppsspråk, Fokus på familien nr. 2, s. 73 – 83.
- * Røer, A. (1991) Snyltevepser og forkledde agenter, Fokus på familien nr.2, s. 104 – 109.

3.2.6 Studie- og arbeidsformer

Studiet legger vekt på utvikling av terapeutisk kompetanse. Studentaktive og tverrfaglige arbeidsformer blir derfor vektlagt. I tillegg til forelesning vil det bli benyttet undervisningsmetoder som gruppearbeid og rollespill i tverrfaglig sammensatte grupper, slik at felles problemstillinger kan belyses ut fra de ulike yrkesgruppens perspektiv. Det forutsettes at studentene anvender sine kunnskaper og erfaringer fra grunnutdanning og arbeidsliv. Studentaktive arbeidsformer inkluderer for eksempel arbeid i refleksjonsgrupper og framleggelser av litteratur og klinisk materiale.

Kliniske studier

Prosjektpraksis/ferdighetstrening inngår i studiets fordypningsdel og utgjør 16 studiepoeng. 10 studiepoeng hentes fra direkte pasient-/klientretta studier, og 6 studiepoeng hentes fra studentenes arbeid i refleksjonsgrupper.

1. Direkte pasient/klientretta studie (10 studiepoeng):

Studentene skal i 3. semester gjennomføre 7 ukers (210 timer) veileda kliniske - /brukerretta studier. Inntil 1 av disse ukene (30 timer) kan studenten benytte til hospitering ved andre institusjoner, men slik at 6 av ukene i de kliniske/brukerretta studiene blir tidsmessig sammenhengende. All hospitering må være innen feltet psykisk helsearbeid og dokumentert for å bli godkjent.

Mål

Gjennom samspill, refleksjon og veiledning skal studenten utvide sine kunnskaper og evner sammen med brukerne, deres hjelpere og andre involverte til å identifisere synlige ressurser, aktuelle problemer, behov og ønsker. I dialog med brukerne, deres hjelpere og andre involverte

skal studenten bidra til å anerkjenne og gyldiggjøre deres erfaringer og viten, søke etter gjensidig forståelse/ perspektiv, mening og økte muligheter. I dette ligger også at studenten bidrar med kunnskap fra eget fag der denne har særlig relevans.

2. Brukerretta prosjektpraksis/refleksjonsgrupper (6 studiepoeng).

Studiet er organisert slik at studentene tidlig starter arbeid i refleksjonsgrupper.

En tilstreber at gruppene skal være tverrfaglig sammensatte og at deltakerne gjerne har ulike praksisbakgrunn. Lærer/veileder vil delta på gruppemøtene innenfor de rammer som er skissert i retningslinjene. Studentene skifter på å være gruppeleder, og det skal skrives referat fra gruppesamlingene. Deltakelsen i samlingene er obligatorisk.

Det faglige innholdet skal tilrettelegges fra skolen i samarbeid med deltakerne.

Det er studentenes ansvar å ha med klinisk materiale til gruppetimene og ha gjennomgått aktuell litteratur på forhånd. Hovedfokus skal ligge på hva studentene kan si og gjøre for å skape en åpen dialog med mennesker med psykiske lidelser. Lærer/veileder skal tilføre praktisk-klinisk kunnskap om de sentrale behandlingsretningene, fremme refleksjon, hjelpe studenten med å tydeliggjøre egne læringsforutsetninger og ta ansvar for egen læring. Lokal forankring av gruppene vil bli vektlagt ved etablering av gruppene. Det er utarbeidet egne retningslinjer for arbeidet i refleksjonsgruppene.

3. Forskningsforberedende ferdighetstrening

Studiet vektlegger at studentene gis ferdighetstrening gjennom undervisning, gruppearbeid og skriftlig arbeid i form av innleveringsoppgaver:

1. Et essay med kritisk drøfting av vitenskapsteoretiske perspektiv på en problemstilling som er relevant for kliniske hjelperelasjoner. Ivaretas gjennom skriftlig individuell hjemmeoppgave, jf punkt 3.2.7.1.
2. Litteratursøk med presentasjon av sammendrag, som bakgrunn for problemstilling relevant for kliniske hjelperelasjoner knyttet til fordypningsoppgaven. Ivaretas gjennom arbeidet med fordypningsoppgaven, jf punkt 3.2.7.4.
3. Kritisk vurdering av en kvalitativ og kvantitativ forskningsartikkel med bakgrunn i forskningskrav og prinsipper. Ivaretas gjennom egne studentframlegg og medfølgende drøftinger i undervisning og refleksjonsgrupper. Innlevering av gruppearbeid kan være aktuelt.
4. Presentasjon og analyse av en klinisk situasjon med utledning av kunnskap som har betydning for klinisk praksis. Framstillingen av dette kan utformes som narrativ/fortelling med fokus på kliniske hjelperelasjoner – og/eller som kasusillustrasjoner. Det må gjøres rede for hvordan empirien er framkommet (kilder og kontekst). Ivaretas gjennom arbeidet med praksisrapport, jf punkt 3.2.7.3.

3.2.7 Vurderingsordning

1. Skriftlig individuell hjemmeoppgave

Oppgaven vil ha fokus på klinisk materiale som skal behandles teoretisk i lys av vitenskapsteori og kliniske perspektiver – maksimum 2000 ord.

Evalueres med bestått/ikke bestått og med kommentarer

2. Eksamen i basisdel

Etter hovedemne 1 - 3 avlegges en 6 timers skriftlig skoleeksamen.

Utformingen av oppgavene vil ha den samme formen som den skriftlige hjemmeoppgaven.

Eksamen bedømmes med gradert karakter.

3. Klinisk praksis (inklusive praksisrapport)

Det er utarbeidet egne retningslinjer for klinisk praksis, inklusive praksisrapport.

I tilknytning til klinisk praksis skrives en individuell oppgave i form av en praksisrapport – max 2000 ord. Rapporten skal beskrive en eller flere situasjoner fra praksis. Disse skal analyseres i lys av hovedmål og de ideelle formålene med praksisstudiene. Analysen skal også ha med en vurdering av om situasjonen bidro til å fremme eller hemme vekst og utvikling for brukeren og for eventuelt andre i vedkommendes sosiale nettverk.

Praksisrapporten må også omhandle hvilken utredning og diagnostikk som lå til grunn for valg av overordna behandlingstilnærming utover de situasjonene som beskrives. Dette valget skal også vurderes i forhold til evidensbasert kunnskap og akkumulert, klinisk erfaring vedrørende den bakenforliggende problematikken.

Kliniske studier og praksisrapport vurderes til bestått/ikke bestått.

4. Fordypningsoppgave

Det er utarbeidet egne retningslinjer for fordypningsoppgaven

Studenten skal levere en fordypningsoppgave i siste semester. Oppgaven er en eksamen, og det gis gradert karakter. Fordypningsoppgaven skal ha et omfang på 9 studiepoeng og maks 8000 ord. For å få vurdert fordypningsoppgaven må studenten ha bestått både eksamen i studiets basisdel og kliniske studier.

Fordypningsoppgaven skal være rettet inn mot studentens eget fagområde i psykisk helsearbeid, og inneholde drøfting av en eller flere sentrale problemstillinger som er relatert til praksis. Den skal bære preg av studentens selvstendige vurderinger og vise evne til å behandle stoffet saklig, kritisk og analytisk.

I forbindelse med forberedelser til oppgaven skal studentene gjennomføre litteratursøk relatert til det temaet oppgaven skal omhandle. Sammendrag av dette skal danne bakgrunn for utformingen av problemstillingen og inngå i en prosjektplan som blant annet inneholder den antatte sammenhengen mellom problemstilling, forskningsmetode og etikk.

5. Avsluttende eksamen i kliniske tema

Modulen avsluttes med en individuell muntlig eksamen med utgangspunkt i kliniske tema (kasustikk) som kan være hentet fra hele modulens pensum.

Det gis gradert karakter.

4.0

STUDIETS 2. ÅR – OBLIGATORISKE MODULER (60 studiepoeng)

Modul 2	Vitenskapstori og metode (15 stp.)
Modul 3	Kliniske hjelperelasjoner (15 stp.)
Modul 4	Mastergradsoppgaven (30 stp.)



Foto: Arne Strømme

Studiets første år hadde fokus på problem relatert til helse og lidelse, samt tap av funksjon og hvordan opprette og vedlikeholde en relasjon som er virksom for pasienten. I studiets andre år legges det opp til en videre fordypning i den kliniske hjelperelasjonen. Dette gjøres gjennom å belyse ulike dimensjoner i relasjonen. Hovedemnene er her pasient- og brukerperspektivet, omsorgsperspektivet og det terapeutiske perspektiv. I tillegg har en her en egen modul i vitenskapsteori og metode. Dette vil være en videreføring og fordypning av tilsvarende emne fra 1. studieår.

4.0 2. ÅR – OBLIGATORISKE MODULER (60 studiepoeng)

Studiets første år hadde fokus på problem relatert til helse og lidelse, samt tap av funksjon og hvordan opprette og vedlikeholde en relasjon som er virksom for pasienten. I studiets andre år legges det opp til en videre fordypning i den kliniske hjelperelasjonen. Dette gjøres gjennom å belyse ulike dimensjoner i relasjonen. Hovedemnene er her pasient- og brukerperspektivet, omsorgsperspektivet og det terapeutiske perspektiv. I tillegg har en her en egen modul i vitenskapsteori og metode. Dette vil være en videreføring og fordypning av tilsvarende emne fra 1. studieår.

4.1 Modul 2: Vitenskapsteori og metode (15 studiepoeng)

De tidligere praksisrettede utdanninger – de gamle yrkesutdanningene – gav ofte et ufullstendig teoretisk grunnlag for yrket. Dagens universitets- og høyskoleutdanninger gir studentene grundige teoretiske kunnskaper, men kan ha problemer med å forene teori og praksis på en tilfredsstillende måte. Vitenskapsteori skal i dette studiet gi et grunnlag for å arbeide med begreper, begrepsdanning og begrepsanalyser med utgangspunkt i praksis. Viktig her blir å kunne se omsorg og behandlingssideologier ut fra ulike vitenskapsteoretiske perspektiver. Modulen skal gi studentene en innføring og opplæring i bruk av vitenskapsteoretiske perspektiver og metoder, som gir grunnlag for forskning og slik sette dem i stand til å gjennomføre vitenskapelig arbeid. Modulen skal legge vekt på både kvalitative og kvantitative metoder, inklusiv kunnskap i statistikk og databehandling.

Hovedmål:

Studentene skal tilegne seg:

- sentrale vitenskapsteoretiske begrep, tradisjoner og perspektiv
- evne til å kritisk vurdere rollen som kunnskapsformidler og profesjonsutøver i pasientrelasjoner
- innsikt i den kvantitative og kvalitative metodetradisjon og forholdet mellom dem
- evne til etisk refleksjon rundt forsknings- og formidlingsprosessen
- kunnskaper og ferdigheter i statistikk og databehandling
- kunnskaper om bruk av skriftlige kilder

Modulen forutsetter at studentene har hatt elementær innføring i samfunnsvitenskapelige metoder på grunnutdanningsnivå.

Innhold:

Modulen vil belyse disse hovedperspektivene:

- Positivism og logisk empirisme
- Hermeneutikk
- Fenomenologi
- Kritisk teori
- Postmodernistiske perspektiver

Aktuelle tema vil være:

- Forholdet mellom subjekt og objekt i vitenskapen
- Intersubjektivitet
- Årsaksbegreper
- Forholdet mellom natur og kultur
- Kunnskapsbegrepet i teori og praksis
- Forholdet mellom kvantitet og kvalitet
- Vitenskapskritikk
- Ulike forskningsdesign og metoder for datasamling og dataanalyse
- Vitenskapelig skriving

Arbeidsoppgaver- godkjente øvinger

- (1) Uforming av forskningsprotokoll med projektskisse som innbefatter vitenskapsteori, design og metode
- (2) Presentasjon av data fra henholdsvis observasjon / intervju som datainnsamlingsmetode med analyse av data
- (3) Utvikling av og kritisk analyse av spørreskjema /kritisk vurdering av kliniske målemetoder
- (4) SPSS trening med analyse av kvantitativt datamateriale, medisinsk statistikk
- (5) Vitenskapelig skriving, med vekt på skriveprosesser knyttet til masteroppgaven

Arbeidsoppgavene kan foregå som arbeidsseminar og evt. som innleveringsoppgaver.

Pensum

Ca. 300 sider vitenskapsteori og ca. 300 + 300 sider metode

Bowers, D., House A., Owens, D. (2001). Understanding clinical papers. New York: Wiley, 202 s.

Fossåskaret, E. (1997). Har kunnskap sin rett? Etske utfordringer ved å distansere seg fra det nære. I Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L. og Aase. T. H. Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo: Universitetsforlaget, 17s.

Kjendstadli, K. (1997). Å analysere skriftlige kilder. . I Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L. og Aase. T. H. Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo: Universitetsforlaget, 30 s.

Kvale, S. (1997). Interview En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Tredje del (s. 91 – 263), København: Hans Reitzels Forlag, 172 s.

Kvernbekk, T. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver i Lund, T. (red) Innføring i forskningsmetodologi. (s.19 – 78). Oslo: Unipub, 60 s.

Løvås, G. G. (2004). Statistikk for universiteter og høyskoler. (s.207 – 357) Oslo: Universitetsforlaget, 150 s.

Molander, B. (1996). Kunnskap i handling, kap. 2, 3, 5 og 6. Gøteborg: Daidalos, 107 s.

Nordtvedt, P. og Grimen, H.(2004) Sensibilitet og refleksjon, Filosofi og vitenskapsteori for helsefag, kap. 7, 8 og 9: Gyldendal akademiske (65 sider)

Paulgaard, G.(1997). Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler? I Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L. og Aase. T. H. Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo: Universitetsforlaget, 23 s.

Skjervheim, H. (2003). Deltakar og tilskodar i Skjervheim, H. Deltakar og tilskodar og andre essays. (s. 51 – 72), Oslo: Tanum-Norli A/S, 20 s.

Vetlesen, A. J. og Stänicke, E.(1999). Fra hermeneutikk til psykoanalyse (kap. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 12), Oslo: ad Notam Gyldendal, 158 s.

4.2 Modul 3: Kliniske hjelperelasjoner (15 studiepoeng)

De to modulene i studiets første år retter seg mot pasienter/brukere med ulike lidelser og helseproblemer forårsaket av henholdsvis aldring og psykiske lidelser. Gjennomgående tema i begge modulene er relasjonen mellom hjelper og bruker. I studiets andre år skjer en videre fordypning i den kliniske hjelperelasjonen på et generelt og overordnet teoretisk nivå, så vel som metodisk og praktisk.

Kliniske hjelperelasjoner innebærer direkte omsorgs- og behandlingsvirksomhet, både i somatisk og psykisk helse- og sosialfaglig arbeid. Helse- og sosialfagutdanningene har tradisjonelt fokusert på brukeren; brukerens symptomer, sykdommer, lidelser og funksjonssvikt. Denne modulen vil vektlegge forholdet hjelper - bruker ved spesielt å fokusere på relasjonen. Ved å belyse relasjonen vil man i tillegg til å fokusere på brukeren også fokusere på hjelperen. I denne sammenhengen vil vi også få fram relasjonenes betydning i helbredelsesprosessen.

Innenfor denne modulen vil det være nødvendig å fokusere på ulike begreper/perspektiv på hjelperelasjonen. De emner vi har valgt å belyse er; pasientperspektivet, omsorgsperspektivet, brukermedvirkningsperspektivet og det terapeutiske perspektivet. En fellesnevner for disse perspektivene vil være kommunikasjon i hjelperelasjoner. Kommunikasjon forstås i denne sammenheng som samhandling i vid betydning, som språk, kroppslig uttrykk og handling. Kommunikasjon vil derfor være et gjennomgående tema i de fire perspektivene som presenteres.

Hovedmål

Denne modulen skal gjennom teoretisk kunnskapstilegnelse, systematisering av erfaring og refleksjon, gi studenten mulighet til fordypning og videreutvikling av sin relasjonelle kompetanse.

Studentene skal tilegne seg:

- Studentene skal ha kunnskap, innsikt i og ferdigheter i språklige, kroppslige, handlingsmessige forhold i hjelperelasjonen.
- kunnskap om ulike perspektiv på sykdom og avvik, eksempelvis naturvitenskapelig (disease), fenomenologisk (illness) og antropologisk/kulturelt (sickness)
- kunnskap om ulike perspektiv på hjelperelasjonen, eksempelvis omsorgs-, terapi - og brukermedvirkningsrelasjon

Innhold

Fagstoffet er hentet fra overordnede teorier innen natur-, samfunns- og humanvitenskapelige fag og vitenskap utviklet innen helse- og sosialfagene. Sentrale faglige problemstillinger søkes drøftet opp mot helse- og sosialfaglige tilnærminger. Et vesentlig element er koblingen mellom teori og praksis. Utgangspunktet for utøvelsen innenfor disse yrkene ligger derfor i skjæringspunktet mellom vitenskapsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og etikk. Fagstoffet er fordelt på følgende fem hovedemner: pasient- og brukerperspektiv, omsorgsrelasjon, terapeutisk relasjon, brukermedvirkningsrelasjon og kommunikasjonsperspektiv på relasjonen. Disse emnene kan inneholde både påbyggende og overlappende tema.

4.2.1 Hovedemne 1: Pasient- og brukerperspektivet

Helse- og sosialtjenesten har ofte blitt kritisert for å møte pasienter/klienter/pårørende med en ”eksperttilnærming”, som står i motsetning til pasienters (påførendes) oppfatninger. I hjelperelasjonen er det viktig med perspektiv som tar utgangspunkt i pasientens/klientens virkelighetsforståelse. Dette innebærer at personens egen oppfatning av sykdom/avvik/lidelse og behov for hjelp blir et viktig forhold i behandlingen.

Brukermedvirkning vektlegger hvordan pasient og fagperson kan samarbeide i en hjelperelasjon. Dette er blitt både en politisk og faglig ideologi som skal ha konsekvenser for helse- og sosialfagene. Perspektivet har røtter i forbrukerbevegelsen og retter fokus mot at brukeren er den som eier problemene og derfor også vet best hvilken hjelp han/hun har behov for, noe som skaper store utfordringer både for bruker og hjelper i krevende hjelperelasjoner.

I dette hovedemnet drøftes også pasient- og brukerperspektivet i forhold til hverandre.

Mål

Målet med dette hovedemnet er at studenten får kunnskaper om hvordan kliniske hjelperelasjoner påvirkes av pasientens erfaringsbakgrunn og sykdomsforståelse, samt hvordan helsearbeideren kan få best forståelse for pasientens problemer. Studenten skal videre tilegne seg kunnskaper og innsikt i brukerperspektivets røtter, ideologi og konsekvenser for praksis. Studenten skal også forholde seg kritisk til egen praksis ut fra et brukerperspektiv.

Sentrale tema

a) Ulike perspektiver i forståelse av sykdom g deres innvirkning på relasjonen

- Illness
- Disease
- Sickness

b) Brukerperspektivet og empowerment

- Teoretisk grunnlag
- Konsekvenser
- Praksisformer

c) Aspekter knyttet til pasientens opplevelse av sykdom og lidelse

- den meningsfulle og uttrykksfulle kroppen
- forståelse, tolkning og definisjon av symptomer
- erkjennelse av symptomer på sykdom og lidelse
- opplevelse av egenkontroll
- bruk av begreper og symboler knyttet til sykdom og lidelse
- reaksjoner /handlinger ved sykdom og lidelse
- opplevelse av håp og mestring

c) Pasientrollen i et kjønnsperspektiv

- kjønn som gender og sex - tilnærming, forståelse og konsekvenser
- forståelse av sykdoms og lidelse og sykdomsatferd i et kjønnsperspektiv

- den kvinnelige og den mannlige pasient

Pensum ca 300 sider

Anderson, R. M. (2005) Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm, Patient Education & Counseling. 57 (2): 153:7. (5 sider)

Askheim, O. P. (2003) Fra normalisering til empowerment Ideologier og praksis I arbeid med funksjonshemmede, kap.7 og kap.10, (44 sider)

Bengtson, Jan (1993) Sammanflätningar, Husserls og Merleau- Pontys fenomenologi, Daidalos, s.59 – 90 (kap.9, 10, 11 og 12). (82 sider)

Dahle, R. (2005) Kjønn i moderne helsevesen. I Foss, C og Ellefsen, B: Helsetjenesteforskning, perspektiver, metoder og muligheter, Oslo: Universitetsforlaget (20 sider)

Foss C.(2000) "Kjønn som variabel i pasienttilfredshet" Tidsskrift norsk lægeforening nr.27;120:3283-6. (4 sider)

Kleinman, A. (1988) The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Conditions (kap. 1,2,3 og 10). Basic Books, Inc., Publishers. New York (65 sider)

Kleinman, A. (1991) Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience, Culture, medicin & Psychiatry. 15 (3): 275 – 301, Sept. (26 sider)

Kretlow F. (1990)"A phenomenological view of illness" The Australian Journal of Advanced Nursing vol.7,no. (3 sider)

Lunde, I.M. (1990) "Sykdom som erkendelsesproces" kap.13 i Patienters egenvurdering – et medicinsk perspektivskift FADL`s forlag København. (7 sider)

Lupton D. (2001) Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies. Kap.4.(25 sider) London, Sage publication

Løvlien M. (2001) "Blir kvinners hjerte tatt på alvor?" Vård i nord, 1, vol/ årgang 21, (4 sider)

Nordtvedt, P. og Grimen, H.(2004) Sensibilitet og refleksjon, Filosofi og vitenskapsteori for helsefag, kap. 1, Gyldendal akademiske (16 sider)

O'Neill E.S. (2001) "The symptom experience of women with cronic illness" Journal of Advanced Nursing 33 (2), 257-268. (12 sider)

4.2.2 Hovedemne 2: Omsorgsperspektivet

Omsorg er et overordnet begrep i enhver hjelperelasjon i helse - og sosialfagene. Omsorgsutøvelse er bl.a. basert på medfølelse, medlevelse, tillit, allianse, men også plikt til å gi faglig tilfredsstillende hjelp som kan innebære makt. Omsorgen er derfor tvetydig, dvs. at hjelperen står i ulike dilemmaer som innebærer forhold mellom omsorgssvikt og omsorgsovertakelse, med fare for overgrep.

Mål

Studentene skal tilegne seg kunnskap og innsikt i sentrale teorier om omsorg, og forholde seg kritisk til ulike konsekvenser av en omsorgsrelasjon i praksis

Sentrale tema

- Omsorgens egenskaper og tvetydighet
- Deltaker - tilskuer
- Omsorgsrasjonalitet i spenn mellom verdirasjonalitet - formålsrasjonalitet - kommunikativ rasjonalitet

Pensum ca 300 sider

Fineman, S (ed) (1993). Emotion in Organizations. Sage Publications Ltd: London.
Part 1, Organizations as Emotional Arenas; side 9-35, (26 sider), Emotions and the Myth of Rationality; side 36-58, (22 sider)

Lykkeslet, E. (2003) Pasientkjennskap, å leve med pasienter, å se pasienter og sense pasienter, Kap.7,8, 9,10 og 11 I Bevegelig handlingskunnskap, Avhandling for dr. polit graden Universitetet i Tromsø. (55 sider)

Martinsen, K (1988) Omsorgsbegrepet I og II: Sykepleien nr. 12, s. 17-21, nr.13, s. 14-20. (11 sider)

Nordtvedt, P. og Grimen, H.(2004) Sensibilitet og refleksjon, Filosofi og vitenskapsteori for helsefag, kap. 3,4 og 6, Oslo: Gyldendal akademiske (55 sider)

Ruyter; K.W og Vetlesen, A.J (2001) Omsorgens tvetydighet: egenart, historie og praksis. Oslo. Gyldendal akademiske. Kap. 2 Profesjonell omsorg- dyd eller ferdighet, side 41-65, 24 sider. Omsorg i praksis - ideer og problemer i fortid og nåtid, s.66-89, (23 sider)

Svenneby Elin, (1996) Omsorgsbegrepets tvetydighet del I og del II, Tidsskriftet sykepleien nr. 5, s. 53 – 56 og nr. 6, s. 58 – 61, (4 sider).

Tornquist, Eline (1998). Klinikk kommunikasjon informasjon, ad Notam Gyldendal, s.17 – 42 (kap. 1,2 og 3) og s.127 – 172 (kap.7 og 8), (70 sider).

Vatne, S. (2003) Ulike rasjonalitetsoppfatninger: Relevans for omsorgspraksis. I Korrigere og Aerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting på en akuttpsykiatrisk behandlingspost. Avhandling for dr. polit-graden, Universitetet i Oslo (21 sider)

Wærness, K. (1984) The rationality of caring. Economic and Industrial Democracy, 5, s 185 - 211, (26 sider)

4.2.3 Hovedemne 3: Det terapeutiske perspektivet

Det er etter hvert godt forskningsmessig dokumentert at kvaliteten i det terapeutiske forholdet i mange sammenhenger har like stor betydning som pasientinnsikt og spesifikke intervensjoner for å skape en positiv utvikling hos mennesker som befinner seg i psykiske livskriser. Slike kriser kan være utløst av en rekke forhold som: ulykker, dødsfall, samlivsbrudd, og kroniske lidelser av primært somatisk eller psykisk karakter. De psykiske merbelastningene knyttet til kroniske lidelser er godt dokumentert i faglitteraturen. Livet til disse menneskene og deres nettverk vil som oftest være preget av tilbakevendende kriser knyttet til de forverringsfaser slike tilstander kan være kjennetegnet av. I disse fasene ser en vanligvis omfattende svikt i kognitive og følelsesmessige selvregulerende system hos enkeltindivid og i nettverket til denne personen. Vanlige kommunikasjonsformer (rådgiving, informasjon, tradisjonell opplæring, osv.) er som oftest utilstrekkelige. Dette stiller spesielle krav til behandlerne som skal støtte og hjelpe disse menneskene.

Mål

Målet er at studentene skal skaffe seg kunnskap, innsikt og ferdigheter om hvordan etablere og ivareta terapeutiske relasjoner, for at de råd og behandlingsanvisninger som gis skal bli oppfattet og nyttiggjort av pasienten.

Sentrale tema

- Terapeutisk intervensjon
- Habilitering
- Rehabilitering
- Tilbakefallsforebygging/risikohåndtering

Pensum ca 300 sider

Beck, A.T., & Weishaar, M. (2004). Cognitive therapy. I R.J. Corsini & D. Wedding (Red.). Current Psychotherapies (7th Edition) (side 238-269). Belmont, Ca: Brooks/Cole. (31 sider)

Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy. I D. Wedding & R.J. Corsini (Red.). Case studies in psychotherapy(4th Edition) (side 115-133). Belmont, Ca: Brooks/Cole. (18 sider)

Haaland, K.R. (2005). LØFT og narrativer i profesjonelle samtaler. Oslo: Universitetsforlaget. (166 sider)

Holte, A. (2000). Basal kommunikasjonsteori: Har psykoterapeuter noe å lære? I A. Holte, M.H. Rønnestad, & G.H. Nielsen (Red.) Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis. (side 224-253). Oslo: Gyldendal Akademisk (29 sider)

Raskin, N.J. & Rogers, C.R. (2004). Person-centered therapy. I R.J. Corsini & D. Wedding (Red.). Current Psychotherapies (7th Edition)(side 130-165). Belmont, Ca: Brooks/Cole. (35 sider)

Rogers, C.R. (2005). Person-centered therapy. I D. Wedding & R.J. Corsini (Red.). Case studies in psychotherapy(4th Edition) (side 54-76). Belmont, Ca: Brooks/Cole. (22 sider)

4.3 Vurderingsordning for modul 2 og 3

Skriftlige oppgaver

Det legges her opp til en læringsstrategi som legger vekt på aktiv bearbeidelse av lærestoffet. Etter hver av de to obligatoriske modulene i andre året, skriver studentene en oppgave med tema fra henholdsvis vitenskapsteori/metode og kliniske hjelperelasjoner.

Studentene skal på dette tidspunktet ha valgt tema for sin mastergradsoppgave.

Den første oppgaven skal være utformet som prosjektskisse for mastergradsoppgaven. Den skal inneholde elementene problemstilling, teoretisk referanse, tidligere forskning, metode og framdrift. Studentene skal i oppgaven føre en vitenskapsteoretisk og metodisk diskusjon i forhold til eget valgt tema. Den nærhet mellom teori og erfaring en her søker, vil innebære en systematisk refleksjon over de posisjoner og perspektivskifter som ligger i forholdet mellom å utøve og å beskrive en praksis. Det blir gitt inntil (maksimalt) 5 timer veiledning på oppgaven.

I den andre oppgaven skal de redegjøre for sitt perspektiv på den kliniske hjelperelasjon som temaet for mastergradsoppgaven innbefatter. Studentene skal lære seg å artikulere det særegne ved egen yrkespraksis som del av en teoretisk trening med refleksjon over egen yrkeserfaring. Et fellestrekk for yrkesutøvere i helse og sosialsektoren er at de arbeider med mennesker. Det stilles i disse yrkene store krav til profesjonell yrkesutøvelse der selvstendig etisk, samfunnsmessig og faglig refleksjon utgjør sentrale elementer. Å trene seg i artikulering av slike elementer vil også være en utprøving av og refleksjon over egne yrkeserfaringer. Det blir gitt inntil (maksimalt) 2 timer veiledning på oppgaven.

Omfang

Hver oppgave skal ha et omfang på 10 – 15 sider, det vil si 3000 – 4000 ord. Den skal løses individuelt og bedømmes til bestått/ikke bestått.

Progresjonskrav

Begge hjemmeoppgavene skal være godkjent (bestått) før studentene kan få vurdert mastergradsoppgaven.

4.4 Modul 4 Mastergradsoppgaven (30 studiepoeng)

Modulen vil bestå av obligatorisk masteroppgaveseminar og selve masteroppgaven. Oppgaveseminalet har som formål å forberede studenten best mulig på arbeidet med masteroppgaven. Fokus for seminaret vil være prosessen med å starte på oppgaven, formelle godkjenninger og praktiske råd. Hver student skal til seminaret forberede og presentere en prosjektplan. Denne skal inneholde bakgrunn, problemstillinger, metode og framdriftsplan for oppgavearbeidet.

Mastergradsoppgaven kan bygge videre på fordypningsoppgaven fra den valgfrie modulen som utgjør 1. studieår, henholdsvis aldring og eldreomsorg eller psykisk helsearbeid. Denne oppgaven kan være en første del av masteroppgaven gjennom belysning av en sentral problemstilling fra det kliniske felt som det er mulig å forske på. Oppgaven kan være en fordypning av temaet i den første oppgave, en utvidelse av tema (nye sider, nye perspektiv på) eller nytt tema som er kommet frem på bakgrunn av arbeidet med fordypningsoppgaven.

Oppgaven skal inneholde en teoretisk drøfting og refleksjon over litteratur. Problemstillingen skal ha en klar klinisk forankring. Studentene skal i masteroppgaven på en eller annen måte gå dypere inn i en drøfting av sider ved relasjonskunnskap og/eller hjelperelasjonen. Dette kan gjøres ved:

- litteraturgjennomgang av tidligere forskning på området som drøftes opp mot klinisk erfaring.
- innsamling av eget empirisk materiale av begrenset omfang eller bruk av på forhånd eksisterende empirisk materiale som bearbeides metodisk og teoretisk.

Oppgaven kan være et frittstående arbeid eller inngå som en selvstendig del av et større pågående forskningsprosjekt. Den skal være en individuell oppgave.

Mastergradsoppgaven stiller krav om systematisk og klar framstilling. Studenten må i oppgaven gjøre rede for metodevalg og etiske overveielser. Studenten kan selv velge om oppgaven skal ha form av en monografi eller bestå av en vitenskapelig artikkel (evt. artikler) med en overbygning.

Avdelingen vil på bakgrunn av godkjent prosjektplan tildele studenten en veileder. Det utformes en egen kontrakt om veiledningen mellom student og veileder. Studentene får tilbud om inntil (maksimalt) 19 timer veiledning under arbeidet med oppgaven. Det vil også bli arrangert mindre oppgaveseminar, hvor studentene i arbeidsprosessen får mulighet til å legge frem utkast fra oppgaven for å få respons fra veileder og medstudenter. Det er krav om at alle studenter skal ha (minimum) ett fremlegg på disse oppgaveseminarene.

Mastergradsoppgaven vurderes med gradert karakter. Endelig karakter fastsettes etter en muntlig høring. Den muntlige høringen vil kunne gi grunnlag for å justere karakteren opp eller ned med inntil ett trinn.

Kriterier for vurdering av mastergradsoppgaven

- Problemstillingen skal ha en klar klinisk forankring

- Oppgaven skal inneholde en redegjørelse for valg av vitenskapsteoretisk perspektiv, metodisk tilnærming og etiske hensyn
- Oppgaven må vise evne til å finne frem kildestoff og til å anvende kildene i belysning av problemstillingen
- Oppgaven skal vise at studenten har evne selvstendige vurderinger og til kritisk og analytisk bearbeiding av stoffet
- Oppgaven skal inneholde en teoretisk drøfting og refleksjon over litteratur
- Oppgaven skal inneholde drøfting av sider ved relasjonskunnskap og/eller hjelperelasjonen
- Oppgaven skal ha en systematisk framstilling og et klart og tydelig språk

Kvalitativ beskrivelse av den graderte karakterskala A – F

A	Fremragende	Fremragende prestasjon som klart utmerker seg. Kandidaten viser svært god vurderingsevne og stor grad av selvstendighet.
B	Meget	Meget god prestasjon. Kandidaten viser meget god vurderingsevne og selvstendighet
C	God	Jevnt god prestasjon som er tilfredsstillende på de fleste områder. Kandidaten viser god vurderingsevne og selvstendighet på de viktigste områder.
D	Nokså god	En akseptabel prestasjon med noen vesentlige mangler. Kandidaten viser en viss grad av vurderingsevne og selvstendighet.
E	Tilstrekkelig	Prestasjonen tilfredsstiller minimumskravene, men heller ikke mer. Kandidaten viser liten vurderingsevne og selvstendighet.
F	Ikke bestått	En prestasjon som ikke tilfredsstiller de faglige minimumskravene. Kandidaten viser både manglende vurderingsevne og selvstendighet.