

Modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper

Rapport

Publikasjonens tittel: Modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper

Utgitt: 06/ 2023

Bestillingsnummer:

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling personell og godkjenning

Postadresse: Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse: Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Tlf.: 47 47 20 20

postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Avdeling personell og godkjenning

Innhold

Sammendrag	6
1 Bakgrunn	8
Oppdraget gitt i tildelingsbrevet for 2022.....	8
Helsepersonellovens formål med offentlige godkjenninger	10
Helsedirektoratets tidligere utredninger av autorisasjon og spesialistgodkjenning	10
Innføring av RETHOS.....	15
Utdanning og spesialistgodkjenning av avansert klinisk allmennsykepleie	16
Utdanning av spesialsykepleiere i noen utvalgte EØS-land og UK	18
Fagmiljø og karrierevei.....	20
2 Innspill fra aktørene.....	20
Aktørenes innspill på utfordringsbildet	20
Aktørenes innspill på innslagspunkt for spesialistgodkjenning	26
Aktørenes innspill på forslag til modeller	26
3 Helsedirektoratets vurdering av innslagspunktet for spesialistkompetanse	29
4 Helsedirektoratets forslag til modeller	31
Forutsetninger for en god spesialistutdanning	31
Elementer modellene kan bestå av.....	32
Modell 1: AKS-modellen: Mastergrad = spesialistgodkjenning	33
Modell 2: Mastergrad + relevant klinisk yrkeserfaring = spesialistgodkjenning	35
Modell 3: Spesialistutdanning SIS (sykepleier i spesialisering).....	35
Modeller for overgangsordninger	37
Oppsummering av aktørenes preferanser til modellene	40
Kan det være ulike modeller for ulike sykepleiergrupper?	41
5 Økonomiske og administrative konsekvenser	42
Investeringskostnader og drift av digitale systemer i Helsedirektoratet	43
Spesialistgodkjenning: antagelser og kostnadselementer	44
Årlige kostnader for de tre modellene i Helsedirektoratet	47
Kostnader for modeller for overgangsordninger	48
EØS-rettslige konsekvenser.....	49
Referanser	53
Vedlegg 1 Godkjenning av virksomheter som alternativ til individbasert spesialistgodkjenning?	58
Vedlegg 2 Oversikt over aktuelle utdanninger i RETHOS fase 3.....	60
Vedlegg 3 Utdanning av spesialsykepleiere i noen utvalgte EØS-land og UK	65
Vedlegg 4 Mal for beregning av kostnader (Excel).....	71

Vedlegg 5 Informasjonsbrev til innspillsmøte 1 den 4. oktober 2022	74
Vedlegg 6 Informasjonsbrev til innspillsmøte 2 den 26. oktober 2022	76
Vedlegg 7 Reviderte skisser til modeller utsendt 11. november 2022.....	81
Vedlegg 8 Alle skriftlige innspill fra aktørene	86
Innspill fra NSF og faggrupper under NSF	86
Norsk sykepleierforbund.....	86
Innspill fra arbeidsgivere	100
KS	100
Helse Midt-Norge RHF	101
Helse Vest RHF.....	104
Helse Sør-Øst RHF.....	114
Helse Nord RHF	125
Innspill fra utdanningssektoren	128
UiT Norges arktiske universitet	128
Universitetet i Sørøst-Norge	129
Høgskulen på Vestlandet.....	133
OsloMet storbyuniversitetet	136
Universitetet i Agder.....	140
Lovisenberg diakonale høyskole.....	143
Innspill fra andre foreninger	153
Fagforbundet	153
Norsk psykologforening.....	155
Innspill fra andre statlige aktører	157
Statsforvalteren i Oslo og Viken.....	157
Statsforvalteren i Troms og Finnmark.....	158

Figur 1: Forslag til verktøy for vurdering av nye spesialiteter

Figur 2 Kompetansenivå som skal ligge til grunn for spesialistgodkjenning

Tabell 1 Søknader og vedtak for spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie i perioden 1.9.2021 til 1.12.2022

Tabell 2 Søknader om spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie i perioden 1.9.2021 til 1.12.2022 fordelt på utdanningsland

Tabell 3 Oppsummerer utdanning og regulering av spesialsykepleiere i noen utvalgte EØS-land og UK. For utdypende informasjon henvises det til vedlegg 3

Tabell 4 Oversikt over sykepleiere med fullført videreutdanninger i perioden 2018 til 2021 og sysselsatte spesialsykepleiere i 2021

Tabell 5 Aktørenes tilbakemelding på de ulike modellene

Tabell 6 Viser fordelingen av årlige administrasjonskostnader og saksgebyrinntekt for de tre ulike hovedmodellene ved spesialistgodkjenning av 1 275 sykepleiere pr år. Verdier i kroner

Tabell 7 Viser kostnader og saksgebyrinntekt for to ulike hovedmodeller ved overgangsordning og spesialistgodkjenning av 18 000 sykepleiere og to ulike eksamensformer. Verdier i kroner

Sammendrag

Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere trådte i kraft 1. februar 2020 (Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere, 2019). Forskriften gir sykepleiere med mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie rett til offentlig spesialistgodkjenning. Det i dag ikke et krav om klinisk yrkeserfaring for å kunne søke om spesialistgodkjenning.

Formålet med offentlig spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie, var å styrke kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er lagt til rette for at sykepleiere med denne utdanningen kan få en utvidet og definert rolle i tjenesten. For de åtte gruppene av sykepleiere som nå skal vurderes for spesialistgodkjenning, er det ikke formulert en konkret formålsvurdering. Dette er påpekt som en mangel ved oppdraget av flere av aktørene.

Spesialsykepleier er en stillingskategori som kan tilbys sykepleiere med etter- og videreutdanning. Spesialsykepleiere jobber på avansert nivå og har stor grad av selvstendighet i yrkesutøvelsen både i HF og kommune. Alle sykepleiergruppene i oppdraget (ABIOK, jordmor, helsesykepleier og sykepleiere i psykisk helse-, rus og avhengighetsarbeid) har i dag videreutdanninger på universitets- og høyskolenivå. I tillegg til hele mastergrader på 120 studiepoeng tilbys mulighet for avstigning ved 90 studiepoeng.

I arbeidet med oppdraget har Helsedirektoratet involvert relevante aktører. Det har vært avholdt to digitale innspillmøter og gitt mulighet for skriftlige innspill. I etterkant er det utarbeidet skisser til tre ulike modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiere. I tillegg er det foreslått overgangsordninger, bl.a. for sykepleiere med lang klinisk erfaring som allerede er i spesialsykepleierstillinger.

Et sentralt diskusjonspunkt ifb. spesialistutdanningen og spesialistgodkjenning har vært knyttet til spesialistkompetanse og å definere hvor innslagspunktet for spesialistkompetansen befinner seg. Kan spesialistgodkjenning gis rett etter avsluttet mastergrad, eller bør det i tillegg kreves et visst antall års klinisk yrkeserfaring?

Spesialistgodkjenning basert på mastergrad, vil sikre at sykepleierne har grunnleggende forskningskompetanse. Dette er viktig for å utvikle faget og utdanne sykepleiere som kan drive med forskning på feltet.

Personale med masterkompetanse er også viktig for arbeidsgiver og vil kunne bidra med faglig utvikling, forskningsprosjekter og kunnskapsbasert pasientbehandling.

Blant flere av aktørene i innspillmøtene og internt i Helsedirektoratet har det vært fremhevet at spesialistkompetanse krever lang klinisk yrkeserfaring innen aktuelt fagområde.

Foreslåtte modeller:

- Modell 1 er å gi spesialistgodkjenning etter fullført mastergrad ved universitet eller høgskole. Dette tilsvarer dagens ordning for spesialistgodkjenning av klinisk allmennsykepleiere (AKS)
- Modell 2 innebærer at det i tillegg til mastergrad må gjennomføres noen år med klinisk yrkesutøvelse i etterkant, før spesialistgodkjenning kan innvilges.

- Modell 3 skisseres det et utdanningsløp inspirert av legenes, der spesialistutdanningen foregår underveis i praktisk yrkesutøvelse, mens sykepleieren er i jobb.

Spesialistgodkjenning basert kun på en fullverdig mastergrad (modell 1), vil være enkel å forvalte da strukturene for utdanningene allerede er etablerte i UH-sektoren, tjenestene og Helsedirektoratet. Spesialistgodkjenningen kan tilnærmet tildeles automatisk ved vitnemål fra godkjent utdanningsinstitusjon via Vitnemålsportalen. En modell for spesialistgodkjenning som tar utgangspunkt i fullført mastergrad på 120 studiepoeng, vil oppfylle kravene i nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk. Det samsvarer med Bologna-prosessen og europeisk samstemming av nivå på høyere utdanning i tråd med våre internasjonale forpliktelser.

Modell 2 og 3 vil være de modellene som ivaretar hensynet til klinisk yrkesutøvelse best. Det kan også føre til større engasjement for å bidra til utdanning når selve utdanningen skjer i tjenestene med kolleger man jobber tett sammen med. Modell 2 og 3 er ressurskrevende modeller og vil kreve utvikling hos alle aktørene.

En av de viktigste faktorene for å beholde helsepersonell i tjenestene, er at det finnes gode fagmiljøer der de jobber og at man opplever at kompetansen man har ervervet blir tatt i bruk. Gode utdanningsløp kan bidra til gode fagmiljøer og være med på å utvikle karriereveier. En av fordelene ved modell 2 og 3 er at arbeidsgiver og annet samarbeidende helsepersonell vil ha mulighet til å bli bedre kjent med kompetansen sykepleieren har ervervet gjennom utdanningen, og sammen kan utvikle rollen (rolleavklaring) og ansvarsområdet. Dette kan være med på å skape tillit både mellom leder og sykepleier, men også mellom de andre helseprofesjonene i teamet/avdelingen.

Som overgangsordning foreslås en realkompetansevurdering av sykepleiere med lang klinisk erfaring der kompetansen vurderes opp mot de kravene som stilles til spesialistgodkjenning.

Et alternativ er en nasjonal eksamen som kan teste både den teoretiske kompetansen og den kliniske vurderingskompetansen. Dette kan enten være en ren teoretisk eksamen eller en kombinasjon av både teoretisk og praktisk eksamen.

Det er gjort en foreløpig beregning av kostnadene for forvaltning av de ulike modellene i Helsedirektoratet. De totale kostnadene avhenger av hvilken modell som blir valgt og hvordan man innretter en evt. overgangsordning. Det er også en stor risiko knyttet til antall søkere med utenlandsk utdanning. Overgangsordningene samt modell 2 og 3 anses som de ordningene som vil kreve mest ressurser. En forutsetning for oppstart er at alle digitale systemer er på plass.

1 Bakgrunn

Oppdraget gitt i tildelingsbrevet for 2022

Helsedirektoratet er i tildelingsbrevet for 2022 gitt i oppdrag å utrede ulike modeller som kan føre til spesialistgodkjenning for åtte sykepleiergrupper:

- Anestesisykepleier
- Barnesykepleier
- Intensivsykepleier
- Operasjonssykepleier
- Kreftsykepleier
- Jordmor
- Helsesykepleier
- Sykepleiere i psykisk helse-, rus og avhengighetsarbeid

Utredningen skal omfatte dagens modell som er etablert for avansert klinisk allmennsykepleie samt alternative modeller som legger til rette for mer tjenestenære utdanningsløp som grunnlag for spesialistgodkjenning. Utredningen skal gjøres i samarbeid med relevante aktører.

Introduksjon

Da Helsedirektoratet i 2012 leverte delutredning 1 om vurdering av offentlig spesialistgodkjenning for aktuelle yrkesgrupper, ble det utviklet et sett med generiske kriterier og krav som kunne gjelde for alle nye grupper av spesialistgodkjenninger. Fokuset i 2012 var på psykologer og fysioterapeuter. Helsedirektoratet vurderte også spesialistgodkjenningsordningen for sykepleiere, men dette ble tatt ut av den endelige rapporten fordi det ikke var tilstrekkelig utredet.

Selv om en helsepersonellgruppe oppfyller kriterier for en eventuell spesialistgodkjenning, er ikke dette ensbetydende med at det er *et behov* for spesialistgodkjenning. En vurdering av behovet for spesialistgodkjenning må inneholde en vurdering av de samfunnsmessige behovene for blant annet: fremtidig helsepersonell og deres kompetanse, tjenestenes nåværende og fremtidige behov for, og tilgang til, helsepersonell, utviklingen i brukerne av tjenestene, demografiske forhold, samt en risikovurdering av økonomiske og administrative konsekvenser av tiltaket.

I henhold til proporsjonalitetsdirektivet må det også gjøres en vurdering av forholdsmessighet og vurdere muligheten for å benytte mindre restriktive midler for å nå målet enn å regulere hvilken aktivitet som forbeholdes det enkelte yrke (Kunnskapsdepartement, 2021, 2. september).

Da det ble bestemt at det skulle gis offentlig spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie, var formålet med denne spesialistgodkjenningen og tilhørende mastergrad, å styrke kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er ikke gjort en tilsvarende vurdering av formålet og behovet for spesialistgodkjenning for de åtte nye gruppene av sykepleiere. Dette er påpekt som en mangel ved oppdraget av flere av aktørene.

Avgrensinger

Helsedirektoratet har gjort følgende avgrensninger i oppdraget:

Vurdering av formålet med spesialistgodkjenningene:

Ettersom oppdraget er veldig tydelig på at det skal utredes ulike modeller som kan føre til spesialistgodkjenning av sykepleiere, anses det å ligge utenfor oppdragets mandat å utrede formålet med å innføre spesialistgodkjenning for de åtte gruppene av sykepleiere.

Spesialistkompetanse har imidlertid vært en del av diskusjonen i utredningen. Utredningen drøfter modellene opp mot hverandre, men inneholder ikke anbefalinger om en bestemt modell.

Innholdet i utdanningene:

Det vil ikke bli gjort noen vurdering av innholdet i de åtte aktuelle utdanningene. De aktuelle utdanninger er innlemmet i RETHOS 3 som innebærer at utdanningene er standardiserte gjennom nasjonale faglige retningslinjer som definerer sluttkompetansen for hver utdanning. RETHOS 3 er nylig iverksatt, og Helsedirektoratet mener det vil være uheldig å gjøre store endringer i disse strukturene nå. Det er lagt opp til at revidering av retningslinjene skal skje med intervall på omtrent fire år.

Kostnadene ved de ulike utdanningsmodellene:

Det er uklart hvilke behov en spesialistgodkjenning skal dekke. Dette gjør det vanskelig å vurdere de positive effektene av spesialistgodkjenningen og samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Det er gjennomført en avgrenset kostnadsanalyse. Det vi har sett på, inkluderer helsemyndighetenes kostnader ved selve godkjenningsordningen for de tre ulike hovedmodellene, helsemyndighetenes kostnader ved en evt. overgangsordning for sykepleiere med lang klinisk erfaring, samt eksamenskonstanter knyttet til eventuell nasjonal eksamen. Det er gjort et grovt anslag for kostnader knyttet til anskaffelse, etablering, utvikling og drift av digitale systemer. Det er ikke gjort kostnadsberegninger for eventuelle økte kostnader i tjenestene.

Nasjonalt register:

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetenes register over helsepersonell med norsk autorisasjon og spesialistgodkjenning. Registeret viser kompetansen til helsepersonellet den dagen en autorisasjon eller spesialistgodkjenning blir gitt, men inneholder ingen informasjon om vedlikehold av kompetanse¹ (livslæring læring) eller arbeidssted. Så lenge helsepersonellet ikke har mistet spesialistgodkjenningen, eller autorisasjonen, vil vedkommende være oppført i HPR frem til vedkommende er 80 år.

Involvering av aktørene

I arbeidet med oppdraget har Helsedirektoratet gjennomført to digitale innspillmøter. I forkant av hvert innspillmøte er det sendt ut forberedelsesmateriale til deltakerne som grunnlag for innspill. Aktørene har blitt oppfordret til å sende skriftlige innspill, noe de fleste har valgt å benytte seg av. Vedlegg 5 og 6 viser forberedelsesmateriale for innspillmøtene. Alle skriftlige innspill fra aktørene er vedlagt rapporten, se vedlegg 8. Følgende aktører har bidratt i arbeidet:

¹ For spesialister i allmennmedisin vil dato for resertifisering for å beholde tilleggskosten være synlig i HPR.

- Norsk sykepleierforbund (NSF) med alle aktuelle faggrupper
- De regionale helseforetakene (RHF) med ulike helseforetak (HF)
- Kommunesektorens organisasjon (KS)
- Fagforbundet
- Utdanningsinstitusjoner; Universitet og høyskoler (UH)
- Statsforvalterne (SF)

Den norske legeforening (DNLF) har fulgt prosessen som observatører. I tillegg er Norsk Fysioterapiforbund, Norske psykologforening, Helsetilsynet og Spekter informert om oppdraget og er invitert til å komme med skriftlige innspill.

Det har vært avholdt egne møter med KS og RHF og løpende dialog med øvrige aktører som har ønsket dette. Innspillene fra møtene er tatt inn i kapittel 2.

Helsepersonellovens formål med offentlige godkjenninger

Spesialistgodkjenning for helsepersonell er knyttet til autorisasjonsordningen, regulert i helsepersonelloven, og har samme formål: «*bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten*» (hpl. § 1).

Spesialistgodkjenning og autorisasjonsordningen skal gi et ensartet innhold til en beskyttet yrkestittel. Det er kun personer med autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning som kan benytte seg av den aktuelle yrkestittelen, jf. helsepersonelloven § 74. Ordningene skal gi en forutsigbarhet både for pasient og helsetjeneste om helsepersonellens kompetanse og samtidig være et grunnlag for kontroll og tilsyn. I et samfunnsperspektiv har det stor betydning at allmennheten har tillit til utøverne i helsetjenesten, og at offentlig godkjent helsepersonell fyller de krav som myndighetene stiller til utøvelsen av virksomheten.

Etter helsepersonelloven § 51 kan departementet gi forskrifter om spesialistgodkjenning for helsepersonell og om etterutdanning for spesialister. Av de 32² helsepersonellgruppene som er innlemmet i autorisasjonsordningen, er det kun leger, tannleger og sykepleiere som i dag har offentlig spesialistgodkjenning. Norsk autorisasjon er en forutsetning for å kunne søke om spesialistgodkjenning. Helsedirektoratet har myndighet til å behandle søknader om autorisasjon og offentlig spesialistgodkjenning for helsepersonell.

En ny modell for spesialistgodkjenning av sykepleiere må være forenlig med det juridiske formålet med autorisasjon og godkjenningsordninger og kravet til ensartet innhold og forutsigbarhet, som igjen skal gi grunnlag for å føre kontroll og tilsyn.

Helsedirektoratets tidligere utredninger av autorisasjon og spesialistgodkjenning

Helsedirektoratet har tidligere utredet spesialistgodkjenning av ulike helsepersonellgrupper samt foretatt flere gjennomganger av autorisasjonsordningen.

- I 2006 foretok Sosial- og helsedirektoratet på eget initiativ en gjennomgang av spesialistordningen med forslag om ny forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell. I denne utredningen ble det foreslått en moderat utvidelse av

² Stortinget har vedtatt at manuellterapeut skal gis autorisasjon, endringen ble iverksatt 1.1.2023.

forskriften med følgende helsepersonellgrupper: psykologer, fysioterapeuter, sykepleiere og farmasøyter

- I tildelingsbrevet for 2007 fikk Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag "å foreta en prinsipiell og overordnet vurdering av dagens autorisasjonsordning". Oppdraget resulterte i utredning av helsepersonellovens autorisasjonsordning og ble levert departementet i januar 2008. Tilleggsutredningen om autorisasjon av helsepersonell ble levert september samme året. Begge utredningene trakk opp prinsipielle retningslinjer for vilkår for at en yrkesgruppe skal gis autorisasjon herunder skjæringspunktet mellom autorisasjon og spesialistgodkjenning.
- I tildelingsbrevet for 2011 ble Helsedirektoratet gitt i oppdrag å vurdere om flere yrkesgrupper³ burde gis offentlig spesialistgodkjenning. Oppdraget ble presisert i brev av 4.5.2011 fra Helse- omsorgsdepartementet. Som svar på oppdraget leverte Helsedirektoratet 1.2.2012 Delutredning 1: "Vurdering av offentlig spesialistgodkjenning for aktuelle helsepersonellgrupper".

Helsedirektoratets utredning fra 2012

Utredningen ble avgrenset til å omfatte psykologer og fysioterapeuter, men de generelle kriteriene og kravene for offentlig spesialistgodkjenning ble vurdert å kunne legges til grunn for vurdering av alle aktuelle helsepersonellgrupper (Helsedirektoratet, 2012). Ut fra en totalvurdering kom direktoratet fram til at det burde innføres offentlig spesialistgodkjenning for aktuelle yrkesgrupper.

Det ble fastsatt at en offentlig spesialistgodkjenning skal bidra til å sikre kvalitet i pasientbehandlingen gjennom standardisering av kompetansekrav og en standardisert og uhildet myndighetsvurdering av helsepersonellens kompetanse hos helsepersonell med en særlig selvstendig yrkesrolle.

I utredningen ble det definert kriterier og krav som bør legges til grunn for vurderingene av aktuelle helsepersonellgrupper.

Gjennom offentlig spesialistgodkjenning ønsket helsemyndighetene å fastsette og tilpasse spesialistutdanningen og spesialistreglene etter tjenestens behov, både for den teoretiske og kliniske delen av spesialistutdanningen. En "nasjonal standard" på spesialistkompetansen definert av helsemyndighetene, skulle sikre at utdanningssektoren måtte tilpasse sine videreutdanninger til de krav som gjelder for å oppnå spesialiteten.

I rapporten fra 2012 ble følgende kriterier foreslått ved vurdering av om nye helsepersonellgrupper skal kunne få spesialistgodkjenning:

- **Helsetjenesten har et særlig behov for kompetanse på et avgrenset fagfelt.** Dette skal forstås som et dokumentert eller erkjent behov for kompetanse på et avgrenset helsefaglig fordypningsområde. Dette kan f. eks være at det oppstår en diskrepans mellom befolkningens objektive behov for spesialisert helsehjelp, helsemyndighetenes overordnede prioriteringer, medisinsk-/teknisk utvikling og behovet for spisskompetanse på området, og at denne kompetansen ikke dekkes gjennom grunnutdanningene eller etter-/videreutdanning. Kriteriet inneholder også en erkjennelse av at behovet for spisskompetanse vil være dynamisk, og at

³ Leger, tannleger og optikere. Merk at optiker p.t ikke lenger er en egen spesialitet

spesialitetsstrukturen vil kunne endres, bl.a. i takt med behovene i befolkningen for helsetjenester, organisering av tjenestene og myndighetenes behov for styring.

- **Utvidede oppgaver i yrkesutøvelsen.** Kriteriet innebærer at helsepersonellet har utvidede oppgaver sammenlignet med yrkesutøvere med kun autorisasjonsgivende grunnutdanning. Dette kan f.eks. innebære oppgaver innen forebygging, diagnostisering, behandling og/eller oppfølging. Det vil også gjelde rekvisisjonsrett, rett til forskrivning av visse medikamenter og gjennomføre visse prosedyrer. Disse utvidede oppgavene bør være gitt i kraft av spesialistkompetansen.
- **Særlig selvstendighet i yrkesutøvelsen.** En spesialist arbeider ofte mer alene i en krevende faglig situasjon, ofte med en viss hastegrad. Andre helsepersonellgrupper utøver yrket utenfor rammene av et kollegialt fellesskap av et visst omfang og/eller jobber i liten grad i team. Typisk eksempel vil være der en stor andel av yrkesutøverne som er selvstendig næringsdrivende, i privat praksis eller i et lite faglig miljø. Hensynet til myndighetenes kontroll og styring av yrkesutøvelsen og yrkesutøveren vil ha en særlig betydning der helsepersonellet ikke eller i liten grad utøver sitt daglige yrke i et større faglig miljø. Selvstendighetskriteriet knytter seg også til at spesialister ofte er de som tar den endelige avgjørelsen vedrørende et faglig spørsmål.
- **Hensynet til pasientsikkerhet.** Hensynet til pasientsikkerhet er et grunnleggende prinsipp ved all rettslig regulering av helsepersonells yrkesutøvelse. For de gruppene av yrkesutøvere med spesialisert kompetanse som har sentrale oppgaver som utgjør en særlig risiko for skade på pasient, taler det for en offentlig godkjenning av spesialkompetansen hos denne gruppen. Av hensynet til pasientsikkerhet vil det kunne være et særlig behov for å kvalitetssikre helsepersonellens spesialiserte utdanning/kvalifikasjoner. Videre vil adgangen til tilbakekall av godkjenningen kunne beskytte pasienter mot helsepersonell med uforsvarlig yrkesutøvelse utover det som følger av autorisasjon.
- **Rettighetsutløsning.** Kriteriet er knyttet til som vilkår i eller med hjemmel i lov stilles bestemt krav til videre-/spesialutdanning for at autorisert helsepersonell kan gis adgang til å utløse visse rettigheter eller utøve visse sider av virksomheten. Det kan gjelde rett til å forplikte helse- eller trygdesystemet ved å utløse takster, gi sykmelding, henvise utover det som følger av helsepersonelloven § 4, forskrive visse medikamenter osv.
- **Hensynet til fagmiljøets størrelse og robusthet:** Ut fra hensynet til robuste fagmiljø, effektivt tilsyn og fornuftig forvaltning av ordningen med offentlig spesialistgodkjenning, er det en grense for hvor liten en offentlig godkjent spesialitet bør være.

Videre ble det i rapporten fra 2012 foreslått av ved etablering av spesialistutdanning for nye grupper måtte utdanningen oppfylle følgende krav til innhold:

- **Spesialistutdanningens varighet.** Spesialistutdanningen utover grunnutdanningen bør ha en viss varighet i forhold til grunnutdanningen. Som en hovedregel betyr dette at spesialistutdanningen bør være av anslagsvis 2/3 av grunnutdanningens lengde.

(I utredningen ble det ikke vurdert helsepersonellgrupper med utdanning på videregående skoles nivå.)

- **Veiledet praksis.** Hovedinnholdet i en klinisk spesialistutdanning skal bestå av godkjent veiledet praksis. For å bli vurdert bør omfanget av praksis ligge på minimum 240 timer for profesjonsstudiene og 120 timer for helsepersonell der

grunnutdanningen er på bachelor-nivå. En ren teoretisk mastergrad vil dermed ikke gi grunnlag for offentlig godkjenning som spesialist.

- **Teoretisk fordypning.** Det bør stilles minimumskrav til teoretisk utdanning gjennom et visst antall timer. For de lengre profesjonsstudiene bør kravet være minimum 240 timer. For yrkesgrupper med bachelorutdanning bør kravet teoretisk innhold være minimum 100 timer. Det bør videre stilles krav om at fordypningsområdet bygger på grunnutdanningen.
- **Offentlig godkjent utdanningsinstitusjon.** Ifølge Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell (FOR 2000-12-21 nr 1384) skal utdanningsinstitusjoner for spesialistutdanning av leger godkjennes av Helsedirektoratet. For noen av de aktuelle faggruppene, eksempelvis psykologer, foregår en god del av spesialistutdanningen ved instanser som er godkjente av yrkesorganisasjonene. Hvis spesialiseringen skal føre frem til en offentlig godkjenning, vil direktoratet stille krav om offentlig godkjenning av utdanningsinstitusjonen eller offentlig godkjent program.

De hensynene som var gjeldende i 2012 er relevante også i dag. Endringer i tjenestenes behov og i samfunnet for øvrig tilsier at det bør gjøres en ny gjennomgang av kriteriene og hvilket formål som skal ligge til grunn for etableringen av nye spesialiteter.

Forslag til verktøy for vurdering ved etablering av spesialiteter

Figur 1 under er et forslag til verktøy for vurdering av nye spesialiteter basert på kriteriene i 2012-utredningen.

Helsedirektoratets foreløpige vurdering er at alle de åtte sykepleiergruppene vurderes å innfri mange av kriteriene som ble foreslått i 2012, men vurderingene må gjennomgås og kvalitetssikres i samarbeid med aktørene. Det første kriteriet om at behovet ikke dekkes gjennom grunn- eller etter-/videreutdanninger, anses som ikke innfridd for alle de åtte gruppene. Dette kan begrunnes med innføringen av RETHOS 3 hvor alle de åtte gruppene nå har fått videreutdanninger på mastergradsnivå.

Spesielt behovet for en vurdering av formålet med spesialistgodkjenning er ønsket av flere av aktørene. Det må skilles mellom behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten og behovet for at offentlige myndigheter skal godkjenne personell med spesialisert kompetanse.

Figur 1: Forslag til verktøy for vurdering av nye spesialiteter

Kriterier for å vurdere ny spesialitet	Anestesisykepl.	Barnesykepl.	Intensivsykepl.	Operasjonsykepl.	Kreftsykepl.	Jordmor	Helsesykepl.	helse-, rus og avh.	Sykepl./psyk.
Helsetjenesten har et særlig behov på et avgrenset felt som ikke dekkes gjennom grunn- eller etter/videreutdanninger									
Utvidede oppgaver gitt i kraft av spesialistkompetansen									
Har særlig selvstendighet i yrkesutøvelsen									
Hensynet til pasientsikkerhet (særlig risiko for skade på pasient)									
Rettighetsutløsning									
Robust fagmiljø									

Vurdering (eksempel):

De aktuelle sykepleiergruppene har videreutdanning/ masterutdanning i dag

De aktuelle sykepleiergruppene har utvidede oppgaver (spesialsykepleiere)

De fleste aktuelle sykepleiergruppene jobber ofte i et kollegialt fellesskap, jf def. av kriteriet.

De aktuelle sykepleiergruppene har oppgaver som kan utgjøre en særlig risiko for skade på pasient (spesialsykepleiere)

Dette vilkåret er pt kun akutelt for jordmor og helsesykepleiere

De aktuelle sykepleiergruppene har store og robuste fagmiljø

	Kriteriet er innfridd
	Kriteriet innfris ikke
	Kriteriet er delvis innfridd

Dobbeltautorisasjon

Begrepet dobbeltautorisasjon ble diskutert i ulike rapporter fra 2007/2008 som svarte ut oppdrag gitt i tildelingsbrevet for Sosial- og helsedirektoratet av 31. januar 2007 under pkt. 5.3, Personell og kompetanse.

Med begrepet dobbeltautorisasjon menes det at det i tillegg til autorisasjon etter gjennomført grunnutdanning, f.eks. bachelor i sykepleie, er mulig å en ekstra autorisasjon etter gjennomført videre-, etter- eller spesialistutdanning, f.eks. jordmor. En og samme person kan være registret med flere autorisasjoner i helsepersonellregisteret basert på ulike grunnutdanninger. For eksempel kan en helsefagarbeider eller vernepleier som er registrert med autorisasjon basert på sin grunnutdanning, ønske å utdanne seg til en ny helseprofesjon f.eks. sykepleier. Disse personene ligger inne med to autorisasjoner, men dette må ikke forveksles med en dobbeltautorisasjon. I tilbakemeldingen fra aktørene i forbindelse med den nevnte utredningen, kom det tydelig frem at autorisasjonsbegrepet bør knyttes til grunnutdanning og at for videreutdanninger burde det vurderes spesialistgodkjenning. Blant annet uttalte Statens helsetilsyn at:

" Vi finner at det naturlige her er å vurdere og gi spesialistgodkjenning som tillegg til den autorisasjonen spesialiseringen bygger på, for eksempel sykepleier med spesialistgodkjenning i anestesi "

Dette ble utdypet i Helsetilsynets innspill fra 2008:

" Når det gjelder spørsmålet om behovet for dobbeltautorisasjon, vil vi bemerke at spesialistgodkjenning etter vårt syn er et mer dekkende begrep for autorisasjon på grunnlag av videre- og/eller spesialisering. Dobbeltautorisasjon kan forveksles med autorisasjon på

bakgrunn av to ulike grunnutdanninger, noe som nå gir rett på autorisasjon for begge yrkesfunksjonene. Ved å forbeholde begrepet autorisasjon for godkjenning på grunnlag av grunnutdanning og begrepet spesialistgodkjenning på grunnlag av videre-/spesialistutdanning, sondres det klart mellom disse to formene for godkjenning. Statens helsetilsyn ser behovet for en gjennomgang av spørsmålet om spesialistgodkjenning ut fra de samme førende premisser som for autorisasjon " .

Om utdanning av spesialsykepleiere

Spesialsykepleier er en stillingskategori som kan tilbys sykepleier med etter- og videreutdanning. Etter- og videreutdanningene kan ha ulik lengde og antall studiepoeng. Før 2000 var vanligvis sykepleiere med bedriftsintern utdanning som kvalifiserte til stillingstittelen spesialsykepleier. Spesialsykepleiere jobber på avansert nivå og har stor grad av selvstendighet i yrkesutøvelsen både i HF og kommune. Alle de aktuelle sykepleiergruppene er å anse som spesialsykepleiere. Etter innføring av en eventuell spesialistgodkjenning, vil det fremdeles være arbeidsgiver som avgjør om de skal tilsettes i samme stillingskategori eller om det skal innføres nye stillingskategorier.

Innføring av RETHOS

På begynnelsen av 2000-tallet ble de bedriftsinterne spesialutdanningene flyttet fra sykehusene til universitets- og høgskolesektoren og ble videreutdanninger med ulik lengde. I Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd – Samspill i praksis ble det pekt på at helse- og velferdstjenestene ikke hadde god nok innflytelse på det faglige innholdet i disse utdanningene. Det kom også frem at utdanningene var for statiske og at det var behov for bedre styring og bedre mekanismer på nasjonalt nivå. Dette var bakgrunnen for RETHOS-prosjektet som fikk i oppgave å sørge for utvikling av forskriftsfestede nasjonale retningslinjer for samtlige grunnutdanninger innen helse- og sosialfag.

De nasjonale retningslinjene innen helse- og sosialfagene skal sikre at tjenestene og brukergruppene i større grad involveres i utformingen av innholdet i utdanningene. Innføringen av RETHOS har pågått siden høsten 2017. Retningslinjene fastsettes av Kunnskapsdepartementet i forskrifter.

Retningslinjene skal definere sluttkompetansen for hver utdanning og utgjør en minstestandard for kompetanse (Kunnskapsdepartementet, u.å). De nasjonale retningslinjene har som mål at utdanningene er framtidsrettede og i tråd med brukernes behov og tjenestenes kompetansebehov.

Retningslinjene skal gi tydelig nasjonal styring, men også sikre mulighet for lokal tilpasning i tråd med utdanningsinstitusjonenes autonomi og profil. Det betyr at den enkelte utdanningsinstitusjon skal, på grunnlag av forskriftene, utarbeide lokale planer med bestemmelser om faglig innhold, organisering, undervisningsformer, vurderingsformer og beskrivelse av praksisstudiene. Revidering av retningslinjene skal skje med intervall på omtrent fire år. RETHOS 3, som omfatter master og videreutdanningene innen helse- og

sosialfaglig, er fastsatt i forskrifter⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰¹¹ og under innfasing. Alle de aktuelle utdanningene i dette oppdraget tilbys i dag som fulle mastergrader på 120 studiepoeng, og noen har avstigningsmulighet etter 90 studiepoeng. Det er mulighet for å gjennomføre utdanningene som heltids- eller deltidsstudier. Masterstudiene på 120 studiepoeng er to år ved heltid og fire år ved deltid. Se vedlegg 2.

Norge sluttet seg i 1999 til Bolognaprosessen, en reform og modernisering av høyere utdanning i Europa. Nå er de fleste fag innen det norske universitetssystemet endret fra et system med grunnfag og hovedfag til 3-årige bachelorprogrammer etterfulgt av 2-årige masterprogrammer og et studiepoengs- og karaktersystem som er felles for 49 land i og utenfor Europa. Samarbeidet har resultert i innføringen av Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (NKR) for høyere utdanning og de felles europeiske kriteriene for kvalitetssikring av høyere utdanning, European Standards and Guidelines, som nå er inkorporert i studiekvalitetsforskriften og NOKUTs studietilsynsforskrift (Nokut, u.å., 3).

I henhold til kvalifikasjonsrammeverket skal kompetanse beskrives som læringsutbytter ut fra kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse (Nokut, u.å., 3).

Kompetansebygging etter NKR er også i tråd med regjeringens satsning på utdanning som viktig tiltak i kompetansereformen Lære hele livet (Meld. St. 14 (2019-2020)).

Utdanning og spesialistgodkjenning av avansert klinisk allmennsykepleie

Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag å kartlegge videreutdanningstilbudet for sykepleiere og undersøke hvordan dette samsvarer med behovene i helsetjenesten. Det ble identifisert et behov for sykepleiere med breddekompetanse som kunne ivareta nye roller og pasienter i ustabile og uavklarte sykdomstilstander i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet konkludert med at det burde etableres en egen mastergrad innen klinisk allmennsykepleie (Helsedirektoratet, 2017).

Helsedirektoratet fikk i 2018 i oppdrag å utvikle forslag til nasjonal studieplan i avansert klinisk allmennsykepleie. Utdanningen skulle være en full masterutdanning på 120 studiepoeng og rettes mot de samlede behovene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Oppdraget ble gjennomført i nært samarbeid med universitets- og høyskolesektoren, tjenestene og NSF.

Studieplanen omfattet mål og innhold i studiet, forventet læringsutbytte, oppbygging av studiet, lærings- og vurderingsformer samt andre obligatoriske krav. Masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) ble omfattet av RETHOS i sluttfasen.

⁴ [Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet - Lovdata](#)

⁵ [Forskrift om nasjonal retningslinje for jordmorutdanninga er nå sendt på høyring - regjeringen.no](#)

⁶ [Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning - Lovdata](#)

⁷ [Forskrift om nasjonal retningslinje for anestesisykepleierutdanning - Lovdata](#)

⁸ [Forskrift om nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanning - Lovdata](#)

⁹ [Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning - Lovdata](#)

¹⁰ [Forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsykepleierutdanning - Lovdata](#)

¹¹ [Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning - Lovdata](#)

Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet utarbeidet i februar 2019 et forslag til forskrift om masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. Forslaget ble sendt på offentlig høring våren 2019 og forskriften ble iverksatt fra 1. februar 2020 (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020). Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere trådte i kraft samtidig (Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere, 2019). Forskriften regulerer spesialistgodkjenning for sykepleiere og innebærer at sykepleiere med mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie kan få offentlig spesialistgodkjenning.

Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie definerer de nasjonale rammene for utdanningen og gjelder for universiteter og høyskoler som tilbyr utdanningen og som er akkreditert etter lov om universiteter og høyskoler § 1-2 og § 3-4 (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020).

Formålet med offentlig spesialistgodkjenning til sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie er å styrke kompetansen i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er lagt til rette for at sykepleiere med denne utdanningen kan få en utvidet og definert rolle i tjenesten i tråd med utdanningen. Dette fordrer blant annet at ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester ser muligheter for nye oppgaver og ny sykepleierfunksjon ved ansettelse av nevnte sykepleiere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Sykepleiere med fullført mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie etter § 2 i forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere, kan søke Helsedirektoratet om spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie (Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere, 2019). Det stilles ingen krav om ytterligere erfaring utenom bestått mastergrad. Tabell 1 og 2 viser mottatte søknader i perioden 01.09.2021 – 01.12.2022, fordelt på vedtakskategori og utdanningsland. De mest krevende søknadene er fra sykepleiere med utdanning fra andre land og sykepleiere med norsk utdanning som ikke har gjennomført den nye AKS mastergraden, men søker på bakgrunn av eldre, liknende masterutdanninger (overgangsordning).

Tabell 1 Søknader og vedtak for spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie i perioden 1.9.2021 til 1.12.2022

Søknader	
Innvilget	93
Avslag	36
Under behandling	12
	141

Tabell 2 Søknader om spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie i perioden 1.9.2021 til 1.12.2022 fordelt på utdanningsland.

Utdanningsland alle søkere		
Norge	121	
Utenfor EØS	0	
EØS + UK	Bulgaria	1
	Danmark	1
	Estland	1
	Finland	1
	Litauen	1
	Polen	10
	Spania	3
	Sverige	2

Utdanning av spesialsykepleiere i noen utvalgte EØS-land og UK

Internasjonalt finner man sykepleiere i avanserte roller i flere land. Det er ulikheter i hvor langt man har kommet i utviklingen av disse sykepleierrollene og hvor selvstendige sykepleierne i disse utvidede rollene får praktisere. Vår kartlegging viser at det stor ulikhet i lengden og antall studiepoeng som kreves for å kunne kalle seg spesial- og/eller spesialistsykepleier innen aktuelle fagområde i de ulike landene. Kartleggingen viser også at det er relativt få som har offentlig myndighetsgodkjenning av spesialsykepleiere.

En eventuell innføring av offentlig spesialistgodkjenning for flere sykepleiergrupper vil kunne utløse rett til spesialistgodkjenning av sykepleiere utdannet i EØS og land utenfor EØS. EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv (direktiv 2005/36/EF) gir yrkesutøvere som er utdannet og har rett til å utøve yrket i en annen EØS-stat, rett til å få anerkjent sine yrkesmessige kvalifikasjoner og til å utøve yrket i øvrige EØS-stater. Dette gjelder også selv om utdanningene er på ulike nivåer med hensyn til lengde og innhold. Se også kapittel 5.6 for utdypende informasjon om EØS-rettslige konsekvenser.

Tabell 3 oppsummerer utdanning og regulering av spesialsykepleiere i noen utvalgte EØS-land og UK. For utdypende informasjon henvises det til vedlegg 3.

Land	Mastergrad 120 stp.	Videreutdanninger	Krav til yrkeserfaring	Krav om dokumentert vedlikehold av spesialkompetanse	Myndighets- godkjenning av spesialistkompetanse
Sverige	-	Min. 1. årlig videreutd.	Fremgår ikke av sidene til Socialstyrelsen	Fremgår ikke av siden til Socialstyrelsen	Ja - Socialstyrelsen, men kun for sykepleier med utdanning fra utlandet
Danmark		Egne spesialsykepleier- utdanninger 60 – 90 stp.	Ja	Fremgår ikke av siden til Styrelsen for Pasientsikkerhed	Ja - Styrelsen for Pasientsikkerhed
Island	Ja	-	Ja	Fremgår ikke av siden til Embætti landlæknis	Ja - regulert i egen forskrift
Finland	Eget APN studie 120 stp.	-	-	-	Ikke offentlig regulert spesialisttittel
Nederland	2- eller 3-årig Master Advanced Nursing Practice (MANP)		Ja	Ja	Ja – registreres i Verpleegkundig Specialisten Register
Frankrike	Ulike lengde mht. krav til teoretisk og klinisk praksis i utdanningene.		Ja	Fremgår ikke av sidene til Devenir - infirmiere	Ja – Diplôme d'Etat for spesialsykepleiere tildeles av Ministere chargé de la santé
Tyskland	Har mulighet for å spesialisere seg allerede i grunnutdanning. Det tilbys også videreutdanninger og mastergrader for sykepleiere med bachelorgrad		-	-	Ikke offentlig regulert spesialisttittel
UK	Advanced practice nursing (APN) utdanning på masternivå + Clinical specialist nurses		Ja	-	Ikke offentlig regulert spesialisttittel eller beskyttet tittel, men APS sykepleier må være registeret i The Nursing and Midwifery Council for å kunne praktisere
Polen	Har mulighet for å spesialisere seg allerede i grunnutdanning. Det tilbys også videreutdanninger og mastergrader for sykepleiere med bachelorgrad		-	-	Ikke offentlig regulert spesialisttittel

Fagmiljø og karrierevei

Ønske om å være en del av et større fagmiljø er viktig for alt helsepersonell og er pekt på som en av grunnen til at det kan være utfordrende å rekruttere til distrikt (Helsedirektoratet, 2021). Faglige karriereveier for sykepleiere både, i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, er et viktig incitament for at sykepleiere skal ønske å bli i yrket sitt (Helsedirektoratet, 2021, 14. oktober, Midtsundstad & Nielsen, 2022).

I tillegg til gode videre- og etterutdanninger må det jobbes parallelt med å sikre at helsepersonell, uavhengig av nivå på utdanning, får gode utviklingsmuligheter etter avsluttet grunnutdanning. En gevinst ved en eventuell spesialistgodkjenning for sykepleiere, er at den spesialiserte kompetansen brukes på rett sted til rett tid og at den vedlikeholdes og oppdateres i takt med faglig og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene (KS, 2022).

Det blir ofte diskutert hvorvidt en spesialistgodkjenning kan bidra til å rekruttere sykepleiere. Om en spesialistgodkjenning for sykepleiere i seg selv er rekrutterende, er ikke dokumentert, men gode spesialistutdanningsløp og mulighet for å bruke og vedlikeholde ervervet kompetanse etter spesialistutdanningen, kan gi merverdi for både arbeidstaker og arbeidsgiver.

2 Innspill fra aktørene

Kapitel to inneholder oppsummering av aktørenes innspill. De tre hovedtemaene som er løftet i innspillsmøtene omhandlet dagens utfordringsbilde, innslagspunktet for spesialistkompetanse og utkast til modeller for spesialistgodkjenning. Alle skriftlige innspill mottatt i arbeidet med rapporten er vedlagt i sin helhet i vedlegg 8.

Aktørenes innspill på utfordringsbildet

I forkant av første innspillsmøte sendte Helsedirektoratet ut forslag til fire utfordringsbilder som ulike modeller for spesialistgodkjenning burde møte. Aktørene ble spurt om i hvilken grad de mener at utfordringsbildet 1- 4 favner situasjonen modellene for spesialistgodkjenning skal fungerer innenfor og om det var andre utfordringer som burde nevnes.

- 1) **Kvalitet:** Tilgangen på helsepersonell er utfordret i alle deler av sektoren, samtidig som krav om spesialisert kompetanse og klinisk fagledelse er en forutsetning for kvalitet i tjenestene. Det er også utfordringer med å beholde sykepleiere i klinisk pasientnær virksomhet. En offentlig spesialistgodkjenning bør bidra til å bygge strukturer som sikrer at spesialisert kompetanse utvikles og vedlikeholdes hensiktsmessig.
- 2) **Livslang læring:** En utfordring med dagens ordninger for offentlig spesialistgodkjenning er at den ikke inkluderer et offentlig system som ivaretar krav til at spesialistkompetansen holdes faglig oppdatert gjennom hele yrkeskarrieren, dvs. det er ingen offentlige krav til resertifiseringer for å beholde spesialistgodkjenningen¹².

¹² For spesialister i allmenntilleggsmedisin vil dato for resertifisering for å beholde tilleggstaksten være synlig i HPR.

- 3) Likeverdig sluttkompetanse: Det kan være en utfordring at man i RETHOS 3 har valgt å innføre to ulike utdanningsnivåer og ulik sluttkompetanse innenfor samme nasjonale retningslinje (eks. master på 120 studiepoeng med mulighet for avstigning på 90 studiepoeng). Begge nivåer kvalifiserer for samme stillingsbetegnelse (f.eks. intensivsykepleier, anestesisykepleier). Dette skiller seg fra de andre personellgruppene som gis autorisasjon eller spesialistgodkjenning basert på en likeverdig sluttkompetanse.
- 4) Bærekraft: En offentlig spesialistgodkjenningsordning vil kreve økt ressursbruk både i tjenesten og for godkjenningsmyndighetene. En fremtidig ordning må derfor være bærekraftig, kunne effektivt avvikle oppgaver innenfor standardiserte format og utvikles fra felles prinsipper/strukturer.

Overordnede betraktninger på utfordringsbildet

På overordnet nivå kjente aktørene seg igjen i utfordringsbildet som ble skissert. Det kom imidlertid ganske tydelig frem at en spesialistgodkjenning i seg selv hverken kan eller skal løse de nevnte utfordringer. En spesialistgodkjenning er fortrinnsvis en standardisering av kompetanse for å bidra til kvalitet og ivareta pasientsikkerhet innen et bestemt fagområde.

Et gjennomgående innspill fra de fleste aktører er at det er behov for å gjøre noen overordnede vurderinger rundt behovet for spesialistgodkjenning og spesialistutdanning.

For tilsynsmyndighetene, som skal føre tilsyn med helsepersonellet, er det ved en eventuell innføring av offentlig spesialistgodkjenning spesielt viktig med et tydelig og enhetlig krav til innholdet i utdanningene og klare krav til faglig atferd og faglig arbeid, slik at de vet hva som skal kunne forventes og hvordan en behandling skal utføres.

Under følger oppsummering av utfordringsbildet sett fra de ulike aktørenes perspektiv.

Utfordringsbildet sett fra NSF perspektiv

Norsk sykepleierforbund peker på at når det ikke er sikret et definert kompetansenivå i utdanningen, har man ikke sikret lik formell utdanning blant spesialsykepleiere i Norge. Arbeidsgiver definerer hvilke kvalifikasjoner og krav som skal stilles ved ansettelse i spesialsykepleierstillinger. Dette kan medføre ulike krav til kompetanse. Spesialsykepleiere utøver faget på et høyere nivå enn sykepleiere med grunnutdanning, og variasjon i kompetansekrav/ mangel på standardisering kan være problematisk. Det pekes også på utfordring ift. å vurdere kompetanse til sykepleiere med utdanning fra utlandet som tiltrer i spesialsykepleierstillinger, men som man er usikre på om er kompetent til å jobbe som spesialsykepleier i den norske helse- og omsorgstjenesten.

Behovet for omstillinger og modernisering av behandlingstilbudet i helsesektoren vil være stort i årene som kommer. For å lykkes med dette vil forskningskompetanse blant sykepleiere i klinikk være viktig.

Sykepleiemangelen fører til ny oppgavedeling og behov for avansert kompetanse nær pasienten. For å opprettholde en bærekraftig og etisk rekruttering, må det satses på karriereveier og utdanning som bidrar til rekruttering blant landets unge. Å bygge prestisje rundt de store velferdsoppgavene vil være viktig i tiden fremover for å sikre tilstrømming til utdanningene og beholde helsepersonell i tjenestene.

En offentlig spesialistgodkjenning basert på en fullverdig master, vil etter NSF's vurdering være med å bygge prestisje rundt de store samfunnsoppgavene fremover. Da svarer man ut de store kompetansebehovene i sektoren, samtidig som sykepleiere i fremtidens helsetjenester kan jobbe mer kunnskapsbasert, enten selvstendig eller i team for å sikre bærekraft og god og effektiv pasientbehandlingen på et lavere omsorgsnivå. Dette kan også sikre behovet for innovasjon, tjenesteutvikling og kunnskapsproduksjon.

Utfordringsbildet sett fra kommunenes perspektiv

KS har i muntlige og skriftlig innspill kommet med betraktninger til arbeidet med de ulike modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper. KS stiller spørsmål ved om det for kommunal sektor er et riktig virkemiddel å etablere flere spesialistgodkjenninger enn den som er etablert for avansert klinisk allmennsykepleie.

KS mener at offentlig spesialistgodkjenning er et sterkt virkemiddel fra helsemyndighetene. Å etablere og vedlikeholde flere godkjenningsordninger, vil kreve store ressurser. Nasjonale myndigheter må bruke store ressurser, og ikke minst, kommunene må gjøres i stand til å ivareta stadig flere og større oppgaver i forbindelse med spesialist-/utdanningsløp. Tilgang på veiledningsressurser er allerede utfordret, og det er bekymring for om veiledning til sykepleiere under spesialistutdanning vil spise av de samlede veiledningsressursene til bachelorstudentene.

Organiseringen av spesialistutdanningen kan være vanskelig å gjennomføre. Utdanninger med store emner og fagmoduler som skal gjennomføres på kort tid, kan være vanskelig å kombinere med muligheten til å kunne jobbe parallelt. Dersom spesialistløpet innebærer at man må bytte tjenestested for å få godkjent praksis, krav om å jobbe i bestemte team og med visse faggrupper eller krav til veileder med bestemt fagkompetanse, vil dette være vanskelig for en del kommuner å tilrettelegge for dette.

KS har tro på desentraliserte tilbud, gjerne flere og praksisnære emnemoduler med mindre studiepoeng som kan skreddersys og settes sammen til en grad over tid, mens sykepleieren er i sin ordinære stilling.

Tidsbruk og direkte kostander er de største barrierene for å investere i kompetanse for kommuner og fylkeskommuner. Aller viktigst er den ansattes fravær. Dette skyldes kostander til vikarer, men også at det ikke finnes kvalifiserte vikarer i mange kommuner.

Lønn til ansatte under utdanning er helt sentral for at de ansatte skal ville delta i etter-, videre og spesialistutdanning

KS har oppsummert sine betenkeligheter og spørsmålene i følgende kulepunkter:

- Er det formålstjenlig å innføre nye spesialistgodkjenninger når vi vet at helse- og omsorgstjenestene er nødt til å finne nye måter å organisere og dele oppgaver på? En mulig konsekvens av for «spisse» spesialiteter, er redusert mulighet til fleksibilitet og god bruk av ressurser. Det kan oppstå monopol/revirer som kan bidra til at hensiktsmessig oppgavefordeling blir vanskeligere.
- Kommunene trenger gode, fleksible og praksisnære videreutdanningstilbud. Hvis nye spesialistgodkjenninger basert på mastergrader får mye oppmerksomhet i UH-sektoren, er vi bekymret for at det kan fortrenge videreutdanning/fordypning som ikke

gir mastergrad. Her er det viktig å vurdere hvilke incentiver UH-sektoren får ved eventuelle flere spesialister.

- En utvikling i retning av flere offentlig godkjente sykepleierspesialiteter kan føre til en uheldig konkurranse mellom kommuner og helseforetak, i tillegg til konkurransen mellom kommuner. Spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester har ulike roller, og det er rimelig å anta at offentlig spesialistgodkjenning i høy grad vil bli en karrierevei inn i sykehussektoren. Dette vil verken sykehus eller kommuner være tjent med, da god og helhetlig helse- og omsorgstjeneste er avhengig av tilstrekkelig kvalifisert personell i begge sektorer. Hvis det mangler sykepleiere i kommunene, vil sykehusene berøres av dette, og omvendt.
- Kommunene mangler veilederressurser til sykepleiere i grunnutdanningen i dag. Denne utfordringen blir større hvis kommunene får en større rolle i framtidige nye spesialistløp.
- Helsedirektoratet har avgrenset utredningen til ikke å ha oppmerksomhet på rekrutteringsutfordringer. Det er likevel umulig å overse det faktum at allmennsykepleiere er den yrkesgruppen flest kommuner har utfordringer med å rekruttere og beholde. Helseforetakene har også rekrutteringsproblemer.

Utfordringsbildet sett fra helseforetakenes perspektiv

Det er behov for en tydeligere avklaring rundt ønsket hensikt med spesialistgodkjenning.

En eventuell spesialistgodkjenning må bidra til en vesentlig forskjell i forhold til hvordan systemet fungerer i dag, og en kvalitetsøkning av de tjenestene som tilbys samfunnet.

De aktuelle kliniske utdanningene er av stor betydning for driften av spesialavdelingene i sykehusene, og det må være en bevissthet rundt å unngå at man foreslår modeller som etablerer " A-lag og B-lag" uten realistiske muligheter for etterkvalifisering for sykepleierne som ønsker det. Mange pasienter har ikke behov for spesialsykepleiere, men de har behov for sykepleiere med lang klinisk erfaring som kan tilegne seg ny kunnskap uten at de nødvendigvis skal ta en full mastergrad.

Tidligere var det behovene i tjenesten som var avgjørende for hvem og hvor mange som ble utdannet til spesialsykepleiere. Denne muligheten for påvirkning oppleves av RHF som reduserte etter at utdanningsinstitusjonene har fått større innflytelse på hvem som kommer inn på utdanningene¹³. En annen utfordring er karakterkravet for opptak til videreutdanningene. Dette kan utelukke dyktige kliniske sykepleiere med ikke fullt så gode karakterer fra bachelorstudiene. Denne formen for opptak til videreutdanninger legger ikke vekt på ferdigheter, motivasjon og ønske om å jobbe klinisk etter endt utdanning.

Så lenge det ikke er forskriftsfestet krav i RETHOS 3 om klinisk yrkeserfaring før opptak til videreutdanning, kan kandidater gå rett fra en bachelor til en masterstudie. Når kandidatene som ikke har tilstrekkelig erfaringskompetanse fra sykepleieryrket skal ut i arbeid i større

¹³ Flere utdanningsinstitusjoner gjennomfører opptak etter opptaksforskriftens § 3 (vitenskapelig mastergrad) og ikke som før etter § 5 (erfaringsbasert mastergrad, med krav om 2 års yrkeserfaring).

spesialavdelinger etter gjennomført mastergrad, vil kandidatene trenge forsterkede veiledningsressurser, noe som kan oppleves som svært krevende for tjenestene.

De regionale helseforetakene mener at det må legges til rette for bedre dialog mellom tjenestene og utdanningssektoren for å sikre at masterutdanningene som skal føre frem til en eventuell spesialistgodkjenning, er i tråd med tjenestenes behov for kompetanse. Samarbeidet rundt de nasjonale retningslinjene (RETHOS 3) på nasjonalt nivå fungerer relativt bra, men det kan oppleves som tjenestene har mindre påvirkning når de lokale programplanene utvikles, og da oppleves ikke samarbeidet som likeverdig.

De regionale helseforetakene opplever det som utfordrende å sikre en felles måloppnåelse mellom helsesektoren og utdanningssektoren om antall spesialsykepleiere når Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet gir ulike styringssignaler som påvirker samme prosess. Dette gjelder eksempelvis i 2023 krav overfor spesialisthelsetjenesten om opprettelse av flere utdanningsstillinger samtidig som utdanningsinstitusjonene reduserer antallet studieplasser fordi tidligere finansiering trekkes tilbake. Et annet eksempel er at programgruppene i RETHOS-prosjektet ikke ble gitt mandat til å ta stilling til yrkeserfaring som opptakskrav, og de utfordringene dette nå skaper for tjenestene når opptakskravene i etterkant endres unilateralt av UH-institusjonene, herunder konsekvensene for utdanningsstillinger. Disse eksemplene påvirker hvilke modeller for spesialistgodkjenning som spesialisthelsetjenesten kan vurdere å støtte.

Utfordringsbildet sett fra utdanningssektorens perspektiv

Det er utfordrende fra et utdanningsperspektiv at man har avstigningsmuligheter i enkelte av de aktuelle utdanningene. Når begge kvalifiserer til bruk av samme tittel, vil det være utfordrende å vite hvilken kompetanse sykepleieren egentlig har.

Utdanningssektoren savner en diskusjon av om det skal være fullverdige mastergrader eller videreutdanninger på 90 stp. Det er kun 30 studiepoeng som skiller en videreutdanning fra en fullverdig mastergrad. For UH-sektoren er ikke dette et svært fordyrende element. De ekstra studiepoengene vil i stor grad kunne bidra til kvalitetsutvikling og en dobbelkompetanse både sykepleier og arbeidsgiver kan ha nytte av. Klinisk spesialistkunnskap og en integrert akademisk kompetanse gjør at kunnskapsbasert praksis kan bli en naturlig del av yrkesutøvelsen.

Utdanningssektoren mener det er en mangel i utfordringsbildet at det ikke er pekt på behovet for spesialisert kompetanse som kan innfri helsetjenestenes krav om kvalitetssikring, kontinuerlig faglig oppdatering og kvalitetsutvikling. I internasjonal sammenheng er masterkompetanse et minimumskrav for yrkesutøvelse i selvstendige roller med spesialiserte sykepleiefunksjoner. Utdanningssektoren mener det er viktig at Norge legger til grunn de samme kravene sett i lys av dagens og morgendagens kompetanse behov i helsetjenestene.

Utfordringsbildet sett fra Statsforvalterens perspektiv

For fremtidens helse- og omsorgstjenester er det viktig med korrekt oppgavedeling. Dette innebærer at oppgaver utføres av rett personell til rett tid og på rett sted, ellers kan man

oppleve en kompetansesmuldring og uklarheter i rollene som dermed utgjør en fare for pasientsikkerhet.

Dersom man ved en eventuell innføring av spesialistgodkjenning ikke stiller enhetlige kompetansekrav til spesialistgodkjenningen og en eventuell re-godkjenning, vil dette være utfordrende for statsforvalterne ved behandling av klage-, tilsyns- og rettighets saker. Er ikke dette på plass før eventuell spesialistgodkjenning innføres, vil pasientsikkerhet kunne stå i fare.

Godkjenningsordningen må være bærekraftig. Om den innebærer økt ressursbruk, kan den likevel være en fornuftig og nødvendig investering, dersom den på sikt vil kunne bidra til mindre ressursbruk. Jf. "rett person på rett sted og med riktige oppgaver" så er dette en god investering.

Utfordringsbildet sett fra Fagforbundets perspektiv

Fagforbundet mener at man ofte i for stor grad vektlegger formalkompetanse i stedet for å se nøkternt på hvilken kompetanse man har tilgjengelig og hvilke oppgaver man skal løse.

Flere undersøkelser viser at sykepleierne synes de gjør for mange oppgaver som andre yrkesgrupper kan gjøre. KS sitt TØRN-prosjekt og flere gode prosjekter i spesialisthelsetjenesten, har vist at det er mulig med en mer rasjonell oppgavedeling, som både gir sykepleierne en bedre hverdag og åpner for faglig utvikling for andre yrkesgrupper.

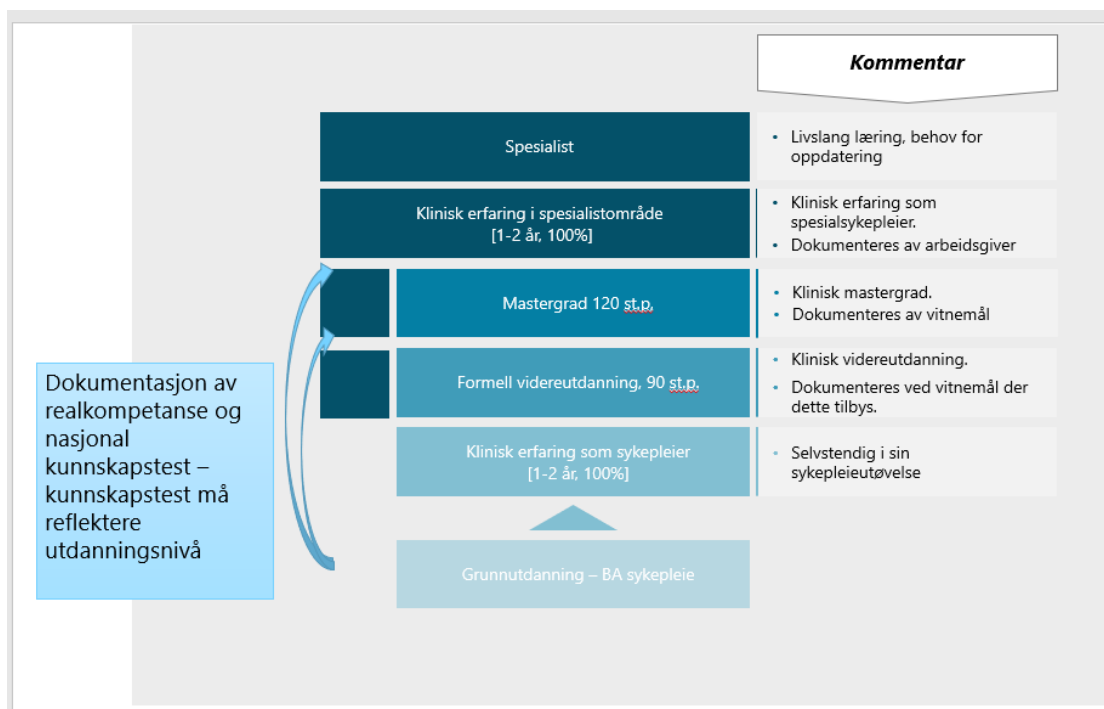
Anerkjennelse og formalisering av, og ikke minste uttelling for, kompetanse er viktig for alle yrkesgrupper, men spesialistgodkjenninger er i seg selv ikke det viktigste for å avhjelpe mangelen på helsepersonell. Oppgavedeling, heltidskultur, rimelig lønnsutvikling og en satsing på grunnutdanningene er langt viktigere grep i den sammenhengen. Offentlig spesialistgodkjenning må bidra til å sikre at spesialisert kompetanse utvikles og vedlikeholdes, men må ikke bli et hinder for mer strategisk kompetansearbeid og bedre oppgavedeling i virksomhetene.

Det må unngås at en spesialistgodkjenning underbygger de eksisterende problemene med kompetanseheving i helsesektoren. Det er fremdeles slik at det ofte er de med mest formalkompetanse som også får flest muligheter til å gå på kurs, konferanser osv. Det er svært positivt med et økt fokus på at fagfolk trenger tid til å holde seg faglig oppdatert, men man må være helt sikker på at dette ikke går ut over sykepleiere uten spesialisering eller andre yrkesgrupper. Det vil ikke være mulig å «omdisponere» tid til faglig oppdatering innenfor dagens rammer, uten at det resulterer i at andre får mindre tid. Både pasientene og yrkesutøverne selv er tjent med at alle grupper, uavhengig av grunnutdanning og spesialisering, får nødvendig tid til å holde seg faglig oppdatert, og til å tilegne seg ny kunnskap.

Aktørenes innspill på innslagspunkt for spesialistgodkjenning

Aktørene ble presentert figuren under og ble bedt om å vurdere og begrunne hvor de mener at innslagspunktet for spesialistgodkjenning skal ligge. Dvs. hvilket kompetansenivå som skal ligge til grunn for spesialistgodkjenning. Skal den ligge etter en videreutdanning, mastergrad, og skal det inkluderes krav om arbeidserfaring?

Figur 2 Kompetansenivå som skal ligge til grunn for spesialistgodkjenning



Overordnede betraktninger på innslagspunkt for spesialistgodkjenning

Både de skriftlige og muntlige tilbakemeldingene fra aktørene viser at det er til dels ulike oppfatninger av hvor innslagspunktet for spesialistkompetansen trer inn. De fleste aktørene mener at det bør være krav til en periode med yrkeserfaring før man kvalifiserer som spesialist, mens andre mener at det er tilstrekkelig med en mastergrad. For å få til en god spesialistutdanning, vil man være avhengig av et godt samarbeid mellom aktørene.

Aktørenes tilbakemelding på innslagspunkt for spesialistgodkjenning henger nært sammen med deres vurdering av aktuelle modeller for spesialistgodkjenning og omtales samlet under punkt 2.3

Aktørenes innspill på forslag til modeller

I forkant av det andre innspillsmøte sendte Helsedirektoratet ut skisser (vedlegg 6) til ulike modeller for spesialistgodkjenning som senere ble omarbeidet og sendt på ny kommentarrunde. Se vedlegg 7 for beskrivelse av de ulike modellforslagene som ble sendt på kommentarrunde. Modellforslagene i kapitel fire er Helsedirektoratets endelige forslag

etter innspill fra aktørene. Modellforslaget der spesialistgodkjenning gis på bakgrunn av nasjonal eksamen, er ikke lenger aktuell som hovedmodell, men er foreslått som element i en eventuell overgangsordning.

Overordnede betraktninger på modellforslagene

Tilbakemeldingene fra aktørene viser at det er til dels ulike oppfatninger av hvor innslagspunktet for spesialistkompetansen trer inn og hvilke modellforslag de mener det er grunnlag for å arbeide videre med. De fleste aktørene mener at det bør være krav til en periode med yrkeserfaring før man kvalifiserer som spesialist. Hvorvidt yrkeserfaringen skal tilegnes før man starter på mastergraden, etter fullført mastergrad eller begge deler før sykepleier kvalifiserer for spesialistgodkjenning, varierer mellom aktørene.

NSFs vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning

NSF mener modellen med krav til mastergrad og klinisk erfaring vil føre til kvalitetsøkning, men treffer dårlig på likhet og bærekraftighet. De mener modellen som kun setter krav til mastergrad, er enklest å forvalte. De øvrige modellene ansees å være krevende å forvalte. NSF oppgir at modellen med kun krav til mastergrad bør foretrekkes, og at innslagspunktet for når man er spesialist er etter fullført masterutdanning.

KS sin vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning

KS mener det er for tidlig å mene noe om konkrete modeller. Før dette kan gjøres, ønsker de at det jobbes mer med formålet, behov og konsekvenser av nye spesialistgodkjenninger.

Helseforetakene vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning

Overordnet kan ikke RHF stille seg bak en modell som legger opp til en spesialistgodkjenning som ikke stiller krav om relevant yrkeserfaring. Modellforslag 1 er vurdert som ikke aktuell.

Helse Midt-Norge mener klinisk yrkeserfaring bør være et krav og mener derfor modellen som kun krever mastergrad ikke bør brukes. De mener modellene som krever mastergrad og klinisk yrkeserfaring vil være best.

Helse Vest holder fast ved videreutdanning med mulighet for påbygging til master i tråd med foretakenes behov og i et omfang som også ivaretar UH sektorens behov for masternivå for å sikre sin utdanningskapasitet, men dette må balanseres. Dette er en holdning Helse Vest har holdt fast på over mange år. Et alternativ er at modellen som krever både mastergrad og klinisk erfaring, kan vurderes lagt til grunn for spesialistgodkjenning.

Helse Sør-Øst påpeker at det er vanskelig å velge en modell uten å vite hva formålet med spesialistgodkjenningen er. Det oppgis at både utdanning og klinisk yrkeserfaring bør legges til grunn for spesialistgodkjenning.

Helse Nord støtter ikke modellen som kun krever masterutdanning eller modellen som legger til grunn en nasjonal eksamen. De mener derimot at de to modellene som legger til grunn klinisk yrkeserfaring kan være interessante å utrede videre.

Utdanningssektorens vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning

Høgskulen på Vestlandet, Universitetet i Agder og OsloMet oppgir at modellene med krav til mastergrad oppfyller det de mener bør være krav til en spesialist. USN og Lovisenberg Diakonale høgskole oppgir at de foretrekker modellen med både klinisk yrkeserfaring og mastergrad. UiT mener innslagspunktet for når man blir spesialist er etter fullført mastergrad.

Fagforbundets vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning

Fagforbundet kommenterer ikke modellene, men mener det ikke bør vektlegges for strenge krav til formell utdanning.

Norsk psykologforening vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning.

Norsk psykologforening mener at masterutdanning alene ikke vil gi kompetansen som kreves for å være spesialist.

Statsforvalterens vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning

Statsforvalteren i Oslo og Viken mener det bør legges til grunn en mastergrad med yrkeserfaring før man begynner på denne. De mener øvrige modeller vil stille høye krav til arbeidsgiver ved vurdering av hvem som kvalifiserer til å være spesialist. De mener innslagspunktet for når man kan kalle seg spesialist er etter at man har tilegnet seg yrkeserfaring i en periode etter fullført utdanning.

3 Helsedirektoratets vurdering av innslagspunktet for spesialistkompetanse

I dette kapitlet diskuteres innslagspunktet for spesialistkompetanse.

Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning hører sammen, men har likevel noe ulike formål.

Spesialistgodkjenning skal sikre:

- Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene
- Pasientsikkerhet
- Tillit

Spesialistutdanning skal sikre:

- Tjenestenes behov for spesialisert kompetanse

Gjennom spesialistutdanningen skal det sikres at det utdannes helsepersonell med rett kompetanse til å utføre de oppgaver som er forventet av en spesialist innenfor eget fagområde.

En god spesialistutdanning bør legge til rette for at det blir lettere for tjenestene å rekruttere og beholde helsepersonell gjennom gode kliniske utdanningsløp, der helsepersonellet, arbeidsgiver og utdanningssektor samarbeider om å gjøre utdanningen relevant, og der sykepleierens ressurser brukes og utvikles på en måte som kommer samfunnet til gode.

ABIOK-sykepleiere og jordmor er veletablerte utdanninger med stor betydning for driften av spesialavdelinger i sykehusene. Likeledes er helsesykepleier, jordmor og sykepleiere innen psykisk helse, rus og avhengighet sentrale sykepleierfunksjoner i hhv. både kommunehelsetjenesten og/eller i spesialisthelsetjenesten.

Felles for alle er at deres utdanninger kvalifiserer for at sykepleierne etter endt utdanning skal kunne jobbe i særlige selvstendige roller i tjenestene. Det er ingen tvil om at spesialsykepleiere utøver faget sitt til en vesensforskjell fra sykepleiere med kun grunnutdanningene. Høyspesialisert sykepleierkompetanse i selvstendige funksjoner bidrar til effektive tjenester og legger til rette for fordeling av oppgaver på en god måte.

I forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere er det i dag ikke et krav om klinisk yrkeserfaring for å kunne søke om spesialistgodkjenning. Dette betyr at søkere med mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) kan få spesialistgodkjenning basert på vitnemål. Alle de aktuelle utdanningene er standardisert gjennom RETHOS som skal sikre lik sluttkompetanse.

Noe variasjon i sluttkompetanse må man regne med. Muligheter for lokale tilpasninger og ulikheter knyttet til opptakskrav ved studiesteder og studentens akademiske resultater, vil alltid være et grunnlag til variasjon. Den viktigste variasjonen vil uansett komme av at hvert enkelt helsepersonell vil ha sine iboende forutsetninger for å tilegne seg, prosessere og utvikle seg til spesialist i sitt fagområde.

Tidsperspektivet kan knyttes til tanken om modning i faget som kan gjenfinnes i teorien fra novise til ekspert. Her beskrives utviklingen av sykepleierens handlingsberedskap frem til

handlingskompetanse gjennom ulike nivåer¹⁴ (etter avsluttet utdanning). Det er først når sykepleieren har nådd trinn 5, at man iht. teorien har oppnådd ekspertnivå (Benner, 1995).

Et sentralt diskusjonspunkt ifb. spesialistutdanningen og spesialistgodkjenning har derfor vært knyttet til spesialistkompetanse og å definere hvor innslagspunktet for spesialistkompetansen bør befinne seg. Kan spesialistgodkjenning gis rett etter avsluttet mastergrad, eller bør det i tillegg kreves et visst antall års klinisk yrkeserfaring etter avsluttet masterutdanning?

Blant flere av aktørene i innspillmøtene og internt i Helsedirektoratet har det vært fremhevet at spesialistkompetanse krever lang klinisk yrkeserfaring innen aktuelt fagområde. Dersom man velger en modell som inneholder lang klinisk yrkeserfaring for de åtte nye gruppene, kan det bli nødvendig å revidere spesialistregelverket for AKS.

¹⁴ Trinn 1: Novisen kjennetegnes av at hen ha lite erfaring å bygge på og vil være avhengig av regler og prosedyrer for å kunne utføre ferdigheter på en tilfredsstillende måte. Når man begynner på et nytt sted, vil alle gjennom novisettrinnet for en kortere eller lengre periode.
Trinn 2: Avansert nybegynner vil fremdeles være avhengig av retningslinjer og veiledning for å kunne prioritere det viktigste i de situasjonene man er i. Men man vil gjenkjenne tilbakevendende faktorer som meningsfulle etter hvert som man utfører oppgaver og er i situasjoner gjentatte ganger.
Trinn 3: Etter to-tre år med noenlunde samme arbeid kvalifiserer en som kompetent utøver. Man kan planlegge mål og tiltak frem i tid og begrunne dette ut fra en bevisst, abstrakt og analytisk vurdering av situasjonen eller problemet. Sykepleieren Personen har opparbeidet seg en mer effektiv arbeidsmetode enn tidligere og kan ta på seg mer lederansvar gitt forutsigbare omstendigheter.
Trinn 4: Kyndig utøver er mindre bundet av spesifikke teorier eller regler. Ser helheten i situasjonen og kan raskt fokusere på det viktigste og ta beslutninger ut fra en nyansert og helhetlig forståelse. Erfaringer fra tidligere gjør at en vet hva som er forventet forløp, og raskt kan se og forstå når forløpet avviker fra det normale. Intuisjon og antagelser vil være med på å styre observasjoner og handlinger før de synlige tegnene kan vise seg hos pasienten. Kyndigheten i praksis utvikler seg gjerne hos sykepleiere som har hatt omtrent den samme jobben i tre-fem år.
Trinn 5: Eksperten har en dyp, intuitiv, forståelse av situasjonen, slik at passende tiltak raskt kan velges. Stor erfaringsbakgrunn gjør at sykepleieren er selvstendig, rask og sikker på sin vurdering. Det tar omtrent fem år med analytisk jobbing innenfor samme område for å fungere på ekspertnivå.

4 Helsedirektoratets forslag til modeller

Basert på tilbakemeldingene fra aktørene har Helsedirektoratet bearbeidet forslagene til modeller og gått videre med tre hovedmodeller for spesialistgodkjenning og to alternative modeller for overgangsordninger som må utredes videre ved en eventuell utvidelse av spesialistgodkjenningsordningen for sykepleiere. Felles for modell en og to, er at de bygger på en mastergrad. Den tredje modellen er inspirert av legenes spesialistutdanning og foregår utdanningen mens sykepleiere er i arbeid i sykehus og/eller kommune.

I utarbeidelsen av modellene er det sett hen til elementer i AKS-sykepleiernes, legenes og tannlegenes spesialistutdanning samt internasjonale ordninger.

Forutsetninger for en god spesialistutdanning

Det er enighet mellom aktørene at en spesialistutdanning som skal føre frem til en spesialistgodkjenning, bør bygge på følgende forutsetninger:

- utdanningen må være nasjonal, standardisert og forskriftsfestet
- det må være arenaer for samhandling mellom de ulike aktørene på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå
- det må være mekanismer på plass som sikrer at spesialistkompetansen vedlikeholdes og oppdateres i samsvar med utviklingen i faget og tjenestenes behov (livslang læring)

Nasjonal, standardisert og forskriftsfestet

For å sikre at kompetansen til en sykepleier med spesialistgodkjenning er gjenkjennbar uavhengig av hvor sykepleier har tatt sin utdanning, må det være et premiss at innholdet i utdanningen er standardisert og forskriftsfestet for å sikre et minimum av lik sluttkompetanse. RETHOS 3 legger til rette for at noe lokal tilpasning er mulig. Det er viktig med et godt samarbeid mellom tjenestene og utdanningsinstitusjonene ved utarbeidelsen av lokale programplaner slik at det ikke blir for stor variasjon i sluttkompetansen mellom de ulike utdanningsinstitusjonene. En kjent lik sluttkompetanse vil legge til rette for mobilitet av helsepersonell.

Samhandling

En vellykket spesialistutdanning krever god samhandling mellom flere aktører. For å få til god samhandling, trengs det gode kommunikasjonskanaler og arenaer slik at de ulike aktørenes behov og forventninger til hverandre fanges opp, og man sikrer utdanninger som svarer til tjenestenes og samfunnets behov.

Livslang læring

Det må være mekanismer på plass som sikrer at spesialistkompetanse vedlikeholdes og oppdateres i samsvar med utviklingen i spesialistfaget og tjenestenes behov (livslang læring).

Elementer modellene kan bestå av

I innspillsmøtene har følgende elementer vært diskutert:

- 1) Omfang av teoretisk del og klinisk praksis i studiet
- 2) Omfang av klinisk yrkeserfaring før og etter avsluttet mastergrad
- 3) Felles nasjonal eksamen
- 4) Overgangsordninger

Omfang av teoretisk del og klinisk praksis i studiet

En del av utdanningen må bestå av teori. Den teoretiske delen av en spesialistutdanning kan foregå enten i UH-sektoren, som teoretiske kurs på nasjonalt nivå, eller som en blanding av disse. For eksempel skjer legenes spesialistutdanning i praksisfeltet/klinikken, men inneholder også teoretiske kurs på nasjonalt nivå. Spesialistutdanningen for tannleger skjer ved universitetene¹⁵, men med krav om klinisk allmennpraksis før opptak til masterstudiet. Pasientbehandling under veiledning foregår i hovedsak ved universitetets klinikk for spesialistbehandling. Spesialistutdanningen av avansert klinisk allmennsykepleiere skjer i UH-sektoren, men der store deler av utdanningen er kliniske praksisstudier.

Etter at de sykehusinterne spesialutdanningene ble flyttet til universitets- og høgskolesektoren, har utdanningen av spesialsykepleiere skjedd i UH-sektoren. I tillegg til å være teoretiske utdanninger, inneholder de i stor grad klinisk praksis. Enkelte av utdanningene har opp mot 50 % klinisk praksis. Utdanning i UH-sektoren kan fortsatt være et sentralt element i sykepleiernes spesialistutdanning. Dette er i samsvar med liknede ordninger i andre europeiske land.

Omfang av videreutdanningene som skal ligge til grunn for spesialistutdanning, har vært diskutert i innspillsmøtene. Flere av aktørene anbefaler full mastergrad på 120 studiepoeng fordi dette kan gi sykepleierne et bedre grunnlag for å drive kunnskapsbasert fagutvikling, noe som er viktig for imøtekomme behov i fremtidens helsetjenester. Alternativet med avstigning på 90 studiepoeng, utelukker masteroppgaven og vil ikke gi kandidatene en fullverdig grad i utdanningssystemet, men kan gi et tilstrekkelig læringsutbytte for en god klinisk yrkesutøvelse innen aktuelle fagfelt.

Omfang av klinisk yrkeserfaring før og etter avsluttet mastergrad

¹⁵ Spesialistutdanning av tannleger i Norge foregår p.t ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø. Det pågår arbeid vedrørende utvikling av tannlegenes spesialistutdanning. Rapporten *Spesialistutdanning av tannleger – en kompetansebasert integrert samarbeidsmodell* ble oversendt HOD høsten 2021. Kompetansebasert integrert samarbeidsmodell for spesialistutdanning av tannleger skal hjemles i ny forskrift for spesialistutdanning av tannleger. Forskriftfestede læringsmål beskriver kompetansen til en ferdig utdannet spesialist.

For å bli en klinisk spesialist bør sykepleieren ha både bred og spisset erfaring fra pasientnært arbeid i klinikk. Det er i dag ikke et forskriftsfestet krav om yrkeserfaring før opptak til studiet. Mange aktører påpeker at dette er uheldig og at det kan føre til at nyutdannede sykepleiere med masterutdanning, ikke har tilstrekkelig klinisk erfaring til å kunne være spesialist.

En rotasjonsordning underveis i spesialistløpet kan være med å gjøre utdannelsen mer interessant og legge til rette for at helsepersonell får utøvd kompetansen sin på flere arenaer og får arbeidet i flere team med ulik fagsammensetning. En slik form for "rotasjonsordning" eksisterer allerede i enkelte av de aktuelle utdanningene. F.eks. er det skrevet i RETHOS 3 for anesthesi at de skal kunne delta inne på intensiv ved f.eks. en pandemi.

Opptakskravene til studiene ligger utenfor helsemyndighetenes ansvarsområde. Det ble diskutert i innspillsmøtene om det også bør være krav om yrkeserfaring etter studiet før en eventuell spesialistgodkjenning gis. De fleste aktørene støttet dette og anbefalte fra to til fem års relevant yrkeserfaring under veiledning og supervisjon før man kan bli spesialist i i aktuelt fagområde.

Nasjonal eksamen

Nasjonal eksamen kan dokumentere en felles sluttkompetanse som spesialist for de som ikke har gjennomført en mastergrad. Det kan settes krav til formell kompetanse og yrkespraksis for å kunne melde seg opp til eksamen. En nasjonal eksamen vil også kunne sikre at sykepleiere med utdanning fra utlandet, kvalitetssikres på en bedre måte enn ved dagens vurdering av dokumenter. Dette gjelder særlig land der helsevesenet og utdanningssystemet avviker mye fra det norske. Flere av aktørene påpekte at nasjonal eksamen alene ikke gir et tilstrekkelig vurderingsgrunnlag ved en eventuell spesialistgodkjenning. Det ble også påpekt at nasjonal eksamen er kostbart og krevende å få gjennomført.

Modell 1: AKS-modellen: Mastergrad = spesialistgodkjenning

Modell 1 gir spesialistgodkjenning på bakgrunn av mastergradsvitnemål innenfor et fagområde. Dette er den modellen som benyttes i dag for spesialistgodkjenning av kliniske allmennsykepleiere (AKS).

Standardiseringen av utdanningene skjer gjennom forskriftsfestede nasjonale retningslinjer (RETHOS 3). Sykepleieren får klinisk praksis gjennom veiledede praksisstudier. I enkelte av utdanningene utgjør praksisstudier opptil 50 prosent av utdanningen.

De fleste utdanningsinstitusjoner som tilbyr de aktuelle masterutdanningene, krever at sykepleieren har noe klinisk yrkeserfaring etter bachelorgrad. For å få fullt utbytte av studiet, bør studentene ha noe klinisk erfaring som autorisert sykepleier. Nasjonale faglige retningslinjer angir kun krav om at utdanningen skal bygge på bachelorutdanning i sykepleie. Yrkeserfaring før opptak er ikke et forskriftsfestet krav.

Krav om yrkeserfaring før opptak til aktuelle mastergrader, vil kreve endring av forskrift. Dette styres av Kunnskapsdepartementet.

Vurdering av modell 1

Spesialistgodkjenning basert på en fullverdig mastergrad, vil være enkel å forvalte da strukturene for utdanningene allerede er etablerte i UH-sektoren, tjenestene og Helsedirektoratet. Spesialistgodkjenningen kan tilnærmet tildeles automatisk ved vitnemål fra godkjent utdanningsinstitusjon via Vitnemålsportalen. En modell for spesialistgodkjenning som tar utgangspunkt i fullført mastergrad på 120 studiepoeng, vil oppfylle kravene i nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk, det samsvarer med Bologna-prosessen og europeisk samstemming av nivå på høyere utdanning i tråd med våre internasjonale forpliktelser, og det speiler internasjonale trender for utdanningsnivå på spesialsykepleiere. Dette vil legge til rette for at norske sykepleierspesialister holder samme kompetansenivå som land vi sammenligner oss med.

Spesialistgodkjenning basert på mastergrad vil sikre at sykepleierne har grunnleggende forskningskompetanse. Dette er særlig viktig for å drive faglig utvikling på arbeidsplassen, som er nødvendig for å møte fremtidens behov for helse- og omsorgstjenestene.

Selv om de nasjonale retningslinjene skal sikre lik sluttkompetanse, vil det være variasjon i oppnådd kompetanse innenfor rommet karaktersystemet gir (Universitets- og høyskoleloven, 2005). Dette har Helsedirektoratet erfart i behandlingen av søknader om spesialistgodkjenning av kliniske allmennsykepleiere. Som eksempel er det klare forskjeller mellom kompetanse oppnådd etter snittkarakter A og E, men begge kvalifiserer til godkjent mastergrad med vitnemål. Dersom man velger et system for spesialistgodkjenning som kun baserer seg på vitnemål, må denne variasjonen vurderes til å være akseptabel. Det vil ikke være aktuelt å kreve nasjonal eksamen etter oppnådd godkjent mastergrad, da dette vil undergrave dokumentert mastergrad som godkjent sluttkompetanse.

En annen kilde til variasjon ved utelukkende å basere spesialistgodkjenning på vitnemål, er at dette ikke gir grunnlag for å stille krav om klinisk erfaring all den tid dette ikke er forskriftsfestet som opptakskrav til utdanning og praktiseres ulikt i UH-sektoren. Vitnemål vil dermed kun gi dokumentasjon på fullført krav til praksis inkludert i studiet. Man risikerer da å gi spesialistgodkjenninger til sykepleier som har lite klinisk erfaring, og som heller ikke jobber klinisk. Det kan føre til forringelse av "spesialist" som begrep og være med å skape forvirring/utrygghet rundt hva man kan forvente av en klinisk spesialistsykepleier. Det er ofte satt krav om C i snitt fra bachelor for opptak til de aktuelle mastergradene. Dette kan igjen medføre at autoriserte sykepleiere som har utviklet seg til gode klinikere, ikke kommer inn på videreutdanning, men sikrer samtidig et høyt akademisk nivå på søkere og muligens at flere gjennomfører studiet.

Kostnader ved denne modellen knytter seg til vikar mens sykepleieren er under utdanning, samt videreutvikling av portal for søknader. Til tross for stor grad av automatisert søknadsprosess, vil ordningen vil kreve økt personellressurser i forvaltningen av ordningen.

Modell 2: Mastergrad + relevant klinisk yrkeserfaring = spesialistgodkjenning

Modell 2 bygger på modellen som eksisterer for spesialistgodkjenning av kliniske allmennsykepleiere, men med klinisk yrkeserfaring innenfor aktuelle fagområde i tillegg. Om det skal være 2, 3, 5 eller 10 års yrkeserfaring i etterkant av masterutdanningen, må vurderes nærmere i samarbeid med aktørene. Det kan også tenkes at varigheten av yrkespraksis ikke nødvendigvis er lik for alle spesialitetene.

I perioden med klinisk yrkeserfaring etter masterstudiet bør det gis veiledning og supervisjon. Det må utarbeides klare retningslinjer for hva som er relevant klinisk yrkeserfaring knyttet til aktuelle fagområde og hvilke kriterier arbeidsgiver skal vurdere etter. Målene for læringsutbyttet av den kliniske yrkeserfaringen må utarbeides i samarbeid med aktørene og bør forskriftsfestes.

Dokumentasjon av klinisk yrkeserfaring kan gjøres i etablerte digitale løsninger slik som for eksempel Kompetanseportalen. Eventuelt kan det utvikles tilsvarende funksjonalitet i Tjenesteportalen for helseaktører¹⁶ for de som ikke har tilgang til Kompetanseportalen. Yrkeserfaringen bør kunne gjennomføres i sykepleiers ordinære stilling.

Vurdering av modell 2

Med relevant klinisk yrkeserfaring etter masterstudiet får sykepleieren benyttet og utviklet masterkompetansen i klinisk virke før spesialistgodkjenning. Arbeidsgiver og samarbeidende helsepersonell vil ha mulighet til å bli bedre kjent med kompetansen sykepleieren har fått gjennom utdanningen. Dette kan føre til at man sammen utvikler rollen (rolleavklaring), ansvarsområder og kan være med å skape tillit både mellom leder og sykepleier, men også mellom de andre helseprofesjonene i teamet/avdelingen og kan bidra til mer hensiktsmessig oppgavefordeling på sikt (KS, 2022).

I likhet med modell 1 vil denne modellen gi samfunnet sykepleiere med høy akademisk kompetanse som vil gjøre at kunnskapsbasert praksis blir en naturlig del av yrkesutøvelsen.

I modell 2 får sykepleieren mer mengdetrening og mer erfaring i faget før spesialistgodkjenning innvilges. Dette er mer i samsvar med spesialistutdanningene for leger og tannleger samt internasjonale ordninger.

Modell 2 er mer kostnadskrevende og krever mer administrasjon enn modell 1. Kostnadene knytter seg blant annet til veiledning og supervisjon samt kostnader ved utvikling av digitale systemer og forvaltning av godkjenningsordningen. I tillegg må det regnes med kostnader for vikar mens sykepleieren er i utdanning.

Modell 3: Spesialistutdanning SIS (sykepleier i spesialisering)

Denne modellen er mer lik legenes spesialistutdanning. I denne modellen utdannes sykepleier til spesialister mens de arbeider i tjenestene. Utdanningen må basere seg på oppnåelse av kompetanse gjennom ulike læringsaktiviteter. Den teoretiske delen av utdanningen kan sykepleierne få gjennom f.eks. nasjonale kurs, emner/moduler fra universitet og høyskole eller andre kompetansehevende teoretisk kurs. Dagens videreutdanninger, både de på 60, 90 og 120 studiepoeng, kan utgjøre hele eller deler av den

¹⁶ Helsedirektoratet har pågående arbeid med å utvikle denne for AKS.

teoretiske delen i utdanningen avhengig av omfanget på den teoretiske delen og hvordan den vektas opp mot den kliniske delen av utdanningen.

Det faglige innholdet i spesialistutdanningen bør bygge på de nasjonale faglige retningslinjene som er utviklet i RETHOS 3 samarbeidet. Her kan f.eks. læringsutbyttebeskrivelsene (LUB) være førende, tilsvarende legenes læringsmål. Utdanningsplaner med LUB/læringsmål og læringsaktiviteter må konkretiseres for hver spesialitet og utarbeides i samarbeid med aktørene.

Så langt det passer bør den teoretiske utdanningen gjennomføres i samarbeid med utdanningssektoren. Den teoretiske delen av utdanningen kan være modulbasert og gjennomføres over tid mens man er i en ordinær stilling som sykepleier i sykehus eller kommune.

Vurdering av modell 3

I denne modellen kan helsetjenesten selv dimensjonere utdanningskapasiteten for sykepleierspesialister. Kandidatene starter sin spesialisering etter avtale med arbeidsgiver. Hver kandidat får tildelt en veileder og en individuell utdanningsplan som viser læringsmål og læringsaktiviteter. I tillegg beskriver utdanningsplanen hvilke læringsarenaer læringsmålene kan oppnås på. Ved hver læringsarena vil utdanningskandidaten få supervisjon fra mer erfarne kolleger. Noen av spesialitetene kan ha læringsarenaer både i sykehus og kommune. En rotasjonsordning mellom læringsarenaer på ulike nivå i tjenestene, vil gi kandidatene variert erfaring og totalt sett en større bredde på utdanningen. Dette kan gjøre det lettere å bruke helsepersonellet på tvers av nivåene, for eksempel jordmor og anestesisykepleiere.

En annen fordel ved denne modellen er at utdanningen raskere kan fange opp endrede behov i helse- og omsorgstjenestene. Den kan også føre til større engasjement for å bidra til utdanning når selve utdanningen skjer i tjenestene med kolleger man jobber tett sammen med.

En utfordring er at modellen vil være ressursmessig krevende og vil trenge at man tenker "nytt" om utdanningssektorens rolle i spesialistutdanning av sykepleiere og hvordan teoretisk kompetanse erverves. For utdanningssektoren kan det være krevende at flere vil måtte trenge mer tid for å oppnå en grad som gir uttelling i utdanningssystemet. Dersom det er ønskelig at man skal kunne bruke utdanningssektoren også i denne modellen, kan det være nødvendig å åpne opp for nye standarder for hva som er normert tid på utdanningen og utforske alternativer til hvordan de aktuelle utdanningene kan finansieres i utdanningssektoren.

En utfordring med en modell som ikke setter kravet om oppnådd mastergrad som grunnlag for spesialistgodkjenning, kan føre til at færre sykepleiere vil ha grunnleggende forskningskompetanse. Forskningskompetanse i klinikkene kan bidra omstilling og modernisering av tjenestene og utvikling av faget. Det bør derfor legges til rette for at sykepleiere som ønsker å ta en mastergrad, skal ha mulighet for dette som en del av spesialistutdanningen. Hvorvidt fullført mastergrad skal være det utslagsgivende for endelig spesialistgodkjenning, må diskuteres nøyere dersom man velger denne modellen. Det bør også diskuteres om sykepleiere som har valgt å ta en mastergrad før en eventuell spesialistutdanning, kan få godskrevet hele/eller deler av den teoretiske kompetansen og således ha mer fokus på å ytterligere utvikle kliniske ferdigheter.

For kommunesektoren kan det tenkes at denne modellen vil være mer ressurskrevende en modell 1 og 2. Sider ved organiseringen av spesialistutdanningen kan være vanskelig å gjennomføre. Dersom spesialistutdanning innebærer bytte av tjenestested/læringsarena for å oppnå læringsmål eller bestemte krav, som for eksempel om å jobbe i bestemte team og med visse faggrupper eller krav til veileder med bestemt fagkompetanse, vil det være utfordrende for en del kommuner å tilrettelegge for spesialistutdanning av sine sykepleiere.

Denne modellen bør trekke erfaringer fra de strukturer som er laget for legenes spesialistutdanning slik at eventuelle synergieffekter identifiseres raskt.

Modeller for overgangsordninger

Ved innføring av en eventuell offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere, bør sykepleiere med allerede eksisterende kompetanse innenfor aktuelle fagområder ivaretas. Gode overgangsordninger bør stille klare kriterier til hvem som kan omfattes av en slik ordning. Samtidig kan ikke kriteriene være så strenge at en stor andel av sykepleiere med kompetanse innenfor aktuelle fagområde utelukkes.

Det har vært diskutert om manglende akademisk kompetanse kan kompenseres av lang klinisk erfaring, teoretisk påbygging eller en kombinasjon av disse to. Denne diskusjonen må tas videre med aktuelle aktører. En mulig overgangsordning kunne være at alle sykepleiere som har en stilling som spesialsykepleier, får spesialistgodkjenning.

Det har også vært oppe til vurdering om det kan være en permanent modell der lang og relevant klinisk erfaring, kan kompensere for manglende akademisk grad for sykepleiere som gjennomfører videreutdanninger av kortere løp. Flertallet av aktørene mener imidlertid at man bør ha en fullført mastergrad (120 stp.) for å kvalifisere for den akademiske delen av en spesialistgodkjenning.

Det er i dag sysselsatt mange sykepleiere i helse- og omsorgstjenestene med videreutdanninger av ulik lengde og nivå. Kompetansen disse sykepleierne besitter, er essensiell for driften av helse- og omsorgstjenestene. Ved en eventuell innføring av spesialistgodkjenning for sykepleiere, bør det være en overgangsordning for disse sykepleierne slik at de ikke må gjennomføre et helt spesialistutdanningsløp for å kunne få spesialistgodkjenning. Det bør stilles krav til både akademisk kompetanse og yrkeserfaring. Vi ser for oss at vurderingen av om denne gruppen kan få spesialistgodkjenning, kan gjøres enten ved en realkompetansevurdering, nasjonal eksamen eller en kombinasjon av disse.

Som et minimum mener Helsedirektoratet at det bør stilles krav om nylig og oppdatert klinisk yrkeserfaring for søkere som har dette som del av sitt søknadsgrunnlag. Helsedirektoratet foreslår følgende krav for sykepleiere på overgangsordning:

- Kunne vise til klinisk yrkeserfaring som spesialsykepleier innen ABIOK, helsesykepleier eller sykepleier innen psykisk helse- og rus/psykiatrisk sykepleier innen fagområdet:
 - Minimum 5 år tilsvarende 100 % stilling. Deltid omregnes til heltid
 - Minimum 50 % av den kompetansen som det blir søkt om godkjenning for, bør være opparbeidet innenfor den siste 10 årsperioden

Jordmødre er i dag registrert i HPR-registeret med en dobbelautorisasjon. Dersom jordmor skal konverteres til spesialistgodkjenning, må de også omfattes av overnevnte krav.

Realkompetansevurdering av erfarne spesialsykepleiere

Helsedirektoratet har de siste årene forvaltet overgangsordningen knyttet til godkjenning av AKS. I denne prosessen har vi:

- fått inn i overkant av 140 søknader,
- vi har engasjert fire eksterne faglige rådgivere
- median saksbehandlingstid for disse søknadene har vært på 103 dager
- ansatt en ekstra medarbeider for å avhjelpe søknadsbehandling

Erfaring fra denne prosessen tilsier at det kan bli meget utfordrende å ha en liknende overgangsmodell for de øvrige sykepleiergruppene gitt det store volumet av potensielle søkere.

Tabell 4 viser data hentet inn av Helsedirektoratet ifb. prosjektet for monitorering av sykepleiere. I perioden 2018 til 2021 ble det utdannet i gjennomsnitt 1200 sykepleier med videreutdanning og 550 med masterutdanning per år. Alle disse utdanningene er gjennomført før innfasing av RETHOS 3. Dette innebærer at både masterutdanninger og videreutdanninger gjennomført før innfasingen av RETHOS 3 i 2022/2023, vil trenge en studiegjennomgang for å se hvor likt opp mot de nasjonale faglige retningslinjene de ligger.

Dersom disse sykepleierne skal inkluderes i spesialistgodkjenningsordningen, vil det kreve effektive overgangsordninger og et klart regelverk. Utviklingen av disse kriteriene må skje i samarbeid med tjenestene og UH-sektoren. Potensielle søkere vil ha ulik kompetanse som spenner fra rammeplanstyrte videreutdanninger på 60, 90 og 120 studiepoeng til søkere med sykehusinterne utdanninger og kompetanse ervervet gjennom lang klinisk erfaring. Blant annet må det vurderes om det må etableres nye videreutdanningsprogrammer for sykepleiere med videreutdanninger og/eller bedriftsinterne utdanninger under 120 studiepoeng. Innholdet i og vurdering av eventuell annen kompetanse som kan erstatte formell utdanning gjort i UH-systemet, må gjøres i samarbeid med aktørene.

Erfaringsmessig er det å behandle og vurdere søknader der dokumentasjonsgrunnlaget baserer seg på fagplaner, attester, kurs o.l. en meget ressurs- og tidkrevende prosess som vil kreve faglig bistand fra både UH-sektoren og tjenestene, og som potensielt vil måtte gå over flere år.

Et enklere alternativ er at vurderingen baseres på at sykepleiere som har hatt spesialsykepleierstilling siste 5 år, vil kunne få spesialistgodkjenning.

Tabell 4 Oversikt over sykepleiere med fullført videreutdanninger i perioden 2018 til 2021 og sysselsatte spesialsykepleiere i 2021¹⁷.

Fullførte videreutdanninger perioden 2018 – 2021	Sysselsatte spesialsykepleiere i 2021
<ul style="list-style-type: none"> • utdannet til sammen 2836 sykepleier med videreutdanninger i hhv. anestesi-barn-, intensiv, operasjon- og kreftsykepleie • utdannet 538 jordmødre • 953 helsesykepleiere • 2434 sykepleier med videreutdanning i psykisk helse og rus 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 799 sysselsatte sykepleier med videreutdanninger i hhv. anestesi-barn-, intensiv, operasjon- og kreftsykepleie • 3 036 sysselsatte jordmødre* • 4 405 sysselsatte helsesykepleier* • 4 905 sysselsatte psykisk helse og rus (psykiatrisk sykepleier)

Kilde: DBH (videreutdanning og master), SSB tabell 07945 (ABIOK og psykisk helse og rus), SSB tabell 07941 (jordmor og helsesykepleier)

Nasjonal eksamen for erfarne spesialsykepleiere

En alternativ modell er at alle søkere må bestå en nasjonal eksamen. En nasjonal eksamen bør teste både teoretisk kompetanse og kliniske vurderingskompetanse. Innholdet i en nasjonal eksamen må utarbeides i fellesskap mellom helse- og omsorgstjenestene, utdanningssektoren og forvaltningen.

Nasjonal eksamen som foreslått her, vil bli kostbart å etablere og drifte. En begrensning vil være tjenestenes og utdanningssektorens kapasitet til å utvikle og avholde eksamener. En nasjonal eksamen vil imidlertid være en god måte å dokumentere kompetansen til sykepleiere med utenlandsk utdanning.

¹⁷ Tallene i tabell 4 inkluderer ikke alle sykepleiere med bedriftsinterne utdanninger som jobber i tjenestene. * Tall for sysselsatte i helse- og sosialtjenestene, ikke alle sysselsatte totalt. Det reelle tallet vil nok derfor være noe høyere.

Oppsummering av aktørenes preferanser til modellene

For flere aktører har det vært utfordrende å gi en entydig tilbakemelding på hvilke modeller som bør utredes videre så lenge formålet med spesialistgodkjenning ikke er utredet.

Helsedirektoratets forslag til modeller er utarbeidet etter flere runder med tilbakemeldinger fra aktørene. Tabellen under er ment som en forenklet oversikt over Helsedirektoratets tre hovedmodeller. Den viser ikke nyansene i tilbakemeldingene, men gir en veldig forenklet oversikt over aktørenes preferanser. For utdypende kommentarer fra aktørene henvises det til vedleggene. Det er ikke utarbeidet tilsvarende oversikt over modeller for overgangsordninger.

Tabell 5 Aktørenes tilbakemelding på de ulike modellene

	AKS-modellen	Mastergrad + klinisk yrkeserfaring	Spesialist-utdanning SIS	Merknad
Norsk sykepleierforbund (NSF)	Foretrekkes			
KS				For tidlig å vurdere pga. uklart behov
Helse Midt-Norge	Frarådes	Foretrekkes	Frarådes	
Helse Sør-Øst	Frarådes	Foretrekkes	Kan utredes videre ¹⁸	Vanskelig å vurdere på grunn av uklart formål
Helse Vest	Frarådes	Kan muligens utredes videre	Kan muligens utredes videre	Ønsker videreutdanning med muligheter for påbygg til mastergrad.
Helse Nord	Frarådes	Foretrekkes	Frarådes	
UiT	Foretrekkes			
Universitetet Sørøst - Norge		Foretrekkes		
Høgskulen på Vestlandet	Foretrekkes			
OsloMet	Foretrekkes			
Lovisenberg diakonale høgskole		Foretrekkes		
Universitetet i Agder	Foretrekkes	Kan være aktuell		
Fagforbundet				Bør ikke vektlegge for strenge formelle krav til utdanning.
Norsk psykologforening	Frarådes			
Statsforvalteren i Oslo og Viken	Foretrekkes	Frarådes	Frarådes	

¹⁸ Hvis en videre utredning skulle være aktuelt, vil Helse Sør-Øst RHF ønske å se nærmere på SIS-modellen.

Kan det være ulike modeller for ulike sykepleiergrupper?

Sykepleiergruppene som omfattes av denne utredningen, er ulike. Det samme gjelder tjenestenes organisering og behov. Det kan tenkes at en modell er bedre egnet for en bestemt gruppe, og at flere modeller kan føre frem til spesialistgodkjenning parallelt. Dersom man ønsker at de tre hovedmodellene skal eksistere side om side, må man akseptere at spesialistgodkjenningen gis på varierende grunnlag, både oppnådd klinisk kompetanse innen relevant fagområde, og akademisk grad.

I modell 1 (AKS) stilles det ikke krav om yrkeserfaring. De fleste aktørene inkludert Helsedirektoratet mener at klinisk yrkeserfaring bør være en forutsetning for å oppnå spesialistgodkjenning. Skal modell 1 være et godt alternativ, bør det forskriftsfestes krav om yrkeserfaring før opptak til masterstudiet. Dette ligger imidlertid utenfor helsemyndighetenes ansvarsområde.

Modell 2 er en variant av modell 1, men med krav om relevant klinisk yrkeserfaring. Denne er primært lagt etter masterstudiet for å oppnå tilstrekkelig klinisk erfaring, mengdetrening og modenhet i eget fagområde. Det kan derfor være uheldig om noen sykepleiere kan velge modell 1 og noen kan velge modell 2, fordi det sannsynligvis vil gi sykepleiere med ulik klinisk sluttkompetanse.

I modell 3 stilles det ikke krav om masteroppgave. Utdanningsløpet er tenkt administrert i tjenestene. Det kan være en fordel med et nært samarbeid med utdanningssektoren om den teoretiske delen av utdanningen. Det kan også være hensiktsmessig at læringsmålene i modell 3 bygger på LUB-ene i RETHOS 3 for de ulike utdanningene. I modell 3 er det rom for å bruke lenger tid på den teoretiske delen av utdanningene, og den er mer fleksibel med hensyn til når emner, kurs og fagmoduler kan gjennomføres. Modellen utelukker ikke at sykepleieren kan fullføre en mastergrad, men dersom kravene til klinisk kompetanse innen det aktuelle fagområde er oppnådd, kan sykepleieren kvalifisere for spesialistgodkjenning.

Fordi modellene er så ulike med hensyn til klinisk og akademisk kompetanse, vil det kreve mye arbeid å definere opp den endelige kliniske sluttkompetansen som kvalifiserer for spesialistgodkjenning. Det vil også kreve mye ressurser for alle aktørene å drifte og vedlikeholde tre ulike utdanningsløp. Konsekvensen vil være at godkjenning oppnås på ulikt grunnlag noe som vil gi variasjon i kompetansen til spesialistene. Det har ikke vært rom for å gjøre en utvidet vurdering av de åtte sykepleiergruppene opp mot de ulike godkjenningsmodellene, da dette også må sees i lys av de ulike utdanningenes egenart og behov. Det er imidlertid gjort noen overordnede betraktninger.

De åtte aktuelle utdanningene utdanner sykepleiere i åtte ulike utdanningsretninger rettet mot pasientgrupper på begge tjenestenivåer. ABIOK-utdanningene er tradisjonelt rette inn mot de spesialiserte avdelingene i spesialisthelsetjenesten. Jordmor, kreftsykepleiere og sykepleiere med masterutdanningen i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet har oppgaver i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, mens helsesykepleieren har sitt primære virke i kommunehelsetjenesten.

Det kan være ulike behov og modeller for de utdanningene som primært er tenkt for kommunenes behov for spesialisert kompetanse og de som tilhører spesialisthelsetjenesten. Et eksempel kan være at modell 1 (AKS) kan gjelde for kommunene. En slik innretning kunne ha spart kommunene for utgifter knyttet til utvidet kostnader, f.eks. veiledning, som følger av de andre modellene.

Likeledes kan man tenke seg egne modeller for utdanningene som primært er rettet mot spesialisthelsetjenestens behov.

Fremtidens tjenester krever helsepersonell som har kjennskap til begge nivåer

Fremtidens helsetjenester vil være avhengig av samarbeid der man kan bruke helsepersonellens kompetanse på ulike nivåer i tjenestene. Modeller for spesialistgodkjenning som er rigget spesifikt for det ene eller andre nivået, kan bidra til å skape siloer og gjøre det vanskelig å benytte helsepersonell på tvers. Av de aktuelle utdanningene er det også flere som har sitt virke både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Fagmiljø og karriereveier

En av de viktigste faktorene for å beholde helsepersonell i tjenestene, er at det finnes gode fagmiljøer der de jobber og at man opplever at kompetansen man har ervervet gjennom kompetanseheving, blir tatt i bruk. Gode utdanningsløp kan bidra til gode fagmiljø og være med å utvikle karriereveier. For å lykkes med dette må arbeidsgiver/leder ha en plan for hvordan denne nye kompetansen skal tas i bruk.

Modell 2 og 3 stiller krav om klinisk yrkeserfaring. En av fordelene ved disse modellene er at arbeidsgiver og annet samarbeidende helsepersonell vil ha mulighet til å bli bedre kjent med kompetansen sykepleieren har ervervet gjennom utdanningen og sammen kan utvikle rollen (rolleavklaring) og ansvarsområdet. Dette kan være med å skape tillit både mellom leder og sykepleier, men også mellom de andre helseprofesjonene i teamet/avdelingen. Da deltagelse i utdanning av helsepersonell er en av de viktigste arenaene for rekruttering kan dette være gode modeller for kommunene (Helsedirektoratet, 2020, Helsedirektoratet, 2021).

Dersom man kun legger til rette for de utvidede modellene (2 + 3) innenfor spesialisthelsetjenesten, kan dette føre til at flere sykepleiere ønsker seg vekk fra kommunehelsetjenesten.

Det bør derfor settes av ressurser og arbeides for at kommunene skal være i stand til å aktivt delta i utdanningen av det helsepersonellet de trenger. For distriktskommuner vil det være ekstra viktig at spesialistutdanningen kan tilbys der studentene bor og jobber. Det må derfor være et mål at utdanningene på sikt kan tilbys som desentraliserte og/eller fleksible utdanninger.

5 Økonomiske og administrative konsekvenser

I dette kapitlet er det skissert kostnader knyttet til etablering og drift av spesialistgodkjenningsordning for åtte nye sykepleiergrupper. Det er også pekt på noen kostnadselementer knyttet til selve spesialistutdanningen uten at disse er forsøkt beregnet. I kapittel 5.1 beskrives investeringskostnader og kostnader til drift av digitale verktøy i Helsedirektoratet. Kapittel 5.2 viser kostnadselementene i modellene. De årlige kostnadene knyttet til de tre modellene er vist i kapittel 5.3 og kapittel 5.4 omtaler overgangsordninger. EØS-rettslige konsekvenser er omtalt i kapittel 5.5.

Samlet sett er det vanskelig å anslå hvor mye ekstra ressurser som vil brukes på kompetanseheving ved innføring av en eventuell spesialistgodkjenning for de åtte nye sykepleiergruppene, og det er vanskelig å anslå den samfunnsøkonomiske verdien av denne kompetansehevingen. Dette må gjøres i mer omfattende utredning der også behovet for spesialistgodkjenning bør utredes, jf. proporsjonalitetsdirektivet.

Kostnadene for helseforetakene og kommunene kan være betydelig, særlig når det gjelder årsverk til veiledning, supervisjon og dokumentasjon dersom man velger modeller der det kreves at mer av utdanningen skal foregå i tjenestene. Økte kostnader knyttet til eventuell forsterket veiledning i spesialenhetene på sykehusene i etterkant av videreutdanning, kan bli aktuelt dersom det fremover ikke vil være krav om yrkeserfaring før opptak på videreutdanningene.

De ulike modellene for spesialistgodkjenning kan også gi en vridningseffekt for hvem som bærer kostnadene av sykepleiernes spesialistutdanning. Dersom spesialistutdanningen i større grad skjer i helsesektoren og i mindre grad i universitetssektoren, kan ressursbruken mellom disse sektorene forskyves noe. Modell 3 (SIS) vil være den modellen der forskyving av ressurser fra UH-sektoren til helse- og omsorgstjenestene vil være størst. Hvor mye ressurser som må beregnes inn i denne modellen, er det for tidlig å anslå, men erfaring fra legenes spesialistutdanning viser at disse kan bli betydelig. Dette vil igjen avhenge av hvor mange som påbegynner spesialistutdanning og hvor omfattende man ønsker at utdanningen skal være.

En stor usikkerhet i kostnadsberegningene vil knytte seg opptakstall, uteksaminerte studenter, studietilbud og tilgang på utdanningsstillinger. Kunnskapsdepartementet har frem til nå fastsatt kandidatmåltall for antall uteksaminerte studenter, men har signalisert at man fremover vil vektlegge andre styringsparameter i større grad. Blant annet institusjonenes utviklingsplaner, arbeidsmarkedets behov og studentenes ønsker. I forbindelse med arbeidet med Utsynsmeldingen, planlagt publisert april 2023, er det satt ned en arbeidsgruppe som skal innhente råd og innspill om dimensjoneringsarbeidet ved universiteter og høyskoler. Det er rimelig å anta at resultater fra dette arbeidet kan komme til å spille inn på fremtidens dimensjonering i utdanningssektoren.^{19 20}

Etablering av nye utdanningsstillinger gjøres p.t. primært av helseforetakene selv etter lokale behov. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet stilt krav om økning de siste årene via oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Eventuelle endringer her vil også kunne påvirke fremtidige kostnader knyttet til spesialistutdanning og -godkjenning

Investeringskostnader og drift av digitale systemer i Helsedirektoratet

Helsedirektoratet forvalter i dag ordninger for spesialistgodkjenning av legespesialister, tannlegespesialister og sykepleierspesialister. I tillegg behandler vi søknader om godkjenning og registrering av utdanningsvirksomheter i legenes spesialistutdanning.

Dersom det skal innføres spesialistgodkjenning for åtte nye sykepleiergrupper med mulige overgangsordninger, vil ikke måten vi arbeider på i dag være bærekraftig. Dagens saksbehandling bærer preg av mye kontroll av dokumenter i etterkant av utdanningen i forbindelse med søknadsbehandlingen. Når søker selv har ansvaret for å sende inn de riktige

¹⁹ [rapport-fra-arbeidsgruppen-om-dimensjonering-i-uh.pdf \(regjeringen.no\)](#)

²⁰ [Innspill til Utsynsmeldingen - regjeringen.no](#)

dokumentene, blir det ofte mye mangler som fører til ekstra arbeide for søker, arbeidsgiver og forvaltningen.

Ved eventuell innføring av spesialistgodkjenning for sykepleiere må dokumentasjon- og søknadsprosessen endres fra personlig innrapportering til et nytt digitalt system basert på tillit, og der mesteparten av dokumentasjonen kan hentes inn automatisk fra vitnemålportal eller tjenestenes kompetanseportaler.

Ved en mer tillitsbasert løsning mener vi at de faglige vurderingene av sykepleierne/helsepersonellet sin kompetanse må ligge hos, og gjøres av fagfolk ute i tjenestene og i utdanningssektoren. Regelverkene må være entydige uten skjønn og for mange unntak. Målet må være fullstendige digitale søknader ved søknadstidspunktet der faglige vurderinger er gjort underveis i løpet og avklaringer rundt fortolkning av regelverket gjøres fortløpende.

Kompetanseportalen og Tjenesteportalen, Vitnemålportalen, Hego, Altinn og HPR er de digitale systemene som brukes for behandling av søknader om spesialistutdanning. Det bør være en forutsetning at disse beholdes og videreutvikles ved eventuell spesialistgodkjenning av sykepleiere. Uansett hvilken modell som velges, vil det være behov for videreutvikling av alle disse systemene. Noen av modellene vil kreve mer utvikling enn andre. Særlig vil kompetanseportal for kommunene kreve ny anskaffelse.

Et grovt anslag for anskaffelse av nye systemer og videreutvikling av eksisterende kan være 25 mill. kroner over flere år. Deretter bør det regnes årlige forvaltningskostnader på 3,75 mill. kroner (15 % av anskaffelseskostnader).

Dersom spesialistgodkjenningen innføres før alle digitale systemer er på plass og saksbehandlingen er heldigital, vil det kreve ansettelse av anslagsvis 10 nye medarbeidere for å håndtere saksmengden.

Spesialistgodkjenning: antagelser og kostnadselementer

Helsedirektoratet har gjort en overordnet beregning av kostnader knyttet til forvaltning av selve spesialistgodkjenningsordning i direktoratet for modell 1, 2 og 3, se tabell 6. Det er også gjort et anslag på hva ulike overgangsordninger for spesialistgodkjenning av spesialsykepleier med lang klinisk erfaring kan komme til å koste, se tabell 7.

Ved beregningen av kostnadene er det lagt til grunn ulike antagelser. Disse antagelsene er knyttet til størrelsen på lønnsnivå, tidsbruk, antall søkere og eksamenskostnad, og hvordan disse påvirker de totale kostnadene for modellene. Disse antagelsene utgjør grunnlaget for beregningene av de totale kostnadene og hvordan disse fordeler seg på ulike områder. Det er usikkerhet knyttet til størrelsen på flere av kostnadene. Dette gjelder blant annet ved valg av ulike eksamensformer og hvor tidkrevende saksbehandlingen blir.

Antall søkere

I beregningene i tabell 6 har vi lagt til grunn at det kan være om lag 18 000²¹ spesialsykepleiere som kan søke på overgangsordningen ved en eventuell innføring av

²¹ Sysselsatte spesialsykepleiere med master eller videreutdanning. 2021-tall fra SSB, se tabell 4. Det er noe usikkerhet knyttet til tallene fra SSB. I enkelte faggrupper kan personer ha blitt oppført basert

spesialistgodkjenning. Det anslås å ha vært i overkant av 23 000 spesialsykepleiere i tjenestene i 2021. Av disse er det omtrent 10 799 som arbeider i ABIOK-stillinger. Tallene inkluderer ikke sysselsatte spesialsykepleiere med bedriftsintern utdanning. Tallene inkluderer heller ikke søkere med utdanning fra utlandet. Det er derfor en risiko at tallet kan bli betydelig høyere. Bakgrunnen for at vi anslår 18 000 søkere med norsk utdanning er at en del ikke kommer til å søke fordi de ikke ønsker det, eller ikke oppfyller kravene i en eventuell overgangsordning.

Fremover er det rimelig å anta at nesten alle som kvalifiserer til spesialistgodkjenning, kommer til å søke, men kandidatmåltallet for antall som kvalifiserer kan variere noe fra år til år. Kandidatmåltallet for nye ABIOK-sykepleiere er 671 uteksaminerte studenter i 2022. Det var også 148 jordmødre i 2021. Det foreligger ikke tilsvarende kandidattall for helsesøstre og for sykepleiere innen psykisk helse (Kunnskapsdepartementet, 2021, 6. oktober). Blant de sysselsatte er det 3,08 ganger flere helsesøstre og sykepleiere innen psykisk helse og rus sammenlignet med jordmødre. Samlet for disse tre retningene anslås det derfor at det vil være $148 + 3,08$ multiplisert med 148, noe som gir 604 nye kandidater. Samlet anslås det derfor at det vil være 1 275 nye kandidater som kan søke om spesialistgodkjenning årlig.

Eksamenskostnad

UDIR anslår at en vanlig teoretisk eksamen koster 1 700 - 3 800 kroner pr student å gjennomføre. En praktisk eksamen er dyrere og koster i gjennomsnitt 15 000 kroner. USN viser til en pris på 11 900 kroner for fagprøve for sykepleiere utdannet utenfor EU/EØS og Sveits (OCSE) (USN, u.å.).

Det antas at et høyt antall som skal avlegge eksamen, fører til at gjennomsnittlig kostnad vil være i nedre del av intervallet mellom 1 700 - 3 800 kroner. Det anslås derfor en kostnad på 2 000 kroner pr student ved kun teoretisk eksamen.

Det kan derfor legges til grunn to ulike kostnadsanslag ved innføring av nasjonal eksamen:

- 2 000 kroner for nasjonal eksamen (kun teoretisk eksamen)
- 15 000 kroner for utvidet nasjonal eksamen (eksamen som inkluderer praksis)

Lønn

Ved beregning av lønnsstørrelser for spesialsykepleiere og saksbehandlere innen offentlig forvaltning, legges det til grunn lønnstall fra SSB fra 2021. Lønnen til faglige rådgivere er basert på deres timepris ved bistand til AKS. Utover disse beløpene anslås en lønnsvekst på tre prosent frem til innføring av spesialistgodkjenningsordningen. I kostnadsanslagene legges det til grunn brutto reallønn for saksbehandlere innen offentlig forvaltning. Dette er brutto lønn, inklusive arbeidsgiveravgift. I beregningen legges det til grunn at spesialsykepleiere hovedsakelig må bruke egen fritid til å avlegge eksamen, så vil denne kostnaden beregnes basert på netto reallønn. Dette er brutto lønn, eksklusiv marginalsatt²² og det antas at marginalsatt utgjør 30 prosent av spesialsykepleieres lønn. Hvis sykepleierne får fri med lønn til å avlegge eksamen vil det være mer korrekt å ta utgangspunkt i brutto reallønn, som er lønn, skatt, sosiale kostnader og arbeidsgiveravgift²³.

på stillingstittel og ikke utdanning. Det er også noe avvik mellom SSBs tall og RHFenes og NSF's tall. Blant annet er det langt flere insentivsykepleiere i SSBs tall, men det er færre kreftsykepleiere sammenlignet med RHFenes og NSF's tall.

²² [Veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser.pdf \(dfo.no\)](#) s169

²³ [Veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser.pdf \(dfo.no\)](#) s 97

Dette kan føre til kostnaden for modell med nasjonal eksamen i tabell 6 er anslått noe lavt, men det har liten prosentvis påvirkning på den samlede kostnaden.

Tidsbruk

Tid brukt knyttet til nasjonal eksamen

Tidsmessig anslås det at spesialsykepleierne bruker fire timer ved en eksamen.

Tid brukt til gjennomgang av fagplaner

Ved innføring av spesialistgodkjenning for nye grupper vil det være behov for gjennomgang av ulike studieprogrammer med eksterne faglige rådgivere for å kunne etablere en standard for godkjenningspraksis. Det ble benyttet 325 timer på dette ved AKS. Det antas at gjennomgang av hver av de åtte fagretningene vil være like tidkrevende ved spesialistgodkjenning for ABIOK-sykepleiere. Samlet anslås det derfor at det vil bli brukt 2 600 timer på dette. Dette gjelder for alle overgangsmodeller, men det er usikkert i hvor stor grad det er behov for dette dersom det innføres nasjonal eksamen.

Tid brukt i behandling av enkeltsøknader

I behandling av enkeltsøknader er det lagt til grunn at det vil være behov for faglige råd i litt under 10 prosent av sakene. Dette tilsvarer andelen saker som er sendt til faglig rådgivere siden 2015 for spesialistgodkjenning av leger. Det legges til grunn at faglige rådgivere og saksbehandlere i Helsedirektoratet bruker tolv timer per søknad. Dette tallet baserer seg på at rundt ti årsverk fattet 1 638 vedtak om spesialistgodkjenning av leger i 2017.

I modell 1 (AKS) legges det til grunn en enklere saksbehandlingsprosess og det antas at tidsbruken vil være halvparten sammenlignet med de øvrige modellene for nye søknader. Kostnadene settes derfor 50 prosent lavere i denne modellen enn i de øvrige modellene.

Gebyrinntekter i Helsedirektoratet

Det legges til grunn et saksgebyr som medfører en inntekt på 2 400 kroner for hver søknad om spesialistgodkjenning som mottas. Hvis man antar at det kan bli 18 000 søkere og deretter 1 275 nye søknader årlig, så gir dette en inntekt på 43,2 millioner kroner ved innføring av spesialistgodkjenningen, og deretter en årlig inntekt på 3,06 millioner kroner.

Årlige kostnader for de tre modellene i Helsedirektoratet

I dette avsnittet vises de anslåtte administrative kostnadene for årlige søknader om spesialistgodkjenning. Søknader om spesialistgodkjenning ved overgangsordning er ikke inkludert i dette avsnittet. Vedlegg 4 viser hvordan beregningene i tabellene er gjort.

Tabell 6 viser fordelingen av årlige administrasjonskostnader og saksgebyrinntekt for de tre ulike hovedmodellene ved spesialistgodkjenning av 1 275 sykepleiere pr år. Verdier i kroner.

	1 – AKS-modellen	2 – Mastergrad + klinisk yrkeserfaring	3 – Spesialutdanning SIS
faglig rådgivere (enkeltsaker)	376 025	752 050	752 050
Saksbehandlere i Hdir	2 579 484	5 158 968	5 158 968
Samlet årlig adm. kostnad	2 955 509	5 911 018	5 911 018
Saksgebyrinntekt	3 060 000	3 060 000	3 060 000
Kostnad pr søknad	2 318	4 636	4 636

Dette inkluderer ikke alle mulige kostnader, jf. kapittel 5 og kapittel 5.1

Tabell 6 viser fordelingen av årlige kostnader for de ulike modellene. I denne tabellen er det ikke tatt inn kostnader til digitale verktøy og saksbehandlertønsninger. Dette er omtalt i avsnitt 5.1. Det er heller ikke lagt inn kostnader knyttet til ledere i helsesektorens arbeidsoppgaver ettersom det er vanskelig å anslå deres tidsbruk på dette i modell 2 og modell 3. Det antas at det ikke vil være kostnader knyttet til ledere i helsesektoren ved modell 1 (AKS). Hvis deres brutto grunnlønn ved innføring av spesialistgodkjenning fastsettes av SSBs anslag for gjennomsnittslønn; så vil de samlede kostnadene knyttet til ledernes arbeidsoppgaver i modell 2 og modell 3 utgjøre litt over 140 000 kroner hvis de bruker 15 minutter pr utdanningskandidat, over 1,1 million kroner hvis de bruker 2 timer pr utdanningskandidat og 28,5 millioner kroner ved 50 timer pr utdanningskandidat.

Ved utregning er det lagt til grunn årlige kostnader knyttet til behandling av 1 275 nye søknader årlig, og det antas en saksbehandlingstid på tolv timer. Dette gjelder for samtlige modeller i tabell 6, med unntak av modell 1 (AKS). Samlet utgjør dette 15 300 timer. Det antas at litt under 10 prosent av dette er utført av faglige rådgivere og resten av saksbehandlere i Helsedirektoratet.

Det er kostnader er knyttet til å lønne ansatte og å betale for faglige rådgivere. For modell 2 (mastergrad + klinisk yrkeserfaring) og modell 3 (SIS) antas det at kostnadene vil være like da det legges til grunn heldigital søknadsprosess. Samlet utgjør saksbehandlingskostnader litt under 6 millioner kroner for begge modellene. Av dette går litt over 750 000 kroner til faglige rådgivere. Modell 1 (AKS) har noe lavere årlige kostnader med litt under 3 millioner kroner. Dette skyldes en lavere forventet tidsbruk pr søknad sammenlignet med øvrige modeller.

Samlet kostnad pr søknad er 2 318 kroner for AKS-modellen og 4 636 kroner for de to andre modellene. I tillegg kommer kostnader til blant annet IT-utvikling og drift av systemene samt andre øvrige kostnader til utdanning hos aktørene.

Kostnader for modeller for overgangsordninger

I dette avsnittet beskrives omtrentlige kostnader knyttet til søknader om spesialistgodkjenning ved overgangsordning. Vedlegg 4 viser hvordan beregningene i tabellene er gjort. Det presiseres at alle tall er estimater og vil avhenge av hvilke valg som gjøres.

Tabell 7 viser kostnader og saksgebyrinntekt for to ulike modeller ved overgangsordning og spesialistgodkjenning av 18 000 sykepleiere og to ulike eksamensformer. Verdier i kroner.

	Realkompetanse- vurdering av erfarne spesialsykepleiere	Nasjonal eksamen for erfarne spesialsykepleiere	* - Utvidet nasjonal eksamen for erfarne spesialsykepleiere
Studiegjennomgang	1 320 241	1 320 241	1 320 241
faglig rådgivere (enkeltsaker)	10 617 177		
Saksbehandlere i Hdir	72 832 494		
Sykepleiere		16 024 615	16 024 615
Eksamensavvikling		36 000 000	270 000 000
Samlet kostnad ved innføring	84 769 912	53 344 856	287 344 856
Saksgebyrinntekt	43 200 000	43 200 000	43 200 000
<i>Kostnad pr søknad</i>	<i>4 709</i>	<i>2 964</i>	<i>15 964</i>
Dette inkluderer ikke alle mulige kostnader, jf. kapittel 5 og kapittel 5.1			

* Viser modell med nasjonal eksamen hvor det legges til grunn en kostnad på 15 000 kroner pr avlagt eksamen

Tabell 7 viser fordelingen av kostnadene ved en overgangsordning. *I denne tabellen er det ikke tatt inn kostnader til digitale verktøy og saksbehandlerløsninger.* Dette er omtalt i avsnitt 5.1. Det er heller ikke lagt inn kostnader knyttet til ledere i helsesektorens arbeidsoppgaver ettersom det er vanskelig å anslå deres tidsbruk på dette. Hvis deres brutto grunnlønn ved innføring av spesialistgodkjenning fastsettes av SSBs anslag for gjennomsnittslønn; så vil de samlede kostnadene knyttet til ledernes arbeidsoppgaver utgjøre litt over 2 millioner kroner hvis de bruker 15 minutter pr søknad, over 16 million kroner hvis de bruker 2 timer pr søknad og nær 402 millioner kroner ved 50 timer pr søknad.

I alternativene for overgangsordninger " realkompetansevurdering" og "nasjonal eksamen" inkluderes kostnader knyttet til gjennomgang av ulike studieprogram. Det er anslått at gjennomgang av de ulike studieprogrammene vil ta 2 600 timer. Med faglige rådgiveres timepris tilsier dette en samlet kostnad på litt over 1,3 millioner kroner. Begge alternativene vil også føre til en inntekt på 43,2 millioner kroner.

Det vil være en betydelig saksbehandlingskostnad å behandle rundt 18 000 søknader. Med antagelsen om at litt under 10 prosent av sakene trenger faglig råd fra eksterne faglige rådgivere, samt at en sak i gjennomsnitt tar tolv timer å saksbehandle, så anslås det at modellen med realkompetansevurdering vil gi kostnader på litt under 73 millioner kroner for saksbehandlere ansatt i Helsedirektoratet og en kostnad på litt over 10,6 millioner kroner for faglige rådgivere. Samlet kostnad for modellen med realkompetansevurdering blir dermed litt under 85 millioner kroner.

Alternativet med nasjonal eksamen har lave saksbehandlingskostnader, men større kostnader knyttet til eksamensavvikling. Hvis 18 000 sykepleierne bruker fire timer på eksamen, tilsier dette en kostnad på over 16 millioner kroner, målt i sykepleiernes netto reallønn. Hvis det legges til grunn en enkel, teoretisk eksamensordning, anslås eksamen å koste rundt 36 millioner kroner. Legges det til grunn en praktisk eksamensordning, så kan kostnadene knyttet til organisering av eksamen øke til 270 millioner kroner. Samlet kostnad for alternativet med en enkel nasjonal eksamen anslås derfor å være 53,3 millioner kroner. Et alternativ med praktisk eksamensavvikling forventes å koste 287,3 millioner kroner. Prisen pr søknad er 4 709 kroner for alternativet med realkompetansevurdering, 2 964 kroner for en vanlig nasjonal, teoretisk eksamensløsning og 15 964 kroner for en praktisk eksamen.

EØS-rettslige konsekvenser

Innføring av offentlig spesialistgodkjenning for flere sykepleiergrupper vil kunne utløse rett til spesialistgodkjenning av sykepleiere utdannet i EØS og land utenfor EØS.

I forbindelse med Helsedirektoratets arbeid med avansert klinisk allmennsykepleie²⁴ ble det redegjort for de EØS-rettslige konsekvensene (Helsedirektoratet, u.å.). Da disse vil gjelde for 7 av de aktuelle utdanningene er store deler av kapitelet fra forrige rapport kopiert inn her, men det er supplert mht. jordmødrene som har automatisk godkjenning jf. artikkel 40 og vedlegg V nr. 5.5.1 (utdanning som jordmor) i Forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits.

Innføring av offentlig godkjenning for flere sykepleiergrupper vil kunne utløse rett til spesialistgodkjenning for EØS-utdannede etter EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv jf. forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits (EØS-forskriften).

I det følgende gjøres det rede for disse reglene i lys av forslaget om å innføre offentlig spesialistgodkjenning for ytterligere 8 nye sykepleiergrupper. De faktiske konsekvensene med hensyn til hvor mange søkere det kan komme fra EØS og om de vil ha rett til norsk spesialistgodkjenning, gjøres det ikke rede for. Vi viser til at dette bare kan besvares på bakgrunn av en kartlegging av utdanningen og yrkesutøvelsen i de ulike statene og konkrete vurderinger av hver søkers kvalifikasjoner. Her brukes for enkelhets skyld betegnelsen sykepleierspesialist som synonymt med sykepleier med spesialisering innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon-, kreftsykepleie, jordmor, helsesykepleier og sykepleiere med masterutdanning i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet.

²⁴ [Hdir_Rapportmal-gjeldende 14.2.19 \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/Hdir_Rapportmal-gjeldende_14.2.19)

EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv

EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv (direktiv 2005/36/EF) gir yrkesutøvere som er utdannet og har rett til å utøve yrket i en annen EØS-stat, rett til å få anerkjent sine yrkesmessige kvalifikasjoner og til å utøve yrket i øvrige EØS-stater. Det følger av direktivet artikkel 4 at yrkesutøvere som er utdannet i andre EØS-stater, skal ha samme tilgang til yrkesutøvelse som de som er utdannet i Norge. Anerkjennelse av yrkeskvalifikasjoner vil her bety at søkeren får rett til å bruke samme tittel som norskutdannede.

Direktivet har regler om automatisk godkjenning av kvalifikasjonene til leger (inkludert legespesialister), tannleger (inkludert tannlegespesialister), sykepleiere, jordmødre og provisorfarmasøyter. Det må derfor skilles mellom jordmor og de øvrige aktuelle sykepleierspesialitetene (ABIOK, helsesykepleier og psykisk helse og rus) som ikke omfattes av reglene om automatisk godkjenning.

Offentlig spesialistgodkjenning betyr at yrket blir regulert, jf. direktivet artikkel 3 nr. 1 bokstav a som definerer et regulert yrke slik:

"en yrkesvirksomhet eller gruppe av yrkesvirksomheter, der adgang til yrket, utøvelse av yrket eller en eller flere av formene for utøvelse av yrket er underlagt, direkte eller indirekte i henhold til lover eller forskrifter, et krav om besittelse av særlige yrkeskvalifikasjoner; særlig bruk av en yrkestittel som er begrenset av lover eller forskrifter til innehavere av en gitt faglig kvalifikasjon, utgjør en form for utøvelse."

Det at godkjenningen ikke fører til andre formelle rettigheter, for eksempel at godkjenningen ikke er en betingelse for å utføre bestemte arbeidsoppgaver, er ikke avgjørende. Faglig tittel er i direktivet fremhevet som et forhold som særlig vil bety at yrket er regulert.

Reglene om automatisk godkjenning fremgår av direktivets kapittel III, hvor artikkel 21-23 gjelder generelt for automatisk godkjenning og 40-43 gjelder spesifikt for jordmor. Direktivet stiller minimumskrav til hva en jordmorutdanning skal omfatte (innhold, nivå og omfang), og alle medlemsstatene er forpliktet til å oppfylle disse. Medlemsstatene er videre forpliktet til å godkjenne enhver yrkesutøver som oppfyller direktivets utdanningskrav uten å pålegge ytterligere krav. Yrkesutøvere som har en utdanning som er påbegynt før utdanningslandet forpliktet seg til direktivet og som ikke oppfyller minimumskravene, kan også på visse vilkår (yrkeserfaring) ha rett til automatisk godkjenning.

Videre redegjøres det for regelverket som kommer til anvendelse for utdanninger som ikke omfattes av reglene om automatisk godkjenning.

Yrkesutøveren har rett til anerkjennelse av sine yrkeskvalifikasjoner etter artikkel 13 dersom det er tale om "samme yrke". Dette betyr at søkeren må være "forberedt" til å utøve det samme yrket i hjemstaten som en norsk sykepleierspesialist. Det er ikke et krav etter direktivet at yrkene er identiske, men de skal være tilstrekkelige sammenliknbare, jf. artikkel 4 nr. 2. I EU-domstolens rettspraksis har dette blitt tolket som aktiviteter som er "identical, analogous, or in some cases, simply equivalent"²⁵. I vurderingen av om det er tale om samme yrke, skal det blant annet legges vekt på en sammenlikning av yrkets hovedaktiviteter og de betingelsene aktivitetene må utføres under i Norge og i hjemstaten. Det kan etter

²⁵ Nasipoulos (C-575/11) paragraph 40, with reference to paragraph 20 in the case Colegio de Ingenieros de Caminos (C-330/03).

omstendighetene også være relevant å sammenlikne utdanningssystemene og utdanningens innhold.

Vilkårene for godkjenning av yrkeskvalifikasjonen etter artikkel 13 vil ellers avhenge av om yrket eller utdanningen er regulert i hjemstaten.

Godkjenning kan nektes dersom det er stor forskjell i utdanningsnivå, jf. artikkel 13 nr. 4 og rangeringen av utdanningsnivåene i artikkel 11. Dette gjelder likevel bare dersom utdanningen her er på høyeste nivå og søkerens utdanning er på laveste nivå. Utdanningen i Norge som sykepleierspesialist vil ligge på høyeste nivå. Laveste nivå er for eksempel allmennutdanning på nivå med videregående skole. Søkere med utdanning på minst ett år utover dette vil måtte godkjennes.

Godkjenningsmyndighetene vil ha rett til å pålegge utlikningstiltak dersom det er vesentlige mangler ved søkerens utdanning sammenliknet med de norske kravene, jf. artikkel 14. Søkeren vil da kunne pålegges en prøvetid på inntil tre år eller en egnethetsprøve. Direktivet sier at yrkesutøveren skal kunne velge mellom prøvetid eller egnethetsprøve. Prøvetiden kan innebære praksis, veiledning og vurdering, jf. artikkel 4 nr. 1 bokstav g. Prøvetiden kan eventuelt suppleres med en tilleggsutdanning, men søkeren kan ikke pålegges å ta hele utdanningen på nytt. Egnethetsprøve skal ha som formål å kontrollere søkerens kvalifikasjoner, jf. artikkel 4 nr. 1 bokstav h.

Norge har plikt til å gjennomføre disse reglene i norsk rett.

EØS-forskriften

Direktivets regler om rett til godkjenning av yrkeskvalifikasjoner er gjennomført i norsk rett i EØS-forskriften. Reglene om automatisk godkjenning er regulert i §§ 5-12, og generell ordning er regulert i §§ 13-15. Disse bestemmelsene skal fortolkes i samsvar med kapittel III i direktivet (automatisk godkjenning), samt artikkel 13 og 14 (generell ordning). Per i dag gis EØS-utdannede jordmødre autorisasjon etter bestemmelsene i EØS-forskriften.

Det er Helsedirektoratet som er godkjenningsmyndighet. Søkeren skal legge frem dokumentasjon på sin utdanning og andre kvalifikasjoner. Dersom det er behov for informasjon om utdanning og regulering av yrket i søkerens hjemstat, kan direktoratet innhente dette via IMI (Internal Market Information system, EUs database til informasjonsutveksling mellom ansvarlige myndigheter i EØS-statene).

Vurdering

Avsnittene under gjelder ikke jordmor.

Innføring av offentlig godkjenning av sykepleierspesialister, vil bety at yrkesutøvere som har rett til å utøve det samme yrket i hjemstaten, vil få rett til å få anerkjent sine yrkeskvalifikasjoner i Norge. Dette betyr at de skal få samme spesialistgodkjenning og rett til å bruke sammen tittel som norskutdannede. Dette gjelder også selv om utdanningene er på ulike nivåer med hensyn til lengde og innhold. Helsedirektoratet vil imidlertid kunne pålegge prøvetid eller en egnethetstest for å kompensere for eventuelle mangler i søkerens kvalifikasjoner. Her har Norge ikke noe handlingsrom etter EØS-avtalen.

Samme yrke

Det springende punktet vil være om det er tale om samme yrke, dvs. om søkeren har rett til å utøve det samme yrket som sykepleierspesialister vil ha i Norge. Hvorvidt en søker er kvalifisert for det samme yrket vil avhenge av en konkret vurdering der søkerens utdanning og yrke i hjemstaten må sammenliknes med den norske fagtittelen og yrket som sykepleierspesialist. Her må det tas høyde for at utdanningssystemene i EØS ofte er ulike. Mens sykepleierutdanningen i Norge er generell og spesialiseringen skjer etter grunnutdanningen, kan spesialiseringen i andre land skje allerede under grunnutdanningen. Det at vi ikke har regler som forbeholder visse arbeidsoppgaver for spesialistsykepleiere, er ikke relevant.

Individuelt tilpassede utlikningstiltak

Søkere som har rett til godkjenning, vil kunne pålegges en prøveperiode. Proveperioden og vilkårene for prøveperioden må fastsettes individuelt på grunnlag av mangler ved søkerens kvalifikasjoner. Egnethetsprøver er lite brukt i Helsedirektoratets godkjenninger.

Lavere utdanningsnivå må aksepteres

Videre kan det også komme søkere med kompetanse og rett til å arbeide med klinisk avansert sykepleie i hjemstaten, som har betydelig lavere utdanningsnivå enn den norske femårige masterutdanningen. For eksempel kan det komme søkere som er spesialister i klinisk avansert sykepleie med bare to eller tre års sykepleierutdanning. Disse vil, dersom det er tale om samme yrke, ha rett til godkjenning som sykepleierspesialister.

Krevende vurderinger

Erfaringen er at slike saker innebærer krevende vurderinger med høy grad av skjønn for Helsedirektoratet som godkjenningsmyndighet. I disse vurderingene må Helsedirektoratet basere seg på dokumentasjon fra søkeren og utfyllende informasjon fra hjemstaten gjennom IMI. Det er likevel ofte svært krevende å vurdere og sammenlikne utdanninger og vilkår for yrkesutøvelsen i andre land. Dette gjelder særlig land der helsevesenet, utdanningssystemet og rettssystemet avviker mye fra det norske. I tillegg vil ofte mye annen tilgjengelig informasjon være på et språk som det må oversettes til norsk, med de farer for tapt informasjon som oversettelser kan ha.

Referanser

Academy of Applied Medical and Social Sciences (u.å.). Specialization Training. Hentet 01.12.2022 fra [Specialization training \(amisns.edu.pl\)](https://amisns.edu.pl)

Bakken, A. (2022). Ungdata 2022 Nasjonale resultater. (NOVA Rapport 5/22). Velferdsforskningsinstituttet NOVA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/3011548/NOVA-rapport-5-2022.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Benner, P. (1995). Fra novise til ekspert dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. (1. utg.). Tano Aschehoug.

Care Quality Commission (2022, 3. November). GP mythbuster 66: Advanced Nurse Practitioners (ANPs) in primary care. Hentet 01.12.2022 fra [GP mythbuster 66: Advanced Nurse Practitioners \(ANPs\) in primary care - Care Quality Commission \(cqc.org.uk\)](https://www.cqc.org.uk)

Devenir-infirmiere (u.å.). Les spécialisations de l'infirmière. Hentet 01.12.2022 fra <https://www.devenir-infirmiere.fr/specialisation.php>

DSR (u.å.) (1). Specialuddannelsen for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje. Dansk sygeplejeråd. Hentet 16.12.2022 fra <https://dsr.dk/job-og-karriere/efter-og-videreuddannelse/specialuddannelsen-for-sygeplejersker-i-anaesthesiologisk>

DSR (u.å.) (2). Specialuddannelsen for sygeplejersker i intensiv sygepleje. Dansk sygeplejeråd. Hentet 16.12.2022 fra <https://dsr.dk/job-og-karriere/efter-og-videreuddannelse/specialuddannelsen-for-sygeplejersker-i-intensiv-sygepleje>

DSR (u.å.) (3). Masteruddannelser. Dansk sygeplejeråd. Hentet 16.12.2022 fra <https://dsr.dk/job-og-karriere/masteruddannelser-for-sygeplejersker>

Embætti Landlæknis (2022, 4. novmeber). Hjúkrunarfræðingar – sérfræðileyfi. Hentet 01.12.2022 fra <https://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisstarfsfolk/starfsleyfi/heilbrigdisstett/item13364/Hjukrunarfraedingar---serfraedileyfi>

Forskrift om nasjonal retningslinje for anesthesisykepleierutdanning (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for anesthesisykepleierutdanning* (FOR-2021-10-26-3091). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3091>

Forskrift om nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanning (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanning* (FOR-2021-10-26-3092). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3092>

Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning* (FOR-2021-04-09-1146). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-04-09-1146>

Forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsykepleierutdanning (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsykepleierutdanning* (FOR-2021-10-26-3093). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3093>

Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning (2021). Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning (FOR-2021-10-26-3094). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3094>

Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (2020) Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (FOR-2020-01-03-45). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-45>

Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning (2021). Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning (FOR-2021-10-26-3095). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3095>

Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere (2019). Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere (FOR-2019-11-19-2206). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-11-19-2206>

Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet (2022). Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet (FOR-2022-03-14-386). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2022-03-14-386>

France compétences (u.å.) (1). *Répertoire national des certifications professionnelles DE - Diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière, grade de licence*. Hentet 01.012.2022 fra <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/8940/>

France compétences (u.å.) (2). *Répertoire national des certifications professionnelles DE - Infirmier de bloc opératoire*. Hentet 01.012.2022 fra <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/34862/>

Helsedirektoratet (2014). *Fremtidens legespesialister. Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger*. (IS-2180). Helsedirektoratet. [Fremtidens legespesialister – konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Helsedirektoratet (2017). *Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?* (IS-2674). Helsedirektoratet. [Videreutdanning for sykepleiere.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Helsedirektoratet (2020). *Praksis i kommunene - En økonomisk og administrativ utredning*. (IS-2956). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene/Praksis%20i%20kommunene.pdf/_attachment/inline/d416573f-ccaf-4df2-83a0-4e97ba320e84:310c12e6faef42e0be035ba99949406d3fd2982d/Praksis%20i%20kommunen.pdf

Helsedirektoratet (2021). *Spesialistutdanning for leger - LIS1*. (IS-3002). Helsedirektoratet. [Spesialistutdanning for leger - LIS1 - IS-3002.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Helsedirektoratet (2021, 14. oktober). *Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus – Faglige og tjenestemessige behov* [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 14. oktober 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov>

Helsedirektoratet (2012, 1. februar). *Delutredning 1. Vurdering av offentlig spesialistgodkjenning for aktuelle helsepersonellgrupper*. (Ikke publisert).

Helsedirektoratet (u.å.). *Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie*. (IS-2822). Helsedirektoratet. [Hdir_Rapportmal-gjeldende 14.2.19 \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/Hdir_Rapportmal-gjeldende_14.2.19)

Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Høringsnotat Innføring av spesialistgodkjenning for sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie*. [horingsnotat--innforing-av-spesialistgodkjenning-for-sykepleiere.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/horingsnotat--innforing-av-spesialistgodkjenning-for-sykepleiere.pdf)

Hejmås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N.M. (2019). Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16a9632c1f0

ICN (2008). ICN Nurse Practitioner/Advanced Practice Network (NP/APN Network). Hentet 12.12.2022 fra <https://www.icn.ch/who-we-are/icn-nurse-practitioneradvanced-practice-network-npapn-network>

INPI (2020, 15. april) *Nurse*. Hentet 01.12.2022 fra <https://www.guichet-qualifications.fr/en/dqp/healthcare/nurse.html>

Jokiniemi, K., Meretoja, R., Kotila, J. (2021). Clinical Nurse Specialist Role and Practice in Finland. Fulton, J.S., Holly, V.W. (red.) *Clinical Nurse Specialist Role and Practice. Advanced Practice in Nursing (2021)*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-97103-2_9

Kunnskapsdepartementet (2019). *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger og tilhørende forskrifter for hver utdanning– merknad til bestemmelser*. (Nr. F04/2019) [Rundskriv]. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f89a402a104b4a76a620a27447e448e9/rundskriv-f-04-19.pdf>

Kunnskapsdepartementet (2021, 2. september) *Direktiv om forholdsmessighetsprøving før regulering av yrker*. Regjeringen. [Direktiv om forholdsmessighetsprøving før regulering av yrker - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/direktiv-om-forholdsmessighetsprøving-for-regulering-av-yrker-regjeringen.no)

Kunnskapsdepartementet (2021, 6. oktober). *Orientering om forslag til statsbudsjettet 2022 for universitet og høyskular*. (F-4473). Kunnskapsdepartementet. [orientering-om-forslag-til-statsbudsjettet-2022-for-universitet-og-hogskular-til-publisering.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/orientering-om-forslag-til-statsbudsjettet-2022-for-universitet-og-hogskular-til-publisering.pdf)

Kunnskapsdepartementet (2022, 26. april). *Forskrift om nasjonal retningsline for jordmorutdanninga er nå sendt på høyring*. Regjering. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f89a402a104b4a76a620a27447e448e9/rundskriv-f-04-19.pdf>

Kunnskapsdepartementet (2022, 30. September). *Arbeidsgruppe om dimensjonering for framtidens kompetansebehov*. Regjeringen. [rapport-fra-arbeidsgruppen-om-dimensjonering-i-uh.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/rapport-fra-arbeidsgruppen-om-dimensjonering-i-uh.pdf)

Kunnskapsdepartementet (2022, 8. november). *Innspill til Utsynsmeldingen*. Regjeringen. [Innspill til Utsynsmeldingen - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/innspill-til-utsynsmeldingen-regjeringen.no)

Kunnskapsdepartementet (u.å.). *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)*. Regjeringen. Hentet 09.12.2022 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse-og-sosialfagutdanningene/id2569499/>

KS (2022, 14. februar). *Bedre oppgavedeling skaper fremtidens omsorgstjenester*. KS. <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/bedre-oppgavedeling-skaper-fremtidens-omsorgstjenester/>

Københavns Professionshøjskole (u.å.). *Specialuddannelse i borgernær sygepleje*. Hentet 16.12.2022 fra <https://www.kp.dk/videreuddannelser/specialuddannelse-i-borgernaer-sygepleje/>

Meld. St. 16 (2016–2017). *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*. Kulturdepartementet. [Meld. St. 16 \(2016–2017\) - regjeringen.no](#)

Meld. St. 14 (2019–2020). *Kompetansereformen – Lære hele livet*. Kulturdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20192020/id2698284/>

Midtsundstad T. & Nielsen R. A (2022). *Hvordan beholde seniorene og deres kompetanse*. (Fafo-rapport 2022:18). Fafo. [Seniorer i sykehussektoren | Fafo-rapport 2022:18](#)

Nokut (u.å.) (1). *Nivåa i kvalifikasjonsrammeverket*. Hentet 12.12.2022 fra <https://www.nokut.no/norsk-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/nivaa-i-kvalifikasjonsrammeverket/>

Nokut (u.å.) (2). *Bakgrunn og historikk*. Hentet 12.12.2022 fra <https://www.nokut.no/norsk-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/bakgrunn-og-historikk/>

Nokut (u.å.) (3). *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring*. Hentet 12.12.2022 fra <https://www.nokut.no/norsk-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/>

OECD (2016, mars) *Trends in Nursing Education in Germany*. [OECD-Health-Workforce-Policies-2016-Nurses-Germany.pdf](#)

Rozporządzenie W Sprawie Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek (2016, 30. September) Rozporządzenie Ministra Zdrowia Z Dnia 30 Września 2016 R. W Sprawie Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek I Położnych. [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych | NIPIP](#)

Socialstyren, (u.å.) *Ansök om bevis om specialistkompetens*. Hentet 01.12.2022 fra [Ansök om bevis om specialistkompetens - Legitimation \(socialstyrelsen.se\)](#)

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Styrelsen for Pasientsikkerhed (u.å.) *Sygeplejerske uddannet i Danmark*. Hentet 01.12.2022 fra [Uddannet i Danmark - Styrelsen for Patientsikkerhed \(stps.dk\)](#)

Sundhedsstyrelsen (2022, 2. november). *Specialsygeplejerske*. Hentet 07.12.2022 fra [Specialsygeplejerske - Sundhedsstyrelsen](#)

Universitets- og høyskoleloven (2005). *Lov om universiteter og høyskoler* (LOV-2005-04-01-15). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15#KAPITTEL_1-1

USN (u.å.) *Fagprøve for sykepleiere utdannet utenfor EU/EØS og Sveits*. Universitetet i Sørøst-Norge. Hentet 16.12.2022 fra <https://www.usn.no/studier/fagprøve-for-sykepleiere-utdannet-utenfor-eos-og-sveits/>

Verpleegkundig Specialisten Register (u.å.) (1). *Herregistratie* Hentet 30.11.2022 fra [Herregistratie: registratietermijn van vijf jaar | V&VN \(venvn.nl\)](#)

Verpleegkundig Specialisten Register (u.å.) (2). *Buitenslands gediplomeerden* Hentet 30.11.2022 fra <https://www.venvn.nl/registers/verpleegkundig-specialisten-register/registratie/buitenslands-gediplomeerden/>

Verpleegkundig Specialisten Register (u.å.) (3). *College*. Hentet 30.11.2022 fra [College; regelgeving voor opleiding en registratie van verpleegkundig specialisten | V&VN \(venvn.nl\)](#)

Verpleegkundig Specialisten Register (u.å.) (4). *Veelgestelde vragen van verpleegkundig specialisten*. Hentet 30.11.2022 fra [College; regelgeving voor opleiding en registratie van verpleegkundig specialisten | V&VN \(venvn.nl\)](#)

Åbo Akademi University (u.a). *Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing*. Hentet 30.11.2022 fra [Masters_Degree_Programme_-in_practice_advanced_nursing.pdf \(abo.fi\)](#)

Vedlegg 1 Godkjenning av virksomheter som alternativ til individbasert spesialistgodkjenning?

Dette avsnittet har ikke vært en del av utredningen fra starten, og har heller ikke vært diskutert med aktørene som et alternativ. Etter dialogmøtet med HOD, velger Helsedirektoratet likevel å nevne det kort som en mulig løsning på behov for kvalitet, rekruttering og å beholde helsepersonell i yrket. Uansett må alternativet utredes videre både vedrørende om det lar seg gjennomføre, og hvilken risiko/konsekvens det ville ha opp mot de andre modellene for individbasert spesialistgodkjenning.

Oppdraget i denne rapporten handler om spesialistgodkjenning av sykepleiere, altså en godkjenning på individnivå. Dersom formålet er bedre kvalitet i tjenesten, både når det gjelder pasientsikkerhet, kvalitet og spesialisert utdanning, kunne et alternativ være å sette fokus på teamet, avdelingen eller virksomheten, og handle om mer enn bare en enkelt medarbeider/spesialist. En sykepleier med spesialistgodkjenning vil alene ikke nødvendigvis være noen garanti for bedre pasientbehandling dersom resten av teamet/avdelingen ikke fungerer på samme nivå, tilfredsstillende. God kvalitet er avhengig av at systemet fungerer godt, sammen. Dette betyr at intern undervisning/utdanning må fungere, det må være godt arbeidsmiljø, hensiktsmessig oppgavedeling etter hvilke ressurser som er tilgjengelig, relevant utstyr, samarbeid med andre, ledelse og organisering, med mer.

De fleste virksomheter for sykepleierkategoriene i dette oppdraget, er godkjente eller registrerte som utdanningsvirksomheter for leger. De fleste har også gode kvalitetssystemer på plass som beskriver systemer for kvalitetssikring, prosedyrer, arbeid med kontinuerlig forbedring og så videre. En godkjenningsordning av virksomheter/team kunne basere seg på allerede eksisterende systemer som er på plass og favne et bredere kvalitetsperspektiv enn spesialistgodkjenning av enkeltpersoner. En intensiv- eller operasjonsavdeling ville for eksempel være godkjent utdanningsvirksomhet for leger allerede. Et bredt opplegg for veiledning, supervisjon, internundervisning som omfatter hele teamet, ville gi kvalitet og verdi, samhold og godt arbeidsmiljø. Ledelse, organisering, oppgavedeling innen teamet ville kunne være gjenstand for utvikling og nytenkning.

De fleste kommunene er også registrerte utdanningsvirksomheter for leger. Å dra nytte av dette til å omfatte alt helsepersonell i kommunen og danne gode fagmiljø, ville kunne gi gevinst. I dag står mange sykepleiere alene i sine oppgaver i kommunen, og mange ønsker seg bredere og større fagmiljø. En godkjennings-/registreringsordning som omfatter utdanning av alt helsepersonell i kommunen, ville kunne være et verktøy og styrke en desentralisert utdanningsmodell.

En godkjent virksomhet vil være attraktiv og tiltrekke seg helsepersonell, både nasjonalt og internasjonalt. Godt arbeidsmiljø, godt tilrettelagt intern undervisning, faglig vekst og utvikling og fokus på kvalitet i alle ledd, ville kanskje føre til at sykepleiere og andre medarbeiderne trives så godt, at de står lengre i jobb enn i dag.

Enkelte virksomheter, for eksempel noen laboratorier, er sertifisert eller akkreditert, etter spesielle standarder, og av egne eksterne aktører. Det er ikke sikkert sertifiserings- eller akkrediteringsordninger er svaret over alt i helse- og omsorgstjenesten. Men elementer i slike

ordninger vil kunne inngå. Universitets- og høyskolesektoren har sine egne godkjenningsordninger via NOKUT.

Dersom man likevel ønsker at sykepleiere skal få individuell spesialistgodkjenning, kunne denne godkjenningen være knyttet til at sykepleieren var ansatt ved en "godkjent" virksomhet/avdeling/team og den rollen sykepleieren har der.

Som sagt har dette alternativet ikke vært en del av utredningen underveis, og aktørene har heller ikke fått anledning til å uttale seg. Det er ikke gjort betraktninger rundt kostnad, administrasjon og risiko. Hvis dette anses som et mulig alternativ, må det utredes videre. Første innskyttelse kan nok være at dette vil bli omfattende og krevende for virksomhetene, men samtidig kan man ikke se bort fra en mulig gevinst på sikt i at kvalitetssystemer på overordnet nivå som også sikrer god intern utdanning for sykepleiere og annet helsepersonell, er på plass.

Vedlegg 2 Oversikt over aktuelle utdanninger i RETHOS fase 3

Læringsutbyttebeskrivelsene på bachelornivå og masternivå er ulike og reflekterer kandidatens kompetanse (Nokut, u.å, 1):

- Kunnskap
 - Bachelor: har bred kunnskap om sentrale temaer, teorier, problemstillinger, prosesser, verktøy og metoder innenfor fagområdet
 - Master: har avansert kunnskap innenfor fagområdet og spesialisert innsikt i et avgrenset område
- Ferdigheter
 - Bachelor: kan anvende faglig kunnskap og relevante resultater fra forsknings- og utviklingsarbeid på praktiske og teoretiske problemstillinger og treffe begrunnede valg
 - Master: kan analysere eksisterende teorier, metoder og fortolkninger innenfor fagområdet og arbeide selvstendig med praktisk og teoretisk problemløsning
- Generell kunnskap
 - Bachelor: har innsikt i relevante fag- og yrkesetiske problemstillinger
 - Master: kan anvende sine kunnskaper og ferdigheter på nye områder for å gjennomføre avanserte arbeidsoppgaver og prosjekter

Kompetansenivå styres av det nasjonale gradssystemet og i Norge utgjør høyere utdanning

- syklus 1=bachelor (180 studiepoeng)
- syklus 2= mastergrad (120 studiepoeng)
- syklus 3= PhD.

RETHOS fase 3				
Utdanninger	Nivå	Stp.	Minimum omfang praksisstudier	Merknad
Helse- sykepleier	Master	120*	10 uker + eventuell ferdighetstrening	<p>Fullført helsesykepleierutdanning på 120 studiepoeng gir mastergrad i helsesykepleie og kvalifiserer for arbeid som helsesykepleier. Gis handlingskompetanse innen både kunnskapsbasert fagutvikling og klinisk forskningsmetodikk. Gir grunnlag for å være faglig pådriver innen eget fagfelt.</p> <p>Kandidater som avslutter utdanningen etter 90 studiepoeng, har fullført videreutdanning i helsesykepleie og kvalifiserer også til arbeid som helsesykepleier. Gis handlingskompetanse til å bidra i fagutvikling, ikke til forskningsbasert arbeid.</p>
	Videre. utd	90		
Anestesi- sykepleier	Master	120*	30 uker minimum 30 timer i gjennomsnitt i direkte pasientnært arbeid + minimum 10 dager simulering og ferdighetstrening	<p>Fullført utdanning på 120 studiepoeng gir mastergrad i anestesisykepleie og kvalifiserer for arbeid som anestesisykepleier med handlingskompetanse til å bidra i utviklings- og forbedringsarbeid samt kompetanse til å drive og utvikle kunnskapsbasert praksis innen eget ansvarsområde. Gjennomføring av masterutdanningen skal gi kompetanse i forsknings-, utviklings- og kvalitetsforbedrende arbeid innenfor helsefaglig arbeid generelt, og i klinisk pasientarbeid med pasienten som skal ha anestesi spesielt.</p> <p>Studenter som avslutter utdanningen etter 90 studiepoeng, har fullført videreutdanning i anestesisykepleie og kvalifiserer til arbeid som anestesisykepleier, samt til å medvirke i utvikling av kunnskapsbasert praksis innen eget ansvarsområde.</p>
	Videre. utd.	90		

Barne- sykepleier	Master	120*	30 uker med minst 30 timer gjennomsnittlig per uke knyttet til pasientnært arbeid + ferdighetstrening og simulering	Fullført utdanning på 120 studiepoeng gir mastergrad i barnesykepleie og kvalifiserer for arbeid som barnesykepleier med handlingskompetanse til å bidra i utviklings og forbedringsarbeid, samt kompetanse til å drive og utvikle kunnskapsbasert praksis innen eget ansvarsområde. Studenter som avslutter utdanningen etter 90 studiepoeng, har fullført videreutdanning i barnesykepleie og kvalifiserer også til arbeid som barnesykepleier, samt til å medvirke i utvikling av kunnskapsbasert praksis innen eget ansvarsområde.
	Videre. utd.	90		
Intensiv- sykepleier	Master	120*	30 uker med minst 30 timer gjennomsnittlig per uke i pasientnært arbeid. Simulering, ferdighetstrening og andre praksisrelaterte aktiviteter skal i hovedsak supplere og ikke erstatte praksisstudiene	Fullført utdanning på 120 studiepoeng gir mastergrad i intensivsykepleie og kvalifiserer for arbeid som intensivsykepleier, med handlingskompetanse til å bidra i utviklings- og forbedringsarbeid, samt kompetanse til å drive og utvikle kunnskapsbasert praksis innen eget ansvarsområde. Studenter som avslutter utdanningen etter 90 studiepoeng, har fullført videreutdanning i intensivsykepleie og kvalifiserer også til arbeid som intensivsykepleier, samt til å medvirke i utvikling av kunnskapsbasert praksis innen eget ansvarsområde.
	Videre. utd.	90		

Operasjonssykepleier	Master	120*	30 uker med minimum 30 timer gjennomsnittlig per uke knyttet til pasientnært arbeid. For å oppnå læringsutbyttene kan simulering og ferdighetstrening benyttes som erstatning for praksisstudier i inntil to uker	<p>Fullført utdanning på 120 studiepoeng gir mastergrad i operasjonssykepleie og kvalifiserer for arbeid som operasjonssykepleier med handlingskompetanse til å gjennomføre forsknings- eller kvalitetsarbeid, samt kompetanse til å drive og utvikle kunnskapsbasert praksis innen eget ansvarsområde.</p> <p>Studenter som avslutter utdanningen etter 90 studiepoeng, har fullført utdanning i operasjonssykepleie og kvalifiserer til arbeid som operasjonssykepleier, samt til å medvirke i utvikling av kunnskapsbasert praksis innen eget ansvarsområde.</p>
	Videre. utd.	90		
Kreft sykepleier	Master	120*	15 uker med minimum 30 timer gjennomsnittlig per uke, og bør foregå pasientnært. Ferdighetstrening og simulering kommer i tillegg til praksisstudiene.	<p>Fullført utdanning på 120 studiepoeng gir mastergrad i kreftsykepleie og kvalifiserer for arbeid som kreftsykepleier med handlingskompetanse til å bidra og utvikle kunnskapsbasert praksis innen eget ansvarsområde. Kandidaten skal være i stand til å initiere og lede forbedringsarbeid samt bidra til at resultat fra forskning omsettes i praksis.</p> <p>Studenter som avslutter utdanningen etter 90 studiepoeng, har fullført videreutdanning i kreftsykepleie og kvalifiserer også til arbeid som kreftsykepleier, samt til å medvirke i utvikling av kunnskapsbasert praksis innen eget ansvarsområde.</p>
	Videre. utd.	90		

Master i psykisk helse- og rusarbeid for sykepleiere	Master	120	<p>10 uker. Praksis skal være innen ulike fagområder og/eller tjenestenivå.</p> <p>Prosessveiledning i gruppe anbefales å inngå sammen med praksis. Ferdighetstrening, simulering og kritiske refleksjoner bør supplere praksis- og teorigrundlag.</p>	<p>Formålet med utdanningen er å utdanne kandidater som skal gi avansert sykepleie for å bidra til bedre levekår, økt livskvalitet og livslengde for mennesker som har utviklet eller står i fare for å utvikle psykiske problemer, psykiske lidelser, rusmiddelproblemer eller andre avhengighetsproblemer eller lidelser.</p> <p>Kandidaten skal kunne møte pasienter, brukere og pårørende med åpenhet og godt faglig skjønn. Kandidatens vurderinger og handlinger skal ta utgangspunkt i pasientens og brukerens ressurser, opplevelse av uhelse, personlige ønsker og behov, autonomi og integritet, og pårørende og samfunnets aktuelle tilbud.</p>
Jordmor				Under arbeid
<p>* Gjelder for nasjonale retningslinjer som åpner for avstigning etter 90 studiepoeng, angis sluttkompetanse ved 120 studiepoeng som et eget kompetanseområde. Dette kompetanseområdet favner blant annet handlingskompetanse til å gjøre et vitenskapelig og klinisk rettet arbeid i form av masterprosjekt.</p>				

Vedlegg 3 Utdanning av spesialsykepleiere i noen utvalgte EØS-land og UK

Internasjonalt finner man sykepleiere i avanserte roller i flere land. Det er ulikheter i hvor langt man har kommet i utviklingen av disse sykepleierrollene og hvor selvstendige sykepleierne i disse utvidede rollene får praktisere.

Begrepet Nurse Practitioner (NP)/ Advanced Practice Nurse (APN) har vært i bruk internasjonalt i mange år og er definert som en autorisert sykepleier som har:

" A Nurse Practitioner /Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A Master's degree is recommended for entry level "(ICN, 2008)

I Helsedirektoratets rapport fra 2021 "Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus – Faglige og tjenestemessige behov" ble det gjort en grundig gjennomgang av oversiktsartikler knyttet til avansert klinisk sykepleierrolle/ -kompetanse, både nasjonalt og internasjonalt. I henhold til internasjonal litteratur er det syv generelle ferdigheter og nøkkelkompetanse en avansert klinisk sykepleier bør inneha:

- 1) Klinisk kompetanse
- 2) Samhandling
- 3) Veiledning
- 4) Forskning
- 5) Etisk beslutningskompetanse
- 6) Konsultasjoner
- 7) Lederskap

Sverige

Det er Socialstyrelsen som har myndighet til å gi autorisasjon (svensk: legitimation) og spesialistgodkjenning (svensk: spesialistkompetens).

I Sverige er opplæring til spesialistsykepleier en universitetsutdanning på minst ett år. Sykepleiere som har en spesialistsykepleierutdanning fra et universitet i Sverige, kan kalle seg spesialistsykepleier innenfor et bestemt område, for eksempel operasjonssykepleier eller anestesisykepleier. Sykepleieren behøver ikke søke om spesialistgodkjenning (svensk: spesialistsjuksköterskelegitimation) fra Socialstyrelsen for å kunne kalle seg spesialistsykepleier.

Det er midlertidig slik at enkelte oppgaver kan kreve spesialkompetanse. Det er arbeidsgiver som bestemmer hvilke oppgaver ansatte har tilstrekkelig kompetanse til. Enkelte oppgaver er også lovregulert.

Spesialistsykepleiere med utdanning fra et annet EØS-land, eller som har fått sin spesialistutdanning godkjent i et annet EØS-land og har jobbet der minst tre år, kan søke om rett til å kalle seg spesialistsykepleier i Sverige. Denne søknaden blir behandlet hos Socialstyrelsen.

For sykepleier med utdanning utenfor EØS kan man søke om rett til å kalle seg spesialistsykepleier, men man må først ha autorisasjon som sykepleier. For å kunne innvilges rett til å kalle seg spesialistsykepleier, må utdanningens lengde, nivå og innhold tilsvare en grad som spesialsykepleier etter UH-forordningen (1993:100) (Socialstyren, u.å.).

Danmark

Det er Styrelsen for Patientsikkerhed som har myndighet til å gi autorisasjon og registrering av sykepleiere med spesialsykepleierutdanning (dansk: registrering av sygeplejespeciale).

Ved utdanning fra en dansk utdanningsinstitusjon får Styrelsen for Patientsikkerhed automatisk melding fra utdannelsesteden når man er ferdig med spesialsykepleierutdanningen. Registeringen av spesialiteten er gratis og digital og fremkommer av autorisasjonsregisteret (Styrelsen for Pasientsikkerhed, u.å.).

Utdanningen foregår vanligvis mens sykepleier er i arbeid. Den er av varierende varighet fra 30 uker til 2 år. I tillegg til en dansk autorisasjon er opptakskrav minst 2 års klinisk erfaring som sykepleier. Noen av utdanningsprogrammene har tilleggskrav.

Utdanningene omfatter både teoretisk undervisning og systematisk veiledet klinikkundervisning.

Studiene nevnt nedenfor er ikke definert som masterstudier, men som egne spesialistutdanninger for sykepleiere. En mastergrad er vanligvis organisert som et deltids toårig program og tilbys av universitetene. Undervisningen er vanligvis organisert slik at det er mulig å kombinere jobb og studier. Master kan være 60 eller 120 studiepoeng (kandidatuddannelse) (DSR, u.å., 3).

Det er 7 spesialsykepleierutdanninger:

- Spesialutdanning for sykepleiere i psykiatrisk og barne-/ungdomspsykiatrisk sykepleie
- Spesialutdanning for sykepleiere i anesthesisykepleie
- Spesialisert utdanning for intensivsykepleier
- Spesialistutdanning for infeksjonssykepleiere (hygienesykepleiere)
- Spesialisert utdanning for kreftsykepleier
- Spesialopplæring for helsesykepleier
- Spesialutdanning for sykepleiere i borgernær sykepleie

Programmene fastsettes på grunnlag av pålegg fra den danske helse- og legemiddelmyndigheten (Sundhedsstyrelsen, 2022).

Følgende gjelder for Spesialutdanning for sykepleiere i borgernær sykepleie:

Opptakskravene er:

- Bestått dansk eller utenlandsk eksamen i sykepleie på profesjonelt bachelornivå eller
- Dansk/utenlandsk eksamen i sykepleie supplert med vitenskapsteori og metode på utdanningsnivå
- Dansk autorisasjon som sykepleier

- minst 2 års heltids yrkeserfaring som sykepleier eller erfaring fra relevant felt;
- avtale med arbeidsgiver om deltakelse i teoriundervisning og om veiledet praksis i spesialundervisningen.

Spesialundervisningen i borgernær sykepleie er lagt opp til 60 studiepoeng. Utdanningen strekker seg over ett år med totalt 40 ukers utdanning. Utdanningen er strukturert i tre utdanningsdeler, som hver inneholder en rekke faglige temaer, som består av intern klinikk, teoriundervisning og ekstern klinikk.

I 28 uker av 40 uker er har studenten praksis som vil foregå på eget arbeidssted. Teoriundervisningen foregår ved Høgskolen i København organisert i tilknytning til hvert tema (varighet 1-3 dager totalt tilsvarende 6 uker). I mindre grad er det også teoretiske elementer i form av e-læring. Studenten vil også i kortere perioder på 1-5 dager være på en ekstern klinikk på f.eks. sykehus og i allmennpraksis (totalt 6 uker). Siden deler av opplæringen foregår på eget arbeidssted, stiller den krav til utdanningsorganiseringen av arbeidsstedet (Københavns Professionshøjskole, u.å.).

Følgende gjelder for Spesialutdanning for sykepleiere i anesthesisykepleie:

Opptakskrav er:

- Bestått dansk eller utenlandsk eksamen i sykepleie på bachelornivå eller
- Danske eller utenlandske sykepleiediplomer supplert med vitenskapsteori og metode på utdanningsnivå
- Dansk autorisasjon som sykepleier
- Bred klinisk erfaring tilsvarende minimum to års fulltidsarbeid fra primært akutte, somatiske områder med komplekse pasientforløp
- Ansettelse i toårig utdanningsstilling

Utdanningen tilsvarende 90 studiepoeng. Utdanningen foregår i løpet av toårig fulltidsstilling ved en anesthesiologisk avdeling og veksler mellom teoretisk og praktisk opplæring.

Opplæringen omfatter fire kliniske (praktiske) perioder, som foregår i avdelingene for anesthesiologi. Opplæringen inkluderer seks ukers praksis på en oppvåkningsenhet og minst seks uker på en annen anesthesiologisk avdeling.

Den teoretiske delen av undervisningen består av to timer teori ukentlig i klinisk praksis og et teorkurs av ca. 200 timers varighet (DSR, u.å., 1).

Følgende gjelder for Spesialutdanning for sykepleiere i intensivsykepleier:

Opptakskrav

- Bestått dansk eller utenlandsk eksamen i sykepleie på bachelornivå eller
- Dansk eller utenlandsk sykepleierutdanning samt vitenskapsteori og metode på utdanningsnivå
- Dansk autorisasjon som sykepleier
- Minst 2 års heltidsarbeidserfaring som sykepleier. Hvorav minimum halvannet år fra somatiske sykehusavdelinger
- Seks måneders introduksjonsarbeid på intensivavdeling

- Ansettelse i 11/2-årig utdanningsstilling

Programmet tilsvarer 90 studiepoeng. Det er halvannet år med heltidsstudium. I tillegg er det en seks måneders introduksjonsperiode på en intensivavdeling.

Opplæringen består av to deler på ni måneder hver, og undervisningen veksler mellom teori og klinisk trening.

Den teoretiske delen av utdanningen er totalt 300 timer, hvorav ca. 200 timer er utenfor klinisk praksis i teoriblokker. Den kliniske delen av undervisningen foregår i en intensivavdeling på sykehus og inkluderer ett eller flere eksterne praksisopphold. Av disse finner to til seks uker sted i en oppvåkningsenhet (DSR, u.å., 2).

Island

Island har egen forskrift²⁶ om spesialistgodkjenning for sykepleiere i kliniske spesialiteter. For å kunne få spesialistgodkjenning må sykepleieren oppfylle følgende krav:

- 1) Islandske autorisasjon som sykepleier
- 2) Fullført master- eller doktorgrad i sykepleie ved anerkjente universitet.
- 3) Jobbet som sykepleier i minst to år i heltidsstilling i det spesialfeltet som det søkes om godkjenning i (Embætti Landlæknis, 2022).

Finland

Tittelen spesial-/spesialistsykepleier er ikke regulert i Finland, og det er ikke etablert spesialistgodkjenning for sykepleiere. I Finland tilbys det en masterstudie i Advanced Practice Nursing (APN). Masterutdanning i APN gir 120 ECT og varer i 2 år (Åbo Akademi University, u.å.). Det er Helseinstituttene som kontrollerer bruken av titler og stillingsbeskrivelser (Jokiniemi, et.al., 2021).

Nederland

I Nederland gis det spesialistgodkjenning for sykepleiere. For å bli sykepleierspesialist må du fullføre 2- eller 3-årig Master Advanced Nursing Practice (MANP). For å starte i spesialistutdanningen må man være sykepleier og ha flere års arbeidserfaring som sykepleier.

Spesialistsykepleiertitlene er beskyttet og lovregulert og kan kun brukes hvis det er registrert i BIG- registeret (Verpleegkundig Specialisten Register, u.å., 1).

For å kunne bli registrert som spesialistsykepleier må man ha masterutdanning fra godkjent utdanningsinstitusjon og man må være registrert i utdanningsregisteret mens man gjennomfører utdanningen. Etter fullført masterutdanning vil man bli registrert som

²⁶ Vilkår for utstedelse av spesialistbevilling i sykepleie er definert og forklart⁷ i forskrift nr. 512/2013 om sykepleiers utdanning, rettigheter og plikter og vilkårene for å få driftsbevilling og spesialistbevilling. Forskriften er fastsatt etter lov nr. 34/2012 om helsepersonell.

spesialsykepleier på grunnlag av MANP- vitnemål (Master Advanced Nursing Practice) (Verpleegkundig Specialisten Register, u.å., 2)

Spesialisttittelen registreres i Verpleegkundig Specialisten Register. En registrerings komité tilhørende fagforening for sykepleiere i Nederland sender registreringen videre til BIG-registeret som drives av Ministry of Health, Welfare and Sport (Verpleegkundig Specialisten Register, u.å., 1).

Registreringsutvalget for sykepleiefaglige spesialiteter (RSV) ble etablert med formål å fremme og følge opp kvaliteten i spesialistpraksis. RSV sikrer at kursene har det nødvendige nivået og at registrerte sykepleierspesialister oppfyller kravene i BIG-loven og forskriftene fastsatt av College Specialismen Verpleegkunde (CSV) (Verpleegkundig Specialisten Register, u.å., 3)

Registreringen må fornyes hvert 5. år. For å kunne beholde spesialisttittelen er det krav til relevant arbeidserfaring og kompetanseheving. Denne inkluderer testing av kollegaer, dvs. at sykepleieren har et kasus som gjennomgås i en gruppe i opplæringsøyemed (intercollegiaal toetsing) (Verpleegkundig Specialisten Register, u.å., 4).

Frankrike

Grunnutdanningen i sykepleiestudiet i Frankrike varer i 3 år. Statsdiploma (diplôme d'Etat) (France compétences, u.å., 1) for sykepleiere tildeles av Ministere Des Solidarites Et De La Sante (France compétences, u.å., 2). Etter at man har utdannet seg som sykepleier er det krav til at sykepleieren skal delta i etterutdanningsprogram. Det skal fremlegges bevis på at sykepleieren har deltatt i kurs for faglig utvikling (INPI, 2020).

Det er tre sykepleiespesialiteter som får statsdiploma (diplôme d'Etat):

- operasjonssykepleier
- anestesisykepleier
- helsesykepleier

Videreutdanningene utføres ved sertifiserte utdanningsinstitutter (France compétences, u.å., 1). Statsdiploma (diplôme d'Etat) for spesialistsykepleiere tildeles av Ministère chargé de la santé (France compétences, u.å., 2).

For å studere anestesisykepleie eller operasjonssykepleie må man ha autorisasjon og 2 års yrkeserfaring. Det er opptaksprøve til studiet.

Utdanning for operasjonssykepleier består av 870 timer teori og 39 uker med praksis ved fem forskjellige praksisplasser. Utdanningen for anestesisykepleier består av 900 timer teori og 58 ukers praksis ved ulike praksisplasser (Devenir-infirmiere, u.å.).

Det er opptaksprøve til helsesykepleierutdanningen og man må være autorisert sykepleier i bunn. Utdanning for helsesykepleier består av 60 timer teori og 700 timers praksis (Devenir-infirmiere, u.å.).

Tyskland

I Tyskland er det to hovedkategorier sykepleiere, første nivå og andre nivå. Et flertall av sykepleiere på første nivå utdannes gjennom et 3-årig yrkesopplæringsprogram som involverer sykehusbasert opplæring, og disse sykepleierne kan fortsette med videreutdanning og opplæring for å spesialisere seg innenfor sykehusmiljøet. Sykepleiere på andre nivå går gjennom en kortere 1-årig fagutdanningsprogram. Det er også mulig å ta en 3-årig universitetsbasert bachelorgrad i sykepleie. Sykepleiere med bachelorgrad kan gå videre til Master- og Ph.d.-utdanning (OECD, 2016). Det gis ikke offentlig spesialistgodkjenning for spesialistsykepleiere. Sykepleiere kan ta kurs, videreutdanninger eller master i forskjellige spesialiseringer for sykepleiere.

UK

Advanced practice nursing (APN) er en utdanning på masternivå for sykepleiere. En sykepleier med APN-utdanning skal ha ekspertkunnskaper og ferdigheter på avansert nivå. De har frihet og myndighet til å handle og ta autonome beslutninger i utredning, diagnostisering og behandling av pasienter. For noen følger rekvisisjonsrett. Sykepleiere med APN-utdanning må være registrert i The Nursing and Midwifery Council (NMC) for å kunne praktisere (Care Quality Commission, 2022). Det er ikke knyttet offentlig spesialistgodkjenning til sykepleiere med denne utdanningen.

Øvrige spesial-/spesialistsykepleiere betegnes som Clinical specialist nurses. For å kunne registrere seg som spesial-/spesialistsykepleier må man først være registrert som sykepleier i NMC, i noen tilfeller må man også ha klinisk tjeneste før man kan ta videreutdanning eller kurs i spesialiteten. Sykepleieren kan enten ta en høyere grad som spesialistsykepleier eller videreutdanning som spesialistsykepleier. Videreutdanningen må vare i minst ett år heltid med 50 % teori og 50 % praksis. Spesialisttittlene er ikke beskyttet (Royal College of Nursing, 2014).

Polen

Det er mulig å ta master i sykepleie, Masters in Nursing. Det er ikke masterutdanninger innenfor anesthesisykepleier, barnesykepleier, operasjonssykepleier og psykiatrisk sykepleie.

Basert på beskrivelsen av bachelorutdanning i sykepleie ved flere høgskoler og universitet, er det mulig å ta fordypning i spesialområder. Student har mulighet til å ta fordypning på slutten av studiet i psykisk helse, pediatri, anesthesiologi, intensiv, operasjon, sår behandling, gynekologi, geriatri, akuttmedisin osv. (Rozporządzenie Ministra Zdrowia Z Dnia 30 Września 2016 R. W Sprawie Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek I Położnych, 2016).

Det er også mulig å ta ytterligere videreutdanning innenfor fagområdene. Ifølge nettsiden til et av universitetet kan sykepleiere videreutdanne seg i anesthesi og intensivsykepleie, operasjonssykepleie, indremedisinsk sykepleie, gynekologisk og obstetrisk sykepleie og onkologisk sykepleie (Academy of Applied Medical and Social Sciences, u.å.).

Ifølge forskriften for videreutdanning for sykepleiere og jordmor skal fordypningsprogrammet ikke være kortere enn 15 måneder eller lengere enn 20 måneder. Etter utført fordypningsprogram må de også gjennomføre statseksamen (Rozporządzenie Ministra Zdrowia Z Dnia 30 Września 2016 R. W Sprawie Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek I Położnych, 2016).

Vedlegg 4 Mal for beregning av kostnader (Excel)

Malen for kostnadsmodellen vedlegges også som egen Excel-fil.

Antagelser om kostnadselementer i kolonne B utgjør grunnlaget for de samlede kostnadene.

Disse kan endres og det kommer frem i tabellene under hvordan dette påvirker fordelingen av kostnadene.

Saksgebyr:	2400	Saksgebyr pr søknad
Antall søkere overgangsordning:	18000	Antall søkere i en overgangsordning
Antall søkere ordinær:	1275	Antall nye årlige søkere
Timepris (faglig rådgiver)	508	Timepris for faglige rådgivere
Brutto reallønn (off. rådgiver):	373,3253698	Brutto reallønn saksbehandlere offentlig forvaltning
Netto realønn (sykepleier):	222,5641026	Netto realønn sykepleiere
Antall timer gj.gang studieprog:	2600	Antall timer som brukes til studiegjennomgang
Andel saker som tas av faglig rådgiver	9,68 %	Andel saker som tas av faglig rådgiver
Kostnad pr eksamen:	2000	Kostnad pr eksamen
Tidsbruk eksamen (sykepleier)	4	Tid brukt pr eksamen som avlegges
Antall timer saksbeh	12	Antall timer saksbehandlingstid pr søknad
Kortere tidsbruk ved AKS	50 %	Kortere tidsbruk ved AKS pr søknad

M1 = AKS-modellen

M2 = Mastergrad + klinisk yrkeserfaring

M3 = Spesialutdanning SIS

M4 = Realkompetanse-vurdering av erfarne spesialsykepleiere

M5 = Nasjonal eksamen for erfarne spesialsykepleiere

M5*= Utvidet nasjonal eksamen for erfarne spesialsykepleiere

Kostnader

Årlige søknader	M1	M2	M3
faglig rådgivere (enkeltsaker)	376 025	752 050	752 050
Saksbehandlere HDIR (enkeltsaker)	2 579 484	5 158 968	5 158 968
Total kostnad	2 955 509	5 911 018	5 911 018
Saksgebyrinntekt	3 060 000	3 060 000	3 060 000
Kostnad pr søknad	2 318	4 636	4 636
Overgangsordning	M4	M5	M5*
Studiegjennomgang	1 320 241	1 320 241	1 320 241

faglig rådgivere (enkelt saker)	10 617 177		
Saksbehandlere HDIR (enkelt saker)	72 832 494		
Sykepleieres tidsbruk		16 024 615	16 024 615
Eksamenskostnad		36 000 000	270 000 000
Total kostnad	84 769 913	53 344 857	287 344 857
Saksgebyrinntekt	43 200 000	43 200 000	43 200 000
Kostnad pr søknad	4 709	2 964	15 964

Kostnader med opprinnelig input

Årlige søknader	M1	M2	M3
faglig rådgivere (enkelt saker)	376 025	752 050	752 050
Saksbehandlere HDIR (enkelt saker)	2 579 484	5 158 968	5 158 968
Total kostnad	2 955 509	5 911 018	5 911 018
Saksgebyrinntekt	3 060 000	3 060 000	3 060 000
Kostnad pr søknad	2 318	4 636	4 636

Overgangsordning	M4	M5	M5*
Studiegjennomgang	1 320 241	1 320 241	1 320 241
faglig rådgivere (enkelt saker)	10 617 177		
Saksbehandlere HDIR (enkelt saker)	72 832 494		
Sykepleieres tidsbruk		16 024 615	16 024 615
Eksamenskostnad		36 000 000	270 000 000
Total kostnad	84 769 913	53 344 857	287 344 857
Saksgebyrinntekt	43 200 000	43 200 000	43 200 000
Kostnad pr søknad	4 709	2 964	15 964

Årlige kostnader

Beregningene i tabell 5 er gjort på følgende måte:

Beregning faglige rådgivere for modell 2 og modell 3: Antall årlige søknader * timepris faglige rådgivere * Andel saker som tas av faglige rådgivere * Antall timer brukt på saksbehandling pr søknad. For modell 1 tas det utgangspunkt i det samme tallet, som deretter multipliseres med 0,5.

For modell 2 og modell 3 er det beregnet kostnader for saksbehandlere i behandling av enkeltsaker: Antall årlige ordinære søknader * Andel av søknadene som tas av saksbehandlere * Antall timer saksbehandling pr søknad * Brutto reallønn for offentlig rådgiver. For modell 1 tas det utgangspunkt i det samme tallet, som deretter multipliseres med 0,5.

For alle modellene så er saksgebyrinntekt funnet ved å ta utgangspunkt i antall årlige ordinære søknader * saksgebyr pr søknad.

Overgangskostnader

Studiegjennomgang er for alle modeller beregnet til å være: Timepris (faglig rådgiver) * Antall timer brukt til gjennomgang av studieprogram.

For modellen med realkompetansevurdering er det beregnet en kostnad til faglige rådgivere: Antall søknader ved overgangsordning * andel saker som tas av faglig rådgiver * timepris (faglig rådgiver) * antall timer saksbehandling pr søknad.

Tilsvarende er kostnaden for saksbehandlere i denne modellen beregnet ved: Antall søknader ved overgangsordning * andel saker som tas av saksbehandlere * brutto reallønn offentlig saksbehandler * antall timer saksbehandling pr søknad.

For modellen med nasjonal eksamen er det beregnet en kostnad for sykepleieres tidsbruk på eksamen: Netto reallønn sykepleiere * Antall søkere ved overgangsordning * Antall timer brukt på eksamen.

For modellen med nasjonal eksamen er det beregnet en eksamenskostnad på: Kostnad pr eksamen (2000 kroner ved nasjonal eksamen og 15 000 kroner ved utvidet nasjonal eksamen) * Antall søkere ved overgangsordning

For samtlige modeller er det beregnet saksgebyrinntekt: Antall søkere overgangsordning* saksgebyrinntekt.

Vedlegg 5 Informasjonsbrev til innspillsmøte 1 den 4. oktober 2022

Informasjon om innspillsmøte 4.10.22 kl 13 i forbindelse med oppdrag gitt i tildelingsbrevet 2022:

- Utrede ulike modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper

Tusen takk for at du har valgt å bidra inn i dette arbeidet! I denne skrivet vil vi informere litt om hvordan vi tenker å gjennomføre møtet og hva dere må forberede i forkant av møtet.

Vi har laget en kjøreplan for møtet og oversikt over påmeldte (se vedlegg). Taletiden til de enkelte aktørene er knapp, så det er fint om dere som er i samme gruppe kan samkjøre innspillene. Det er også mulig å gi skriftlige innspill i etterkant av møtet.

Under finner dere to punkter vi ønsker tilbakemelding på i møtet. Disse knytter seg til de fire hovedutfordringen vi har identifisert ved utforming av modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiere.

Avgrensinger av oppdraget

Formålet med spesialistgodkjenning av helsepersonell er definert i helsepersonelloven § 1 å «bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten». Helsedirektoratet mener at fremtidige modeller for spesialistgodkjenning må understøtte og legge til rette for at dette oppnås.

Helsedirektoratet har gjort følgende avgrensninger for oppdraget m.h.t:

- Utdanning: Helsedirektoratet har valgt å avgrense oppdraget til ikke å handle om innholdet i utdanningene. Det vil derfor ikke bli gjort noe vurdering av om innholdet i utdanningene som sådan bør endres/ tilpasses for at aktuelle yrkesgrupper skal kunne vurderes opp mot spesialistgodkjenning.
- Rekruttering: Helsedirektoratet har valgt å ikke ha "rekruttering" av sykepleiere som eget fokusområde i utredningen. Helsedirektorat anser at spesialistgodkjenning kan virke rekrutterende og at det kan være en gevinst ved innføring av offentlig spesialistgodkjenning.
- Nasjonal oversikt: er heller ikke formålet med offentlig spesialistgodkjenning, men en nasjonal oversikt over spesialister kan være nyttig ved blant annet personellplanlegging og i beredskapssammenheng

Utfordringer som ulike modeller for spesialistgodkjenning bør møte

- 1) Tilgang på helsepersonell er utfordret i alle deler av sektoren, samtidig som krav om spesialisert kompetanse og klinisk fagledelse er en forutsetning for kvalitet i tjenesten. Det er også utfordringer med å beholde sykepleiere i klinisk pasientnær virksomhet. Det er derfor viktig at en offentlig spesialistgodkjenning er med å bygge strukturer som sikrer at spesialisert kompetanse utvikles og vedlikeholdes hensiktsmessig.
- 2) En annen utfordring er at man med dagens ordninger for offentlig spesialistgodkjenning ikke inkluderer et offentlig system som ivaretar krav til at

spesialisten holdes faglig oppdatert gjennom hele yrkeskarrieren, dvs. ingen offentlige krav til resertifiseringer for å beholde spesialistgodkjenningen.

- 3) Det er videre en utfordring at man i RETHOS 3 har valgt å innføre to ulike utdanningsnivåer og ulik sluttkompetanse innenfor samme nasjonale retningslinje. Begge nivåer kvalifiserer i dag for samme yrkesbetegnelse (f.eks. intensivsykepleier, anestesisykepleier). Dette skiller seg fra de andre personellgruppene som gis autorisasjon eller spesialistgodkjenning basert på en likeverdig sluttkompetanse.
- 4) En utfordring er at en offentlig spesialistgodkjenningsordning vil kreve økt ressursbruk. En fremtidig ordning må derfor være bærekraftig, kunne effektivt avvikle oppgaver innenfor standardiserte format og utvikles fra felles prinsipper/strukturer.

Forberedelser til møtet

- 1) I hvilken grad mener dere at utfordringsbildet 1- 4 favner situasjonen modellene for spesialistgodkjenning skal fungerer innenfor? Andre utfordringer som bør løftes frem?
 -
- 2) Har dere konkrete forslag til elementer som må tas inn i modellforslagene? Beskriv gjerne hvordan det kan underbygge formålet med spesialistgodkjenning: pasientsikkerhet, kvalitet og tillit.

Vi ber om at dere vektlegger punkt 2 i innlegget i innspillsmøte.

Skriftlige innspill som kan supplere og utdype innspillsmøtet (maks 1 -2 sider) kan sendes oss innen **fredag 7. oktober kl. 17.00**.

Helsedirektoratet ønsker å kunne bruke innspillene i arbeidet med å utvikle ulike modeller. Det er derfor viktig at innspillene er lederforankret.

Innspill fra møtet 4. oktober vil legge grunnlag for nest møte den 26. oktober.

For å være sikre på at vi får med oss mest mulig av meningsutvekslingen ønsker vi å ta opp møtet. Opptaket vil bli slettet når vi er ferdig med utredningen, og det vil ikke trekkes frem enkeltpersoners meninger.

Vi ser frem til å høre din mening!

Vedlegg 6 Informasjonsbrev til innspillsmøte 2 den 26. oktober 2022

Informasjon om innspillsmøte 26.10.22 kl. 13.30 i forbindelse med oppdrag gitt i tildelingsbrevet 2022: Utrede ulike modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper

Tusen takk for at du har valgt å bidra inn i dette arbeidet! I dette skrivet vil vi informere litt om hvordan vi tenker å gjennomføre møtet og hva dere må forberede i forkant av møtet.

Vi har laget en kjøreplan for møtet og oversikt over påmeldte (se vedlegg). Taletiden til de enkelte aktørene er knapp, så det er fint om dere som er i samme gruppe kan samkjøre innspillene. Det er også mulig å gi skriftlige innspill i etterkant av møtet.

Forberedelser til møtet

Spesialistgodkjennings- og autorisasjonsordningen skal gi et ensartet innhold til en yrkestittel som beskyttes. Ordningene skal videre gi en forutsigbarhet både for pasient og helsetjeneste med hensyn til hvilken kompetanse helsepersonellet har, og er samtidig et grunnlag for kontroll og tilsyn. Spesialistgodkjenning skal fortrinnsvis være en standardisering av kompetanse for å bidra til kvalitet og ivareta pasientsikkerhet.

For tilsynsmyndigheter er det to forhold som er viktig når helsepersonell skal autoriseres eller gis spesialistgodkjenning:

- 1) At det er tydelige og enhetlige krav til innholdet i utdanningen slik at det går an å ha en formening om hva personellet kan og hva man kan forvente om kompetanse og ferdigheter.
- 2) Og at det er klare krav til faglig atferd og faglig arbeid. At det gis anbefalinger og stilles krav i faglige retningslinjer og behandlingsretningslinjer, slik at hvis det kommer en klage så vet aktuelle tilsynsmyndighet hva som skal kunne forventes og hvordan en behandling skal utføres.

Vedlagt finner dere skisser til modeller. Aktuelle modeller som blir vurdert må kunne brukes til å angi en felles, identifiserbar sluttkompetanse hos sykepleier knyttet til aktuelle spesialistområde.

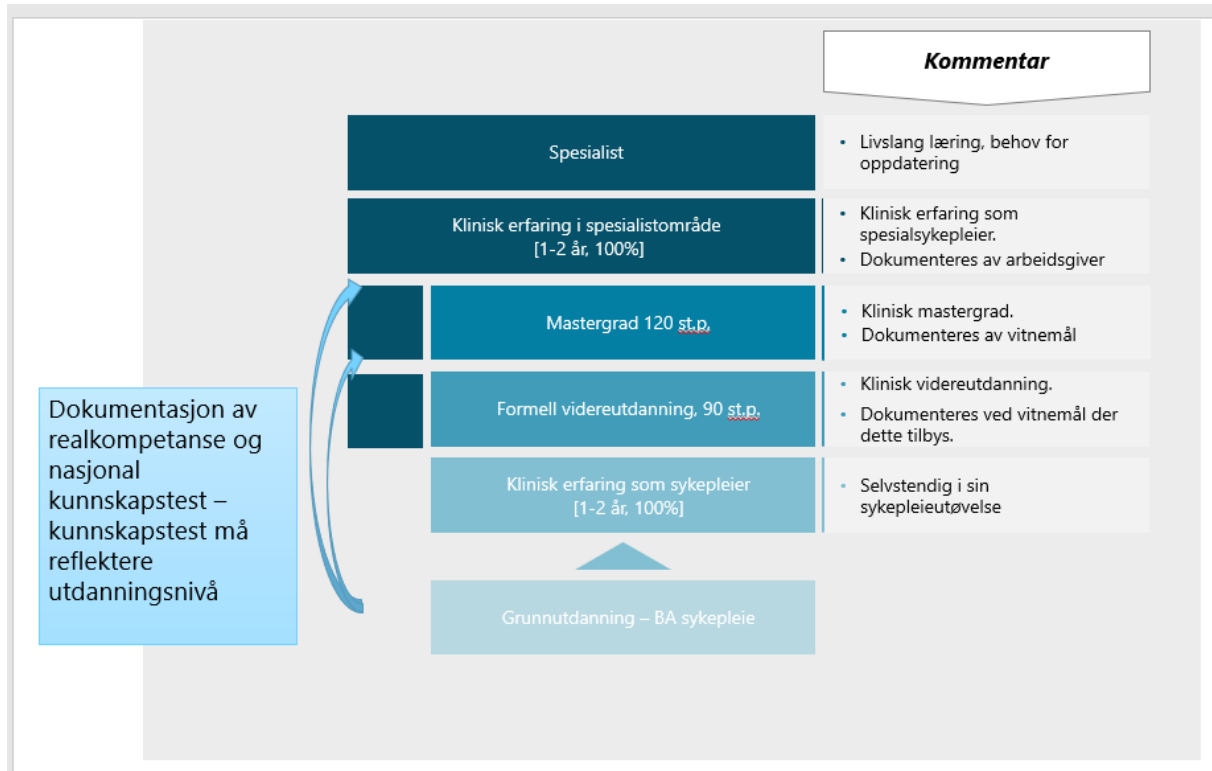
I tillegg ønsker vi at foreslåtte modeller vurderes ut fra grad av bærekraft. Bærekraft operasjonaliseres her gjennom:

- Gjennomførbarhet innenfor dagens og fremtidens behov/rammer/ organisering av helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren (veilederkapasitet, gjennomstrømning, praksisplasser, utdanningskapasitet etc.)
- Hvordan kompetansen dokumenteres (underveis i utdanningen og ved søknad om spesialistgodkjenning)
- Forvaltningsbyrde (HF, kommuner, utdanningssektor og statlig forvaltning)

Vi ønsker også at dere diskuterer og kommenterer punktene nedenfor:

- 1) Skal modell for spesialistgodkjenning gi alle sykepleiere mulighet for å bli spesialist? (hvis ja, hva er potensielle hindringer?)

- 2) Hva kjennetegner kompetansen til en sykepleierspesialist?
- 3) Med utgangspunkt i figuren under ber vi dere vurdere og begrunne hvor dere mener innslagspunktet for spesialistkompetansen er, når er du spesialist?



Alternativ 1: BA sykepleie → klinisk erfaring (selvstendig i sykepleierollen) → Formell videreutdanning innenfor spesialområde → klinisk erfaring innenfor spesialområde → spesialist

Alternativ 2: BA sykepleie → klinisk erfaring (selvstendig i sykepleierollen) → Masterutdanning innenfor spesialområde → klinisk erfaring innenfor spesialområde → spesialist

Alternativ 3: BA sykepleie → Formell videreutdanning/mastergrad innenfor spesialområde → klinisk erfaring innenfor spesialområde → spesialist

Alternativ 4: BA sykepleie → Mastergrad innenfor spesialområde → spesialist

Alternativ 5: (Klinisk vei) BA sykepleie, eventuelt klinisk erfaring som sykepleier → Bred og omfattende dokumenterbar, klinisk erfaring som **spesialsykepleier**, minimum 5 år (dokumenterer sentrale ferdigheter og generell kompetanse) → Nasjonal kunnskapssprøve for å dokumentere sentral kunnskap tilsvarende påkrevd utdanning → spesialist

Skriftlige innspill som kan supplere og utdype innspillsmøtet (maks 1 -2 sider) kan sendes oss innen **mandag 31.oktober kl. 17.00.**

Helsedirektoratet ønsker å kunne bruke innspillene i arbeidet med å videreutvikle ulike modeller. Det er derfor viktig at innspillene er lederforankret.

For å være sikre på at vi får med oss mest mulig av meningsutvekslingen ønsker vi å ta opp møtet. Opptaket vil bli slettet når vi er ferdig med utredningen, og det vil ikke trekkes frem enkeltpersoners meninger.

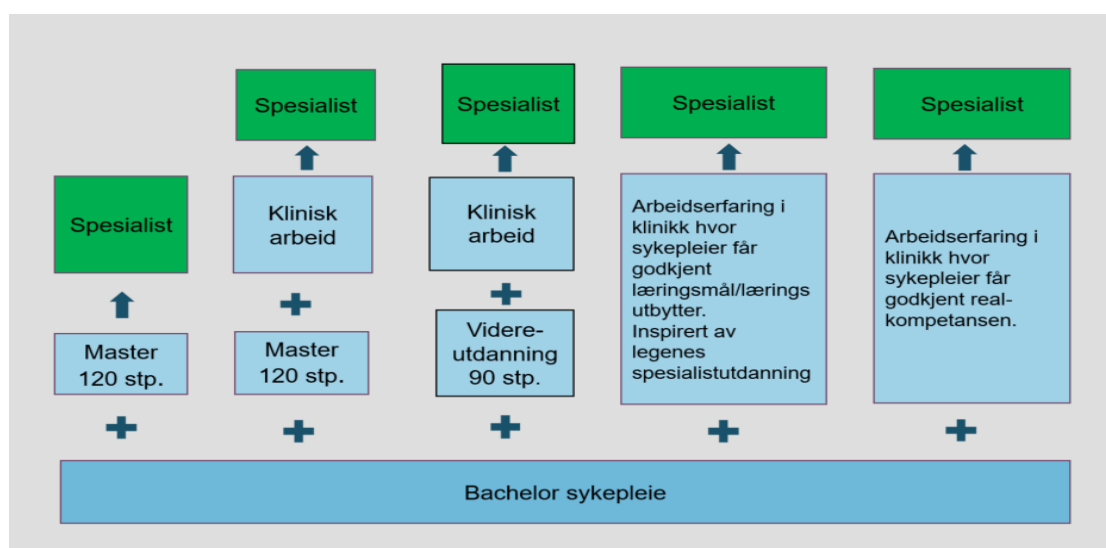
Vi ser frem til å høre din mening!

Skisser til modeller

I forkant av det andre innspillsmøte sendte Helsedirektoratet ut skisser til fem ulike modeller som kunne tenkes å angi en felles, identifiserbar sluttkompetanse knyttet til aktuelle spesialistområde:

- Modellforslag 1: Spesialistgodkjenning av sykepleiere med mastergrad i aktuelle fagområde
- Modellforslag 2: Spesialistgodkjenning av sykepleiere med mastergrad + arbeidserfaring i klinisk utdanningsstilling/ eller ansettelsesforhold hos arbeidsgiver relevant for spesialiteten
- Modellforslag 3: Spesialistgodkjenning av sykepleiere med videreutdanning 90 stp + arbeidserfaring i klinisk utdanningsstilling/ eller ansettelsesforhold hos arbeidsgiver relevant for spesialiteten
- Modellforslag 4: Spesialistgodkjenning av sykepleiere der utdanningen foregår i klinikk
- Modellforslag 5: Spesialistgodkjenning av sykepleiere med lang klinisk erfaring/ realkompetansevurdering

Figuren viser de fem modellforslagene som ble drøftet i andre innspillsmøte og senere revidert. Vist i stigende rekkefølge fra venstre.



Modellforslag 1: Spesialistgodkjenning av sykepleiere med mastergrad i aktuelle fagområde

Trinn i modellen:

- Etter bachelor søker sykepleier seg inn på aktuelle mastergradsstudiet.
- Det er valgfritt om søker må ha arbeidserfaring før søker tar mastergraden.
- Etter fullført mastergrad søker sykepleier om spesialistgodkjenning. Dokumentasjonskravet er vitnemål
- Søker innvilges spesialistgodkjenning på bakgrunn av gjennomført mastergrad

Modellforslag 2: Spesialistgodkjenning av sykepleiere med mastergrad + arbeidserfaring i klinisk utdanningsstilling/ eller ansettelsesforhold hos arbeidsgiver relevant for spesialiteten

Trinn i modellen:

- Etter bachelor søker sykepleier seg inn på aktuelle mastergradsstudiet.
- Det er valgfritt om søker må ha arbeidserfaring før søker tar mastergraden.
- Sykepleier må være ansatt i utdanningsstilling evt. ha et ansettelsesforhold hos arbeidsgiver relevant for spesialiteten mens hen fullfører mastergrad i aktuelle fagområde
- Etter gjennomført mastergrad skal søker arbeide klinisk i en utdanningsstilling/være ansatt innenfor det fagområde søker har utdannet seg i X antall år. I utdanningsstillingen/ansettelsesforholdet skal søker videreutvikle ferdigheter, rolleforståelse og innsikt helsesystemet (systemforståelse) på det nivået som kreves for å kunne kalle seg spesialist.
- Vitnemål og attest fra arbeidsgiver som bekrefter at søker kan godkjennes som spesialist danner grunnlag for søknad
- Spesialistgodkjenning vurderes utfra både akademisk grad og klinisk arbeidserfaring

Modellforslag 3: Spesialistgodkjenning av sykepleiere med videreutdanning 90 stp + arbeidserfaring i klinisk utdanningsstilling/ eller ansettelsesforhold hos arbeidsgiver relevant for spesialiteten

Trinn i modellen:

- Etter bachelor søker sykepleier seg inn på aktuelle videreutdanning
- Det er valgfritt om søker må ha arbeidserfaring før søker tar videreutdanning
- Sykepleier må være ansatt i utdanningsstilling evt. ha et ansettelsesforhold hos arbeidsgiver relevant for spesialiteten mens hen fullfører videreutdanning i aktuelle fagområde
- Etter gjennomført videreutdanning skal søker arbeide klinisk i en utdanningsstilling/være ansatt innenfor det fagområde søker har utdannet seg i X antall år. I utdanningsstillingen skal søker videreutvikle ferdigheter, rolleforståelse og innsikt i helsesystemet (systemforståelse) på det nivået som kreves for å kunne kalle seg spesialist.
- Vitnemål og attest fra arbeidsgiver som bekrefter at søker kan godkjennes som spesialist danner grunnlag for søknad
- Spesialistgodkjenning vurderes utfra både akademisk videreutdanning og klinisk arbeidserfaring.

Modellforslag 4: Spesialistgodkjenning av sykepleiere der utdanningen foregår i klinikk

Trinn i modellen:

- Etter bachelorutdanningen inngår sykepleier i et arbeidsforhold med en arbeidsgiver relevant for det fagområde hun senere ønsker å søke spesialistgodkjenning i
- Arbeidsgiver må forplikte seg til at sykepleier får oppnådd og dokumentert læringsutbytter tilsvarende f.eks. de som finnes i aktuelle nasjonale retningslinjer og at veiledning og supervisjon blir gitt. Underveis dokumenteres oppnåelse av læringsutbytter i egnet digital plattform f.eks. kompetanseportal
- Når søker har oppnådd alle læringsutbytter og arbeidsgiver og/ eller utdanningsinstitusjon vurderer at søker har den kompetansen som trengs for å kalle seg spesialist kan det sendes inn søknad om spesialistgodkjenning.
- Spesialistgodkjenning gis på bakgrunn av klinisk arbeidserfaring og oppnåelse av læringsutbytter.
-

Modellforslag 5: Spesialistgodkjenning av sykepleiere med lang klinisk erfaring/ realkompetansevurdering

Trinn i modellen:

- Etter bachelorutdanningen inngår sykepleier i et arbeidsforhold med en arbeidsgiver relevant for det fagområde hun senere ønsker å søke spesialistgodkjenning i
- Etter flere år i yrket kan sykepleier søke om spesialistgodkjenning basert på dokumentert arbeidserfaring og annen opparbeidet kompetanse
- Spesialistgodkjenning gis på bakgrunn av realkompetansevurdering

For å ivareta kompetanse til spesialsykepleiere med lang relevant arbeidserfaring ble det skissert to ulike modeller for overgangsordninger:

- Realkompetansevurdering som kan gjøres gjennom en nasjonal eksamen. Innholdet i nasjonal eksamen bør utvikles i et tett samarbeid mellom UH-sektoren, HFene og kommuner og bør teste kandidatens kliniske og akademiske ferdigheter. Bestått nasjonal eksamen danner grunnlag for spesialistgodkjenning for denne gruppen.
- Realkompetanse – legges som oppgave hos f.eks. aktuelle arbeidsgivere

Vedlegg 7 Reviderte skisser til modeller utsendt 11. november 2022

I etterkant av innspillmøte arbeidet Helsedirektoratet videre med modellforslagene. Følgende modellforslag ble sendt ut på ny innspillsrunde til aktørene med frist for tilbakemelding 18.11.2022.

Helsedirektoratet takker for alle gode innspill i prosessen med å utvikle forslag til modeller som kan føre til spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper.

Helsedirektoratet har, basert på innspill fra aktørene, laget et utkast til beskrivelse av det som kan kjennetegne en norsk spesialistsykepleier:

"Kompetansen til en sykepleier som kan kalle seg en spesialist i sitt fag kjennetegnes av at sykepleier har sykepleiefaglig kunnskap og ferdigheter på avansert nivå. Dette omfatter både teoretisk og klinisk kompetanse. En spesialist er en reflektert og selvstendig utøver av sitt fag som tar ansvar for, og er i stand til, å gjøre systematiske kliniske vurderinger. En sykepleierspesialist skal være i stand til å gjøre prioriteringer og ta beslutninger innen sitt fagområde, og kunne søke, kritisk vurdere og implementere forsknings- og erfaringsbasert kunnskap.

Sykepleierspesialister skal være garantister for at tjenestene utvikles for en generell bærekraft med mål om pasientsikkerhet og styrking av pasientens ressurser for mestring. Den samlede kompetansen danner grunnlag for et handlingsrepertoar, som gir sykepleierspesialisten mulighet til selvstendig å vurdere risiko og planlegge for eventuelle hendelser, ta egne avgjørelser, samt veilede kollegaer og andre yrkesgrupper. Sykepleierspesialister er ikke spesialarbeidere som er drillet i en funksjon avgrenset i tid og sted".

Samsvarer denne definisjonen med deres oppfatning av kompetansenivå og kvalifikasjoner for norsk spesialistsykepleier?

På bakgrunn av definisjonen over kan en spesialistutdanning som skal føre frem til en spesialistgodkjenning inneha følgende elementer:

Teoretisk og klinisk praksis element av utdanningen

En del av utdanning må bestå av teori. Den teoretiske delen av en spesialistutdanning kan foregå enten i akademia eller som f.eks. teoretiske kurs på nasjonalt nivå eller som en blanding av disse.

Legenes spesialistutdanning skjer i praksisfeltet/klinikken, men inneholder også teoretiske kurs på nasjonalt nivå. Spesialistutdanningen for tannleger skjer både i UH-sektoren, men også i arbeid i tjenestene. Spesialistutdanningen av avansert klinisk allmennsykepleiere skjer i UH-sektoren, men der store deler av utdanningen er kliniske praksisstudier (integrrert del av studiene).

Etter at de sykehusinterne spesialutdanningene for sykepleiere ble flyttet til universitets- og høgskolesektoren har utdanning av spesialsykepleier skjedd i UH-sektoren gjennom studier på masternivå med klinisk praksis (praksisstudier) som en del av studiet. Utdanning i UH-sektoren bør fortsatt være et bærende element i sykepleierens spesialistutdanning. Herunder både teoretiske- og praksisstudier. Dette er i samsvar med liknede ordninger i andre europeiske land.

Yrkespraksis arbeid/klinikk (før/etter studiene)

Spesialistsykepleieren bør ha både bred og spisset erfaring fra/med pasientnært klinisk arbeid/tjeneste.

Det må skilles mellom praksisstudier som del av studiene, hvor sykepleier mottar veiledning og supervisjon og skal oppnå læringsutbytter, og ordinær yrkespraksis med ulik grad av veiledning og supervisjon forut for og/eller etter studiene. Yrkeserfaring som sykepleier, etter bachelor, og yrkeserfaring ervervet som spesialutdannet, etter mastergrad og/eller videreutdanning, kan bidra bidrar til større trygghet i rollen, og selvstendighet i yrkesutøvelsen.

Nasjonal eksamen

Nasjonal eksamen kan sikre en felles sluttkompetanse som spesialist. Det kan f.eks. settes krav til formell kompetanse på masternivå og yrkespraksis for å kunne melde seg opp til eksamen.

I tillegg bør spesialistutdanningen oppfylle følgende kriterier:

Nasjonal, standardisert og forskriftsfestet

For å sikre at kompetansen til en sykepleier med spesialistgodkjenning er gjenkjennerbar uavhengig av hvor sykepleier har tatt sin utdanning, må det være et premiss at innholdet i utdanningen er standardisert, og at innholdet er forskriftsfestet for å sikre et minimum av lik sluttkompetanse. En kjent lik sluttkompetanse vil legge til rette for mobilitet av helsepersonell. RETHOS 3 legger til rette for at noe lokal tilpasning er mulig.

Desentraliserte/fleksible utdanninger

Spesialistutdanningen bør kunne tilbys der studentene bor og jobber. Dette er spesielt viktig for utdanningene som primært er rettet mot kommunene. Det må derfor være et mål at utdanningene på sikt kan tilbys som desentraliserte og/eller fleksible utdanninger.

Samhandling

En vellykket spesialistutdanning krever god samhandling mellom flere aktører. For å få til god samhandling trengs det gode kommunikasjonskanaler og arenaer slik at de ulike aktørenes behov og forventninger til hverandre fanges opp, og man sikrer utdanninger som svarer til tjenestenes og samfunnets behov.

Livslang læring

Det må være mekanismer på plass som sikrer at spesialistkompetanse vedlikeholdes og oppdateres i samsvar med utviklingen i spesialistfaget og tjenestenes behov (livslang læring).

Modell 1: AKS-modellen: mastergrad = spesialistgodkjenning

Modell 1 er helt lik modellen vi har fått spesialistgodkjenning av klinisk Allmennsykepleiere. Spesialistgodkjenning gis på bakgrunn av mastergradsvitnemål innenfor aktuelle fagområde.

Standardiseringen av utdanningene skjer gjennom forskriftsfestede nasjonale retningslinjer (RETHOS 3). Den kliniske erfaringen får sykepleieren gjennom veiledede praksisstudier. I enkelte av utdanningene utgjør praksisstudier opptil 50 prosent av utdanningen.

De fleste av utdanningsinstitusjonene som tilbyr de aktuelle utdanningene krever at sykepleieren som søker seg til utdanningene har noe klinisk yrkeserfaring etter bachelorgrad for å kvalifisere til å søke seg inn på mastergradsstudiet. Dette er blant annet begrunnet med at for å få fullt utbytte av studiet bør studentene ha noe klinisk erfaring som autorisert sykepleier. Nasjonale faglige retningslinjer angir kun krav om at utdanningen skal bygge på bachelorutdanning i sykepleie. Yrkeserfaring før opptak er ikke et forskriftsfestet krav.

Dersom det skal være et krav om yrkeserfaring før opptak til aktuelle mastergrader vil det kreve endring av forskrift med tilhørende prosess for høring. Dette styres av Kunnskapsdepartementet. Eventuell effekt på spesialistkompetanse av å stille yrkeserfaring som forskriftsfestet opptakskrav til spesialsykepleieutdanning er vanskelig å fastslå. Klinisk erfaring vil være viktig for å inneha nødvendig innsikt i eget fagfelt til å fylle rollen som spesialist, men om denne erfaringen gir best effekt på sluttkompetanse som spesialist om dette oppnås før, under eller etter en mastergrad, eller ved kombinasjoner av disse, er ikke klart dokumentert så langt Helsedirektoratet er kjent med.

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

- Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?
- Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for deres sektor? (f.eks. lønnskostnader, økte tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)
- Hva er fordelene ved denne modellen?
- Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?

Modell 2: mastergrad + klinisk virke innenfor aktuelle spesialitet = spesialistgodkjenning

Modell 2 bygger på modellen som eksisterer for spesialistgodkjenning av klinisk Allmennsykepleiere. Spesialistgodkjenning gis bakgrunn av mastergradsvitnemål innenfor aktuelle fagområde *i tillegg* må sykepleier dokumenterer en viss tid i klinisk virke innenfor aktuelle spesialitet før spesialistgodkjenning.

I denne perioden bør sykepleier ha tilgang på veileder/ få veiledning og supervisjon og det må utarbeides klare retningslinjer for hva som er relevant klinisk erfaring knyttet til aktuelle spesialistområde og hvilke kriterier arbeidsgiver skal vurdere etter. Det er ikke krav om at sykepleier skal gå i utdanningsstilling. Det bør være en forutsetning at dokumentasjon av klinisk erfaring kan gjøres i allerede etablerte digitale løsninger slik som Kompetanseportalen og Tjenesteportalen for helseaktører for de som ikke har tilgang til Kompetanseportalen.

Standardiseringen av mastergradsutdanningene skjer gjennom forskriftsfestede nasjonale retningslinjer (RETHOS 3) og forskriftsfestede læringsutbytte knyttet til klinisk virke i etterkant av masterutdanning. Formålet med og innholdet i læringsutbyttene må utarbeides i samarbeid med aktørene.

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

- Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?
- Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for din sektor? (f.eks. lønnskostnader, økte tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)
- Hva er fordelene ved denne modellen?
- Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?

Modell 3 Godkjenning av utdanning med færre enn 120 studiepoeng

I denne modellen gjøres det en konkret vurdering av søkers utdanning (fagplaner) opp mot den nasjonale faglige retningslinjen. Det må utvikles kriterier for hvem som kan søke. Utviklingen av disse kriteriene må skje i samarbeid med tjenestene og UH-sektoren da potensielle søkere vil ha meget ulik kompetanse som spenner fra rammeplanstyrte videreutdanninger på 60, 90 og 120 studiepoeng til søkere med sykehusinterne utdanninger og lang klinisk kompetanse.

Å behandle og vurdere enkelt søknader er erfaringsmessig en ressurskrevende og tidkrevende prosess som vil kreve faglig bistand fra både UH-sektoren og tjenestene.

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

- Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?
 - Kan utvidet yrkespraksis kompenserer for kortere utdanning?
 - Bør UH-sektoren tilby "påbygg" opp til 120 studiepoeng?
- Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for deres sektor? (f.eks. lønnskostnader, økt tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)
- Hva er fordelene/gevinstene ved denne modellen?
- Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?

Modell 4 Nasjonal eksamen

I modell 4 dokumenterer søker en klinisk realkompetanse i sitt fagfelt (attest på arbeidserfaring) og teste den teoretiske kompetansen og vurderingskompetanse i nasjonal eksamen. Innholdet i en nasjonal eksamen må utarbeides i fellesskap mellom helse- og omsorgstjenestene, utdanningssektoren og forvaltningen.

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

- Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?
 - Skal det settes krav til studie/yrkespraksis før man kan melde seg opp til eksamen?

- Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for deres sektor? (f.eks. lønnskostnader, økt tilskudd, utdanningsstillinger, veiledning/veiledere, vikar etc.)
- Hva er fordelene/gevinstene ved denne modellen?
- Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?

Vi ber dere også vurdere og spille inn på om nasjonal eksamen bør innføres uavhengig av modell for spesialistgodkjenning?

Bør det være et krav om klinisk erfaring de siste 5 årene

Det er behov for å være å ivareta allerede spesialisert kompetanse knyttet til aktuelle fagretninger som finnes i helse- og omsorgstjenestene. Det bør likevel stilles kriterier om nylig/oppdattert klinisk erfaring for søkere som har dette som del av sitt søknadsgrunnlag

- Kunne vise til klinisk arbeidserfaring som spesialsykepleier innen fagområdet i minimum 5 år tilsvarende 100% stilling. Minimum 50 % av den praksisen som det blir søkt om godkjenning for, bør være opparbeidet innenfor den siste 10 årsperioden. Det må gjøres en helhetsvurdering av praksisen sammenliknet med kompetansemålene i gjeldende læreplan og i utviklingen av faget. Deltid omregnes til heltid for eksempel godskrives to år med 50 % stilling i faget som ett års fulltidspraksis.

eller

- Kunne vise til klinisk arbeidserfaring i stilling som helsesykepleier eller sykepleier innen psykisk helse- og rus/psykiatrisk sykepleier i minimum 5 år tilsvarende 100% stilling. Minimum 50 % av den praksisen som det blir søkt om godkjenning for, bør være opparbeidet innenfor den siste 10-årsperioden. Det må gjøres en helhetsvurdering av praksisen sammenliknet med kompetansemålene i gjeldende læreplan og i utviklingen av faget. Deltid omregnes til heltid for eksempel godskrives to år med 50 % stilling i faget som ett års fulltidspraksis.

Spesielt for jordmor

- Jordmødre er i dag registeret i HPR-registeret med en dobbelautorisasjon. Dersom jordmor skal konverteres til spesialistgodkjenning må det kunne vise til klinisk arbeidserfaring som jordmor innen fagområdet i minimum 5 år tilsvarende 100% stilling. Minimum 50 % av den praksisen som det blir søkt om godkjenning for, bør være opparbeidet innenfor den siste 10 årsperioden. Det må gjøres en helhetsvurdering av praksisen sammenliknet med kompetansemålene i gjeldende læreplan og i utviklingen av faget. Deltid omregnes til heltid for eksempel godskrives to år med 50 % stilling i faget som ett års fulltidspraksis

Med bakgrunn i det som er beskrevet over ønsker vi deres synspunkt/vurdering av krav til klinisk erfaring for søkere som har dette som del av sitt søknadsgrunnlag.

Vedlegg 8 Alle skriftlige innspill fra aktørene

I arbeidet med oppdraget ble relevante aktører invitert til to innspillmøter. I, før og etter innspillmøtene var det anledning til å komme med skriftlige innspill. Innspillene fra de ulike aktørene presenteres i sin helhet i dette vedlegget.

Innspill fra NSF og faggrupper under NSF

Norsk sykepleierforbund

Mottatt 15.02.2023 fra Jan Vegard Pettersen, spesialrådgiver, Fag- og helsepolitisk avdeling

NSF vil starte med å berømme Helsedirektoratet for et svært godt og grundig utredningsarbeid. Vi synes rapporten er balansert og at valg av modeller som gode og hensiktsmessige i henhold til oppdraget og utredningsinstruksen. Vi anser modellene slik de er skissert for endelige og forutsetter at en eventuelt ny versjon ikke har endringer i selve modellene av vesentlig karakter. Dersom det gjøres endringer i modellene eller tilføres nye modeller, så forventer vi å få gitt innspill på endringene før rapporten publiseres eller oversendes departementet.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) mener modell 1 ivaretar forventet kvalitet ved at mastergrad på 120 studiepoeng vil ligge til grunn for spesialistgodkjenning. Vi mener videre at modell 2 er en gullstandard som ville være særlig egnet innenfor noen disipliner, for eksempel mastergrad i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet og helsesykepleie. Vi mener også at økonomiske og administrative konsekvenser vil være minst ved modell 1 og gi best kvalitet og likhet i tjenestetilbudet. Modell 3 vil både være dyr å innføre og vanskelig å gjennomføre i kommunene der veksten i helsetjenesten vil skje i årene som kommer.

Utfra definisjonen mener NSF at sluttkompetansebeskrivelsen som ligger i mastergradsløpene (120 stp) for utdanningene i RETHOS 3 er grunnlag for spesialistgodkjenning sin helhet, og at det ikke vil være nødvendig å ha egne beskrivelser for yrkeserfaring eller en egen nasjonal eksamen for de ulike fagfeltene da begge elementer allerede ligger i definert sluttkompetanse i forskriftene for utdanningene. Vi mener derfor i utgangspunktet at den praksisen som ligger i studieløpene er tilstrekkelig for en spesialistgodkjenning.

Vi støtter overgangsordningen som er foreslått. Jordmødre har en dobbelt autorisasjon i dag og begge jordmororganisasjonene uttrykker at de er bekymret for at denne utredningen vil bidra til å endre noe som fungerer godt i dag. Vi mener derfor det uavhengig av modell ikke er grunnlag for å endre dagens autorisasjon for jordmødre. Da slipper man også utfordringer knyttet til overgangsordninger og utdanning ervervet i utlandet, som ikke er tilpasset en norsk kontekst. Innen psykisk helse og rus må det også gjøres noen tilpasninger og vurderinger knyttet til dagens tverrfaglige utdanningsløp.

Vi mener videre at man nå må gå for en modell som i utgangspunktet er lik for alle grupper og heller utvikle senere i tråd med endrede behov i tjenestene.

I oppdraget er ikke formål etterspurt. Dermed fremkommer det dårlig i rapporten formålet med en spesialistgodkjenning for disse gruppene. Vi mener spesialistgodkjenning vil gi tjenestene kraft til å realisere visjonene «Tid for handling» (2023:4) om økt ansvars- og oppgavedeling, både ift. til å formalisere ansvar knyttet til godkjenningen og til å ivareta fagansvaret for et kunnskapsfelt ved økt tverrfaglig og merkantilt innslag. Dermed er dette et godt virkemiddel for den varslede helse- og samhandlingsplan. I tillegg vil det være store samfunnsøkonomiske gevinster knyttet til tjenesteutvikling og innovasjon, forskningskompetanse i klinikken og knyttet til å lede arbeidet med mer teambaserte og sektorovergrepene tjenester. I tillegg er det, i tråd med helsepersonellkommissjonens konklusjoner, et virkemiddel som vil sikre nødvendig rekruttering til helsetjenesten i årene som kommer.

[Mottatt 6. 10.2022 fra Jan Vegard Pettersen, spesialrådgiver, Fag- og helsepolitisk avdeling](#)

Begrunnelse for en spesialistgodkjenningsmodell for spesialsykepleiere, som tar utgangspunkt i en fullverdig master

NSF sitt hovedbudskap:

- Vi opplever Hdir sine avgrensninger av dette oppdraget som kloke og fornuftige
- Vi ønsker oss en modell for fremtiden med utgangspunkt i spesialistgodkjenning på fullverdig master, slik det er for AKS i allmennsykepleie.
- Vi ønsker oss overgangsordninger slik at grunnfjellet, som tar ansvar i dagens tjenester blir ivaretatt.
- En modell som tar utgangspunkt i et utdanningsløp, vil være transparent og enkel å forvalte. Kvalitetssikring av praksis i denne modellen skjer gjennom evalueringen av denne. Arbeidsgivers veilednings- og vurderingsrolle i dette blir arbeidsgivers kvalitetssikring.
- Spesialistgodkjenning vil være et godt egnet virkemiddel for fremtidens arbeidsdeling i tjenestene på begge nivåer ved å sikre pasientnær fagledelse til grupper på lavere utdanningsnivå. Den vil også være en sikring av at omstillinger som kommer skjer på en kunnskapsbasert måte.
- Fremtidens tjenester vil få økt ansvar, også for å bidra mer i kunnskapsproduksjonen om effekt av behandling og organisering. Dette er et egnet virkemiddel for å sikre forskningskompetanse på et pasientnært nivå.
- Fullverdig master har også et viktig kjønnspolitisk element i seg. Det er vanskelig å tenke seg at mannsdominerte utdanninger skulle hatt sterke krefter for å sementere avkortninger i en tid der det går inflasjon i høyere utdanning på alle samfunnsområder.
- Jordmødrene har allerede en dobbel autorisasjon med utgangspunkt i et fullverdig masterløp. Vi anser det ikke som hensiktsmessig å veksle deres ordning inn i dette nå, men mener forvaltningen av deres autorisasjon som jordmor, kan gi nyttige erfaringer i utviklingen av en modell for spesialsykepleiere.

Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?

Pasientsikkerhet og kvalitetssikring

- Når det ikke er sikret et definert kompetansenivå har man ikke sikret lik formell utdanning blant spesialsykepleiere i Norge.
- Spesialistgodkjenning vil gi samfunnet og tjenestene større forutsigbarhet og trygghet for at en spesialsykepleier innehar de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som myndighetene til enhver tid anser som påkrevd.
- Tilgang på helsepersonell er utfordret i alle deler av sektoren, samtidig som krav om spesialisert kompetanse og klinisk fagledelse er en forutsetning for kvalitet i tjenesten. Fremtidens arbeidsdeling vil kreve faglig pasientnær ledelse.
- Omstillinger og modernisering av behandlingstilbudet er stort i årene som kommer. Forskningskompetanse i klinikken er en forutsetning for å lykkes med dette.
- Kravet til sykepleiernes kompetanse hos flere deler av helsetjenesten følger ikke utviklingen innen helseforskningen. Spesialistgodkjenning vil skape forutsigbarhet og transparens om kompetanse i forhold til pasienter, kollegaer og arbeidsgivere.
- Arbeidsgiver definerer krav til spesialsykepleiere, dette medfører ulike kompetansekrav – problematisk jfr. helsepersonelloven og pasientsikkerhetsloven.
- Spesialistgodkjenning vil gi et ledelsesgrunnlag for å vurdere sammenheng mellom kompetanse og oppgaver/faglig ansvarsfelt som ledd i det systemfaglige ansvaret. Det vil også innebære sanksjonsmuligheter ved svikt.
- Vil være en kvalitetssikring knyttet til bruk av vikarer fra utlandet samt hindre uetisk rekruttering
- Det er videre en utfordring at man i RETHOS 3 har valgt å innføre to ulike utdanningsnivåer og ulik sluttkompetanse innenfor samme nasjonale retningslinje. Begge nivåer kvalifiserer i dag for samme yrkesbetegnelse (f.eks. intensivsykepleier, anesthesisykepleier). Dette skiller seg fra de andre personellgruppene som gis autorisasjon eller spesialistgodkjenning basert på en likeverdig sluttkompetanse.
- En utfordring er at en offentlig spesialistgodkjenningsordning vil kreve økt ressursbruk. En fremtidig ordning må derfor være bærekraftig, kunne effektivt avvikle oppgaver innenfor standardiserte format og utvikles fra felles prinsipper/strukturer.

Rekruttere og beholde

- Sykepleiemangelen fører til ny oppgavedeling og behov for avansert kompetanse nært pasienten. ICN rapport viser at karriereveier og selvstendig yrkesutøvelse bidrar til å beholde sykepleiere.
- For å opprettholde bærekraftig og etisk rekruttering må vi satse på karriereveier og utdanning som bidrar til rekruttering blant landets unge.
- Det er noe perverst med et samfunn med utallige mastergrader, men ingen til å ta vare på syke og gamle. Å bygge prestisje rundt de store velferdsoppgavene vil sikre bærekraft for velferdsstaten. Spesialistgodkjenning og fullverdig master for spesialsykepleiere er en helt sentral del av dette.

Hvilke tiltak er relevante?

- Spesialistgodkjenning for alle grupper som gjennomføres av en uhildet, statlig myndighet. På denne måten sikrer helsemyndighetene at tilgangen på spesialister er tilpasset behovene i befolkningen
- Myndighetsansvaret må gjelde hele helsetjenesten. Det betinger at etablering av nytt system, spesialistgodkjenning omfatter både spesialist- og kommunehelsetjenesten

Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?

- Utdanningen skjer i høyere utdanningsinstitusjoner, og utvikles i tett relasjon mellom klinikk og akademia gjennom nasjonale retningslinjer. Utdanning på mastergradsnivå er kvalifikasjonsgrunnlaget.
- Tiltaket følger en trend i spesialisthelsetjenesten der de ulike fagene får spesialistgodkjenning. Det er dermed med på å forsterke tiltak som allerede er satt i verk for andre lignende profesjoner.

Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?

Argumenter for:

- Skape forutsigbarhet og transparens om kompetanse i forhold til pasienter, kollegaer og arbeidsgiver
- Gi et ledelsesgrunnlag for å vurdere sammenheng mellom kompetanse og oppgaver/faglig ansvarsfelt som ledd i det systemfaglige ansvaret.
- Være et verktøy for oppgavedeling og tjenesteutvikling
- Regulere nye rettigheter og plikter
- Bidra til best mulig ressursutnytting, bemanningsplanlegging og rekrutteringsbehov og utdanningskapasitet
- Bidra til å strukturere og gi rammefaktorer for å imøtekomme kravet til den enkeltes faglig ajourhold.
- Sikre dokumentasjon av formell og reell kompetanse på individnivå.
- Sikre system for å vurdere kompetanse til spesialsykepleiere utdannet i utlandet
- Sikre kvalitet og pasientsikkerhet
- Bidra til å regulere kvalifikasjoner og yrkesutøvelse
- Sikre tittelbeskyttelse og en felles utdanningsbakgrunn
- Gir mulighet for administrative reaksjoner ved pliktbrudd (tap av godkjenning)
- Kvalitetssikre etterutdanning for spesialsykepleiere
- Bidra til yrkesstolthet over faget/spesialiteten
- Incitament for økt rekruttering samt å beholde høyt utdannet personell

Argumenter mot:

- Får sykepleiere det, skal alle ha det
 - Vi snakker her om nøkkelpersonell som er av kritisk betydning får drift i helsetjenesten – jfr. pandemien
- Det blir dyrt å administrere

- Hvis spesialistgodkjenning bygger på gjennomført mastergradsutdanning etter nasjonale retningslinjer, tilsvarende system som autorisasjon av sykepleiere, vil ikke ordningen i seg selv bli kostnadskreven (sammenlignet med ordningen for legespesialiteter)
- Ordningen vil sementere yrkesutøvelsen og skape siloer
 - Tydelig kompetanse er det beste grunnlaget for godt teamarbeid og fleksibel bruk av kompetansen på ulike arenaer også på tvers av tjeneste nivåer
- De som er utdannet tidligere vil føle seg lite verdsatt
 - Det må lages overgangsordninger, slik det er gjort i dagen spesialistgodkjenning for sykepleiere i Klinisk Allmennsykepleiere.
 - Da grunnutdanningen i sykepleie ble bachelorutdanning i 2003 ble dette gjort med en lovbestemmelse. Dette har ikke skapt problemer. Skal vi få til endring, løse noen sentrale problemer, vil vi måtte akseptere enkelte utfordringer.
- Dette er bare noe som ønskes for å flutte seg og bli like sære som legene
 - Nei, dette er et helsepolitisk styringsverktøy for å løse reelle utfordringer. At det kan innebære økt yrkesstolthet over faget/spesialiteten og et incitament for økt rekruttering samt å beholde høyt utdannet personell er en positiv sekundær gevinst.

[Mottatt 31. 10.2022 fra Jan Vegard Pettersen, spesialrådgiver, Fag- og helsepolitisk avdeling](#)

Innspill til Hdir på forslag til mulige modeller som kan gi spesialistgodkjenning for sykepleiere

NSF har hatt en bred prosess og forsøksvis vurdering av alle de 5 mulige modellene som Helsedirektoratet har skissert. Vi redegjør først overordnet for våre vurderinger av modellene opp mot samfunnsnytt, ressurser og kvalitet. Deretter går vi mer detaljert inn i hver enkelt modell med utgangspunkt i utredningsinstruksen.

NSFs vurdering av 5 modeller, som kan føre til spesialistgodkjenning for sykepleiere.

De to første modellene ivaretar NSF sitt viktigste utgangspunkt om at spesialistgodkjenningen må ta utgangspunkt i gjennomført fullverdig mastergrad.

NSF mener modell 2 vil gi tjenestene en vesentlig kvalitets heving, men anser den for å treffe dårlig på likhet, samt at vi ikke anser den som bærekraftig gitt behovet for både veiledningsressurser og undervisning i tjenestene. Modell 1 vil være modellen som er enklest å forvalte og som vil gi minst behov for utvikling av nye strukturerer og samtidig inneha de kvalitets dimensjonene en slik ordning bør sikre.

Modell 3 og 4 vil være svært krevende å forvalte, forutsetter nye finansieringssystemer og nye retningslinjer og sluttkompetansebeskrivelser. Modellene vil heller ikke gi tjenestene den drahjelpen det er behov for knyttet til innovasjon og tjenesteutvikling.

Modell 5 vil redusere sykepleierutdanningen til et rent empirisk løp og forventes at blir forkastet etter denne runden.

Samfunnsnytt, ressurser og kvalitet

I kjølvannet av siste innspillsmøte så er det en del momenter vi ønsker å belyse. Retorikken rundt verdien av å legge innslagspunktet for godkjenningen på en vurdering av realkompetanse blir litt misvisende. Realkompetanse er selvsagt svært viktig knyttet til nødvendig kompetanse i tjenestene. Sykepleierutdanningen er lagt opp med om lag 50 prosent teori og 50 prosent praksis. Legene har et annet system basert på mer mester/svenn løp. Det synes å være en drakamp mellom RHFenes ønske om å ta tilbake ansvaret for og definisjonsmakten rundt sykepleie og den utviklingen faget har hatt i høyere utdanning. NSF mener det er uklokt å ikke bygge videre på sykepleie som en del av gradsstrukturen for høyere utdanning, særlig knyttet til samfunnets behov for kunnskapsutvikling rundt velferdssektoren. En reversering i form av avkortning vil hemme den innovasjonen og tjenesteutviklingen vi vet det er behov for om vi skal utvikle nødvendig bærekraft slik at velferdssystemet vårt overlever i kommende tiår.

Et annet sentralt aspekt er at omtrent alle helsepolitiske framskrivninger tilsier at mesteparten av veksten i helse- og omsorgshjelp som gis i årene fremover vil skje i kommunene. Kommunene har i dag ikke forutsetninger for å kunne møte modell 2, 3, 4 og 5. Det er et begrenset antall utdanningsstillinger, og disse gis i hovedsak i spesialisthelsetjenesten.

Modeller som utelukkende tar utgangspunkt i utdanningsstillinger, må også kostnadsberegnes. Våre anslag er at modell 2, 3 og 4 vil koste mer enn en halv mrd. Kroner årlig bare i utdanningsstillinger i spesialisthelsetjenesten. For kommunene vil dette også dreie seg om vesentlige beløp. I tillegg kommer intern undervisning og veiledning som vil binde opp knappe sykepleie- og undervisningsressurser. Det er derfor svært mange gode grunner til at sykepleieløpene fortsatt må baseres på tett samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og tjenestene. Det vil gi bedre bærekraft og bedre kvalitet. I tillegg vil det være mer formålstjenlig knyttet til andre velferdsprofesjoner, som skal vurderes for lignende godkjenningsordninger.

Når det gjelder jordmor, AKS i Allmennsykepleie og mastergradsutdanning innen psykisk helse, rus og avhengighet, så er disse tre utdanningene allerede institusjonalisert som fullverdige mastergrader. Jordmødrene har allerede en autorisasjonsordning på sitt spesialiseringsløp, som vi mener ikke hører hjemme i denne modellutviklingen utover å være noe å trekke veksler på i arbeidet gitt den lange erfaringen myndighetene har i forvaltning av denne. AKS i allmennsykepleie har allerede en spesialistgodkjenning det vil være svært uheldig å redusere innslagspunktet på nå. Tjenestene har i årevis etterspurt den nye psykisk helse og rus kompetansen for sykepleiere som nå er i utvikling. Skal man lykkes med helse og samhandlingsplan er det helt essensielt at denne rollen utvikles. Vi vet at storforbrukere innen disse tjenestene ikke blir prioritert for psykologisk eller psykiatrisk oppfølging, men bruker likevel over 50 prosent av ressursene. Å sikre bedre forløp for denne pasientgruppen enten gjennom samhandlingsmodeller som ACT team, andre ambulante tilbud fra spesialisthelsetjenesten eller i kommunene anslås å redusere behovet for helsetjenester med 20-30 prosent. Det vil derfor være svært uheldig å innføre avkortning eller endre innretting og premisser for dette utdanningsløpet nå.

NSF mener etter en helhetlig vurdering der utredningsinstruksen er lagt til grunn at modell 1 er det klart beste alternativet. Vi mener videre at modell 3 egner seg godt som utgangspunkt for en overgangsordning på 2 år. Det vil gi en enkel og transparent ordning for fremtiden og en overgangsordning som er tydelig, forståelig og som vil favne de som har tydelige

spesialsykepleierroller innen disse gruppene i dagens tjenester. Alle disse gruppene, unntatt jordmor, AKS i allmennsykepleie og mastergrad i psykisk helse, rus og avhengighet har allerede et formalkompetansekrav i tråd med det denne modellen skisserer.

Overordnede svar på spørsmål fra Hdir

1) *Skal modell for spesialistgodkjenning gi alle sykepleiere mulighet for å bli spesialist? (hvis ja, hva er potensielle hindringer?)*

NSF mener:

- Spesialistgodkjenning må omfatte sykepleiere med mastergrad, der fag og profesjon fyller lovpålagte oppgaver, og som regnes som kritisk personell med kompetansekrav satt av myndighetene (jfr. RETHOS 3)
- Sykepleiere med kortere videreutdanninger og faglig fordypning innen mer generelle fagområder omfattes ikke av denne ordningen
- NSF anser det ikke som nødvendig eller bærekraftig at alle sykepleiere skal bli spesialsykepleiere. Det dreier seg om tjenestenes tilgang til nødvendig spisskompetanse innenfor ulike felt for å utfylle sitt sørge for ansvar for befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester.
-

2) *Hva kjennetegner kompetansen til en sykepleierspesialist?*

NSF mener:

En spesialsykepleier er en sykepleier med mastergrad som har avanserte kunnskaper og ferdigheter som muliggjør vurderinger, avgjørelser, og handlingsberedskap i kliniske sammenhenger og helseorganisasjoner. En spesialsykepleier har i tillegg kompetanse til å lede, utvikle og formidle nye behandlingsformer og tjenester. Den samlede kompetansen danner grunnlaget for et handlingsreportoar, som gir spesialsykepleieren mulighet til selvstendig å vurdere risiko og planlegge for eventuelle hendelser, ta egne avgjørelser, samt veilede kollegaer og andre yrkesgrupper.

- Spesialistgodkjenning skal gi nødvendige krav, ansvar og tilsynsmulighet innen allerede etablerte masterutdanningsstrukturer (RETHOS 3).
- Har en funksjon preget av stor grad av selvstendighet og ansvar i pasientbehandlingen.
- Har avansert og inngående kunnskaper og ferdigheter innen sitt spesialfelt og sykepleie generelt, økt endringsevne, informasjonskyndighet, fordypningsevne og samhandlings- og koordinator-kompetanse.
- Har kunnskaper, ferdigheter og kompetanse til å utvikle faget videre, være kritisk til forskning, kunne argumentere faglig, og være kompetent til å initiere, gjennomføre, analysere og presentere forskningsprosjekter innen eget fag.
-

3) *Med utgangspunkt i figuren under ber vi dere vurdere og begrunne hvor dere mener innslagspunktet for spesialistkompetansen er, når er du spesialist?*

NSF mener:

- Etter grunnutdanning/bachelor og en klinisk mastergrad i sykepleie på 120 studiepoeng

Utredningsinstruksen på modellene

Modell 1: Spesialistgodkjenning av sykepleiere med mastergrad i aktuelle fagområde

Overordnet vurdering: Dette mener NSF er det mest realistiske alternativet nå. Vi får utnyttet det gode arbeidet som ligger i RETHOS 3 og utdanningen speiler gradssystemet generelt.

- At det er tydelige og enhetlige krav til innholdet i utdanningen slik at man kan ha en formening om hva spesialsykepleieren kan og hva man kan forvente om kompetanse og ferdigheter.
- NSFs vurdering: Denne modellen svarer best ut dette punktet. Å knytte seg opp mot krav til felles læringsmål i RETHOS 3 gir stor grad av likhet i forventet kompetanse og som da speiler oppgaver og ansvar gitt i tjenestene.
-
- Og at det er klare krav til faglig atferd og faglig arbeid. At det gis anbefalinger og stilles krav i faglige retningslinjer og behandlingsretningslinjer, slik at hvis det kommer en klage så vet aktuelle tilsynsmyndighet hva som skal kunne forventes og hvordan en behandling skal utføres.
- NSFs vurdering: Denne modellen svarer best ut dette behovet.
- Kompetansebeskrivelser i RETHOS III vil være et adekvat utgangspunkt for retningslinjer tilsynsmyndighetene kan ta utgangspunkt i.
-

Aktuelle modeller som blir vurdert må kunne brukes til å angi en felles, identifiserbar sluttkompetanse hos sykepleiespesialist knyttet til aktuelle spesialistområde. I tillegg ønsker vi at foreslåtte modeller vurderes ut fra grad av bærekraft. Bærekraft operasjonaliseres her gjennom:

- Gjennomførbarhet innenfor dagens og fremtidens behov/rammer/ organisering av helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren (veilederkapasitet, gjennomstrømning, praksisplasser, utdanningskapasitet etc.)
- NSFs vurdering: Denne modellen er enklest og mest formålstjenlig å utvikle med utgangspunkt i gjeldende system og den vil også sikre mest likhet og forutsigbarhet for UH-sektor, arbeidsgiver og sykepleier. Den vil også gi den beste muligheten til nasjonal, regional og lokal styring knyttet til tilgang til kompetanse i fremtiden.
-
- Hvordan kompetansen dokumenteres (underveis i utdanningen og ved søknad om spesialistgodkjenning)
- NSFs vurdering: Denne modellen vil sikre mest likhet og transparens jf. at den tar utgangspunkt i felles nasjonale læringsutbyttebeskrivelse og en gradsstruktur som er allment kjent og som har stor legitimitet. Kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse dokumenteres som en kontinuerlig prosess gjennom arbeidskrav, vurdering og praksisstudier under hele studieforløpet.
-
- Forvaltningsbyrde (HF, kommuner, utdanningssektor og statlig forvaltning)
- NSFs vurdering: Dette er helt klart den modellen som vil gi minst økonomiske og administrative konsekvenser. Den vil ikke treffe hele utfordringsbildet per se, men være en ordning for fremtiden som vil kunne gi norsk helsetjeneste helt nødvendig innovasjons- og omstillingskraft. Den vil ikke gi oversikt over dagens spesialsykepleiere eller være egnet

som kvalitetssikring for alle som tar et slikt ansvar i tjenestene per nå (heller ikke utenlandske vikarer). Den vil likevel være en grunnmur for å sikre en bærekraftig velferdsstat i årene fremover.

- Denne modellen er den som i størst grad vil fremme lik kompetanse siden spesialsykepleiere jobber på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten, der tjenestene som tilbys er gradert med tanke på lokal-, sentral- og universitetssykehus.

-

Modell 2: Spesialistgodkjenning av sykepleiere med mastergrad + arbeidserfaring i klinisk utdanningsstilling/ eller ansettelsesforhold hos arbeidsgiver relevant for spesialiteten

Overordnet vurdering: Denne modellen vil gi både UH-sektor og arbeidsgiver hånden på rattet knyttet til utvikling av nødvendige spesialsykepleiere. Den er også den beste med henblikk på kvalitetssikringen på sykepleiespesialistenes kompetanse. Sykepleierspesialistene skal ivareta komplekse og alvorlige tilstander på selvstendig grunnlag i ulike deler av helsetjenestene. Veiledningen vil kvalitetssikre arbeidet og bidra til kompetansestyrking. Nedsiden er at den vil være dyr å forvalte og vanskelig å gjennomføre knyttet til at den forutsetter frigivelse av allerede knappe personellressurser til veiledning/oppfølging etc.

Kandidaten vil være i ordinært arbeid med tittelen spesialsykepleier, i den 2-årsperioden de veiledes. En eventuell kostnad vil kunne være betaling av veileder. Imidlertid kan det etableres en ordning der det inngår at sykepleiespesialister skal veilede en kandidat, dette som del av eget arbeid med å vedlikeholde og utvikle egen kompetanse.

- At det er tydelige og enhetlige krav til innholdet i utdanningen slik at det går an å ha en formening om hva personellet kan og hva man kan forvente om kompetanse og ferdigheter.
- NSFs vurdering: Det vil være behov for forvaltningsressurser og retningslinjer som sikrer at modellen gjennomføres etter nødvendig like nasjonale krav.
-
- Og at det er klare krav til faglig atferd og faglig arbeid. At det gis anbefalinger og stilles krav i faglige retningslinjer og behandlingsretningslinjer, slik at hvis det kommer en klage så vet aktuelle tilsynsmyndighet hva som skal kunne forventes og hvordan en behandling skal utføres.
- NSFs vurdering: Denne modellen vil kreve et utviklingsarbeid knyttet til å gi tilsynsmyndigheter nødvendig grunnlag for å gjøre revisjon knyttet til forventet kompetanse og egnethet knyttet til ansvar mm.

-

- Aktuelle modeller som blir vurdert må kunne brukes til å angi en felles, identifiserbar sluttkompetanse hos sykepleier knyttet til aktuelle spesialistområde.
-
- I tillegg ønsker vi at foreslåtte modeller vurderes ut fra grad av bærekraft. Bærekraft operasjonaliseres her gjennom:
 - Gjennomførbarhet innenfor dagens og fremtidens behov/rammer/ organisering av helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren (veilederkapasitet, gjennomstrømning, praksisplasser, utdanningskapasitet etc.)
 - NSFs vurdering: Denne modellen tar utgangspunkt i dagens gradsstruktur, som gir transparens og sammenlignbarhet. Praksisløpet blir krevende både knyttet til tilgang på knappe ressurser. Det vil også måtte utvikles nye sluttkompetansebeskrivelser og evalueringsformer

-
- Hvordan kompetansen dokumenteres (underveis i utdanningen og ved søknad om spesialistgodkjenning)
- *NSFs vurdering: Denne modellen vil gi den aller beste kompetansen, men være dyrere og mer omfattende å forvalte enn modell 1.*
-
- Forvaltningsbyrde (HF, kommuner, utdanningssektor, statlig forvaltning)
- *NSFs vurdering: Denne modellen tar utgangspunkt i gjeldende strukturer, men vil også kreve nye ordninger og således ressurser i HF kommuner og statlig forvaltning.*
-

Modell 3: Spesialistgodkjenning av sykepleiere med videreutdanning 90 stp + arbeidserfaring i klinisk utdanningsstilling/ eller ansettelsesforhold hos arbeidsgiver relevant for spesialiteten

Overordnet vurdering: Denne modellen krever minst 500 mill. kroner i øremerkede midler til utdanningsstillinger. I dag er det kun få sykepleiere i spesialistløp som har en utdanningsstilling. Med denne modellen må ordningen gjelde alle som er i spesialisering. Ordningen vil også sementere en avkortning og således ikke bygge videre på det gode grunnlaget som ligger i RETHOS 3 eller institusjonalisere det pasientnær forskningsbehovet fremtidens omstillinger vil kreve. Modellen avviker fra internasjonale sammenlignbare gradsstrukturer.

- At det er tydelige og enhetlige krav til innholdet i utdanningen slik at det går an å ha en formening om hva personellet kan og hva man kan forvente om kompetanse og ferdigheter.
- *NSFs vurdering: Denne tar utgangspunkt i nasjonale læringskrav, men det forutsetter utvikling av mål for sluttkompetanse og forvaltningsressurser knyttet til å sikre at løpet for å oppnå spesialiserings kompetansen er lik.*
-
- Og at det er klare krav til faglig atferd og faglig arbeid. At det gis anbefalinger og stilles krav i faglige retningslinjer og behandlingsretningslinjer, slik at hvis det kommer en klage så vet aktuelle tilsynsmyndighet hva som skal kunne forventes og hvordan en behandling skal utføres.
- *NSFs vurdering: Denne modellen gir ikke tilsynsmyndighetene det grunnlaget de trenger per ce. Det må utvikles både retningslinjer og rollebeskrivelser fra statlige helsemyndigheter både til arbeidsgiver som gis et ansvar og som et grunnlag til tilsynsmyndighetene. Modellen er heller ikke bærekraftig; den ivaretar ikke fremtidens kompetansebehov. Sykepleiere med en videreutdanning på 90 studiepoeng mangler det selvstendige arbeidet en mastergrad innebærer, og vil mangle en viktig erfaring og operasjonalisering av sin kompetanse innenfor faget. De vil i for liten grad vil ha kunnskap og ferdighet til å utvikle faget videre, vurdere forskning, og være kompetent til å initiere, gjennomføre, analysere og presentere forskningsprosjekter innen eget fag. NSF mener derfor at sykepleiere som avslutter utdanningen etter 90 studiepoeng ikke ivaretar tjenestenes kompetansebehov – eller pasientenes behov for kompetanse i tjenestene i tilstrekkelig grad.*

Aktuelle modeller som blir vurdert må kunne brukes til å angi en felles, identifiserbar sluttkompetanse hos sykepleier knyttet til aktuelle spesialistområde. I tillegg ønsker vi at foreslåtte modeller vurderes ut fra grad av bærekraft. Bærekraft operasjonaliseres her gjennom:

- Gjennomførbarhet innenfor dagens og fremtidens behov/rammer/ organisering av helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren (veilederkapasitet, gjennomstrømning, praksisplasser, utdanningskapasitet etc.)
- *NSFs vurdering:* Denne modellen krever utvikling av strukturer utenfor dagens system, både i HF og kommuner, samt knyttet til UH-sektoren. Det er også tvilsomt om den er egnet som mal overfor andre utdanninger som skal vurderes for en slik godkjenning.
-
- Hvordan kompetansen dokumenteres (underveis i utdanningen og ved søknad om spesialistgodkjenning)
- *NSFs vurdering:* Modellen vil kreve vesentlig med ressurser hos statlige helsemyndigheter for å sikre lik praksis i utdanningsløpene og forsvarlig vurdering av sluttkompetanse. Den vil også være mindre fleksibel for endringer i tråd med at kompetansebehovene i tjenestene endrer seg.
-
- Forvaltningsbyrde (HF, kommuner, utdanningssektor og statlig forvaltning)
- *NSFs vurdering:* Modellen vil kreve egne systemer hos alle aktører og vesentlig flere styrings- og rapporteringshjul. Den vil kreve eget finansieringshjul både knyttet til kommuner og HF med påfølgende rapporteringer gjennom statsforvalter eller i årlig melding.

Modell 4: Spesialistgodkjenning av sykepleiere der utdanningen foregår i klinikk

Overordnet vurdering: Denne modellen vil kreve helt nye strukturer, kompetansebeskrivelser og styringshjul, som ikke harmoniserer med dagens gradsstruktur. Det vil være krevende å sikre likhet i sluttkompetanse og modellen kan fort bli mye dyrere i sum enn antatt og således lite bærekraftig sammenlignet med verdier tilført tjenestene. Modellen vil undergrave dagens struktur for utdanning.

- At det er tydelige og enhetlige krav til innholdet i utdanningen slik at det går an å ha en formening om hva personellet kan og hva man kan forvente om kompetanse og ferdigheter.
- *NSFs vurdering:* Denne modellen vil kreve mye ekstra systemer for å sikre lik praksis og lik sluttkompetanse.
-
- Og at det er klare krav til faglig atferd og faglig arbeid. At det gis anbefalinger og stilles krav i faglige retningslinjer og behandlingsretningslinjer, slik at hvis det kommer en klage så vet aktuelle tilsynsmyndighet hva som skal kunne forventes og hvordan en behandling skal utføres.
- *NSFs vurdering:* Jf punkt over modellen gir et dårlig utgangspunkt for tilsynsmyndighetene

Aktuelle modeller som blir vurdert må kunne brukes til å angi en felles, identifiserbar sluttkompetanse hos sykepleiere knyttet til aktuelle spesialistområde.

Innspill til Hdir på forslag til mulige modeller som kan gi spesialistgodkjenning for sykepleiere

I tillegg ønsker vi at foreslåtte modeller vurderes ut fra grad av bærekraft. Bærekraft operasjonaliseres her gjennom:

- Gjennomførbarhet innenfor dagens og fremtidens behov/rammer/ organisering av helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren (veilederkapasitet, gjennomstrømning, praksisplasser, utdanningskapasitet etc.)
- *NSFs vurdering: Modellen vil kreve helt nye utdanningsstrukturer og det må utvikles et helt nytt system for veiledning og praksis. Den vil også kunne bidra til mindre tilgjengelig sykepleierkompetanse i tjenestene fremover.*
-
- Hvordan kompetansen dokumenteres (underveis i utdanningen og ved søknad om spesialistgodkjenning)
- *NSFs vurdering: Jj beskrivelse over. Modellen vil kreve mye forvaltning, kontroll og administrasjon.*
-
- Forvaltningsbyrde (HF, kommuner, utdanningssektor og statlig forvaltning)
- *NSFs vurdering: Dette er helt klart den modellen som vil gi mest forvaltning hos alle parter og som vanskelig vil svare ut verken kompetansebehovet fremover eller sikre bærekraft.*
-

Modell 5: (Klinisk vei) BA sykepleie, eventuelt klinisk erfaring som sykepleier Bred og omfattende dokumenterbar, klinisk erfaring som spesialsykepleier, minimum 5 år (dokumenterer sentrale ferdigheter og generell kompetanse) Nasjonal kunnskapsprøve for å dokumentere sentral kunnskap tilsvarende påkrevd utdanning spesialist.

Overordnet vurdering: Modell 5 vil som modell 3 og 4 kreve en del mer forvaltning. Modellen anses som totalt urealistisk da den reduserer sykepleie til kun å være basert på empiri. Modellen bør forkastes allerede nå.

Overgangsordninger

Helsedirektoratet skisserer to ulike modeller for denne gruppen:

- Realkompetansevurdering som kan gjøres gjennom en nasjonal eksamen. Innholdet i nasjonal eksamen bør utvikles i et tett samarbeid mellom UH-sektoren, HFene og kommuner og bør teste kandidatenes kliniske og akademiske ferdigheter. Bestått nasjonal eksamen danner grunnlag for spesialistgodkjenning for denne gruppen.
- Realkompetanse – legges som oppgave hos f.eks. aktuelle arbeidsgivere
-
- *NSFs vurdering: Bestått nasjonal eksamen må være utgangspunktet for en overgangsordning i tillegg til en formell kompetanse som er tilnærmet kravene i valgt modell. Det aller viktigste er likevel at det utvikles en god modell for fremtiden og ikke at alle som i dag er spesialsykepleiere skal få en spesialistgodkjenning. NSF mener modell 1 er best egnet som utgangspunkt for en nasjonal godkjenningsordning, imens rammen for modell 3 vil være godt egnet for en overgangsordninger i en gitt tidsperiode. Samlet vil dette også gi myndighetene den oversikten over spesialsykepleiere det er stort behov for jf. Beredskap, planlegging etc.*

Innspill på Utredning av spesialistgodkjenning for spesialsykepleiere

NSF takker for muligheten for å komme med innspill i prosessen med å utvikle modeller for spesialistgodkjenning for spesialsykepleiere. Norsk Sykepleierforbund (NSF) mener modell 1 ivaretar NSF's vurdering av at mastergrad på 120 studiepoeng må ligge til grunn for spesialistgodkjenning.

Definisjonen av spesialsykepleier med spesialistgodkjenning stemmer godt overens med hva NSF mener ligger til kompetansenivå og kvalifikasjoner. Samtidig mener vi at det er viktig at man er konsekvent i begrepsbruk på kompetansen, da det i dokumentet brukes både spesialsykepleier, spesialistsykepleier og sykepleierspesialist. Spesialsykepleier er en etablert tittel som vi mener bør bestå selv om spesialsykepleiere med mastergrad får spesialistgodkjenning. Dersom titler endres, vil man skape et nytt hierarki med spesialsykepleiere og sykepleierspesialister/spesialistsykepleiere innen profesjonen. NSF mener at fremtidens spesialsykepleier har mastergradskompetanse og ser derfor ikke hensikten med å ha ulike titler, selv om det i en periode vil være spesialsykepleiere med og uten spesialistgodkjenning.

NSF mener også at definisjonen gjerne kan samsvare med læringsutbyttebeskrivelsene i RETHOS 3 hvor kompetansen vurderes ut fra kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Da modell 1 legger mastergradsutdanning til grunn for spesialistgodkjenning kan ordlyden med fordel samsvare med retningslinjene for mastergradsutdanning innen de ulike fagfeltene i RETHOS 3.

Utfra definisjonen mener NSF at sluttkompetansebeskrivelsen som ligger i mastergradsløpene (120 stp) for utdanningene i RETHOS 3 er grunnlag for spesialistgodkjenning sin helhet, og at det ikke vil være nødvendig å ha egne beskrivelser for yrkeserfaring eller en egen nasjonal eksamen for de ulike fagfeltene da begge elementer allerede ligger i definert sluttkompetanse i forskriftene for utdanningene.

Vi viser til tidligere innspill der vi er tydelig på at modell 1 vil være den som vil gi minst økonomiske og administrative konsekvenser, være mest fremtidsrettet og kostnadseffektiv, gi mest likhet i tjenestetilbudet, sikre samarbeid mellom UH-sektor og tjenester knyttet til riktig kompetansebehov, være best egnet for å møte behovene både i kommuner og sykehus, samt sikre nødvendig innovasjon og tjenesteutvikling for fremtiden. I tillegg så mener vi denne modellen legger fint til rette for automatiserte godkjenningsordninger og effektiv saksbehandling hos myndighetene.

Vi mener videre at modell 2 er en gullstandard, som ville være særlig egnet innenfor noen disipliner som for eksempel master i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet og helsesykepleie. Vi mener videre at man nå må gå for en modell som i utgangspunktet er lik for alle grupper og heller utvikle siden i tråd med endrede behov i tjenestene.

Videre vil vi svare ut spørsmålene knyttet til de ulike modellene:

Modell 1: AKS-modellen: mastergrad = spesialistgodkjenning

Denne modellen vil kreve de samme rammebetingelser som spesialistgodkjenning for AKS-allmenn i dag, og den klart mest kostnadseffektive av de foreslåtte modellene da kompetansevurderingen ligger til UH-sektoren i definerte sluttkompetansebeskrivelser for

mastergradsutdannede spesialsykepleiere. Dette sikrer også at alle uteksaminerte spesialsykepleiere har et nasjonalt likeverdig faglig nivå, og gir dermed en forutsigbarhet for både arbeidsgiver og sykepleier.

Modell 2: mastergrad + klinisk virke innenfor aktuelle spesialitet = spesialistgodkjenning

Denne modellen vil kreve behov for veilederkompetanse og økte ressurser i tjenestene for å gjennomføres. Veiledningen vil kvalitetssikre arbeidet og bidra til kompetansestyrking. Nedsiden er at den vil være dyr å forvalte og vanskelig å gjennomføre knyttet til at den forutsetter frigivelse av allerede knappe personellressurser til veiledning/oppfølging etc.

Kostnadene vil være i form av kompetanseutvikling av veiledere i tjenestene, lønnskompensasjon for veiledning, økt behov for personellressurser i tillegg til administrative ressurser hos myndighetene.

Fordelene med modellen vil være at den sikrer at kompetansen til en spesialsykepleier er på et avansert klinisk nivå, hvor kandidaten har bred erfaring og veiledning fra praksis. Forutsagt at spesialistløpet gjennomføres enhetlig nasjonalt. Modellen er kostnadskrevende både i tjenestene og for myndighetene. Den vil kreve større administrative ressurser fra myndighetene til saksbehandling, det vil derfor være behov for utredning av kostnader knyttet til godkjenningsprosess.

Modell 3: Godkjenning av utdanning med færre enn 120 studiepoeng

Denne modellen krever minst 500 mill. kroner i øremerkede midler til utdanningsstillinger. I dag er det kun få sykepleiere i spesialistløp som har en utdanningsstilling. Med denne modellen må ordningen gjelde alle som er i spesialisering. Ordningen vil også sementere en avkortning og således ikke bygge videre på det gode grunnlaget som ligger i RETHOS 3 eller institusjonalisere det pasientnær forskningsbehovet fremtidens omstillinger vil kreve. Modellen avviker fra internasjonale sammenlignbare gradsstrukturer.

Modellen er også særskilt tilpasset spesialisthelsetjenestens behov da kommunehelsetjenesten ikke har utdanningsstillinger i dag.

Modell 4: Nasjonal eksamen.

Yrkespraksis kan ikke erstatte den kunnskapsbyggingen som foregår gjennom teoristudier og veiledet praksis. Veiledet praksis er nødvendig for å integrere teori og praksis, utvikle identitet og faglig fundament som spesialsykepleiereier.

Vi mener denne modellen vil bli svært dyr da tjenestene lokalt må legge til rette for mange ulike varianter av undervisning, veiledning og oppfølging. Den vil også vanskelig kunne svare ut behovet for lik sluttkompetanse da nasjonal eksamen egner seg dårlig til å teste kunnskap på dette nivået.

Man kan ikke favne det samlede kunnskapsgrunnlaget fra arbeidserfaring gjennom en teoretisk eksamen, med krav om læringsutbytter på avansert nivå. Nasjonal eksamen vil være ressurskrevende både å organisere, gjennomføre og kvalitetssikre.

NSF mener fem års yrkeserfaring som spesialsykepleier og nasjonal eksamen kan være aktuelt for en overgangsordning på to år før modell 1 gjenstår som eneste modell.

Avslutning

Vi viser til tidligere innspill der vi har gitt mer utfyllende kommentarer knyttet til økonomiske og administrative konsekvenser av ulike modellene. Vi har også i større grad vurdert samfunnsnyttene i tidligere innspill. Vi har tidligere beskrevet hvordan modell 3 og 4 vil bidra til et vesentlig dårligere utdanningsløp enn det som eksisterer i dag. For jordmødre, AKS i allmennsykepleie og masteren innen psykisk helse og rus, så vil modell 3 og 4 være enn vesentlig forringing av den kvaliteten disse utdanningene har i dag jmf. RETHOS 3. Jordmødre har en dobbelt autorisasjon i dag og begge jordmor organisasjonene uttrykker at de er bekymret for at denne utredningen vil bidra til å endre noe som fungerer godt i dag.

Når det gjelder mulige overgangsordninger så viser vi til tidligere innspill der vi mener at modell 3 egner seg godt som overgangsordning for en modell 1. Overgangsordninger er ikke en del av dette oppdraget, men vi anser at modell 1 vil være det beste alternativet for å utvikle enkle, transparente og kostnadseffektive ordninger som favner dagens grunnfjell av spesialsykepleiere. NSF har tidligere tilbudt å stille med rådgivende ressurser knyttet til arbeidet som må rigges med en spesialistgodkjenning jmf. arbeidet med AKS allmenn. Dette vil vi også tilby helsemyndighetene knyttet til en spesialistgodkjenning for disse gruppene.

Innspill fra arbeidsgivere

KS

[Mottatt 2. 12.2022 Marit Roxrud Leinhardt, avdelingsdirektør, Arbeidsgiverpolitikk](#)

Innspill til Helsedirektoratets oppdrag om å utrede ulike modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper

KS viser til tidligere innlegg gitt under de muntlige innspillsmøtene 4. og 26. oktober, samt dialogen mellom Helsedirektoratet og KS den 22. november, og takker for muligheten til å komme med ytterligere betraktninger til arbeidet med de ulike modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper.

KS er av den oppfatning at det er for tidlig å mene noe om konkrete modeller på nåværende tidspunkt. Slik vi ser det, bør det først foreligge et bedre grunnlag, som kan gi en god begrunnelse for at offentlig spesialistgodkjenning er det riktige virkemiddelet, gitt det som ønskes oppnådd. KS mener det bør jobbes langt mer med formålet, behov og konsekvenser med nye spesialistgodkjenninger for flere yrkesgrupper, før eventuelt ulike modeller, med tilhørende struktur, organisering og innhold kan skisseres.

Offentlig spesialistgodkjenning er et sterkt virkemiddel fra helsemyndighetene. Å etablere og vedlikeholde flere ordninger vil kreve store ressurser. Nasjonale myndigheter må bruke ressurser, og ikke minst, kommunene må gjøres i stand til å ivareta stadig flere og større oppgaver i forbindelse med spesialist-/utdanningsløp.

Vi stiller i tillegg spørsmål ved om det i det hele tatt, for kommunal sektor, er riktig virkemiddel å etablere flere spesialistgodkjenninger enn den vi har for avansert klinisk allmennsykepleie.

Vi ønsker å formidle noen av de betenkelighetene og spørsmålene vi har til oppdraget:

- Helsedirektoratet har avgrenset utredningen til ikke å ha oppmerksomhet på rekrutteringsutfordringer. Det er likevel umulig å overse det faktum at allmennsykepleiere er den yrkesgruppen flest kommuner har utfordringer med å rekruttere og beholde. Helseforetakene har også rekrutteringsproblemer.
- Er det formålstjenlig å innføre nye spesialistgodkjenninger når vi vet at helse- og omsorgstjenestene er nødt til å finne nye måter å organisere og dele oppgaver på? En mulig konsekvens av for «spisse» spesialiteter er redusert mulighet til fleksibilitet og god bruk av ressurser. Det kan oppstå monopol/revirer som kan bidra til at hensiktsmessig oppgavefordeling blir vanskeligere.
- Kommunene trenger gode, fleksible og praksisnære videreutdanningstilbud. Hvis nye spesialistgodkjenninger basert på mastergrader får mye oppmerksomhet i UH-sektoren er vi bekymret for at det kan fortrenge videreutdanning/fordypning som ikke gir mastergrad. Her er det viktig å vurdere hvilke incentiver UH-sektoren får ved eventuelle flere spesialister.
- En utvikling i retning av flere offentlig godkjente sykepleierspesialiteter kan føre til en uheldig konkurranse mellom kommuner og helseforetak, i tillegg til konkurransen mellom kommuner. Spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester har ulike roller, og det er rimelig å anta at offentlig spesialistgodkjenning i høy grad vil bli en karrierevei inn i sykehussektoren. Dette vil verken sykehus eller kommuner være tjent med, da god og helhetlig helse- og omsorgstjeneste er avhengig av tilstrekkelig kvalifisert personell i begge sektorer. Hvis det mangler sykepleiere i kommunene vil sykehusene berøres av dette, og omvendt.
- Kommunene mangler veilederressurser til sykepleiere i grunnutdanningen i dag. Denne utfordringen blir større hvis kommunene får en større rolle i framtidige nye spesialistløp.

KS viser ellers til tidligere innlegg fra KS gitt under innspillsmøtene, hvor vi har skissert noen hindringer og konsekvenser, samt behov for fleksible, praksisnære og desentraliserte videre- og etterutdanningstilbud.

Helse Midt-Norge RHF

[Mottatt 21.10.2022 fra Ruben Angel, Kst. Utdanningssjef](#)

Vi takker for interessant første innspillsmøte rundt spesialistgodkjenning innen sykepleie. Nedenunder er våre innledende refleksjoner i fagmiljøer og basert på det om kom fram i møtet 4. oktober. Beklager at innspillet kommer litt sent.

Jeg har et behov for å ramme inn innspillene. I motsetning til AKS, som ble etablert som ren mastergrad og med relativt klare føringer knyttet til formålet med spesialistgodkjenning, må vi for de eksisterende spesialutdanningene ta et annet utgangspunkt. Det er en rekke uavklarte spørsmål rundt dette som kanskje ikke er direkte knyttet til eventuelt framtidige modeller som jeg er litt usikker på om blir fanget opp i prosessen. Det er svært viktig å være klar over at disse kliniske utdanningene er av stor betydning for driften av spesialavdelingene i sykehusene, og det må være en bevissthet rundt å unngå at man foreslår modeller som etablerer «A og B-lag» uten realistiske muligheter for etterkvalifisering for de som ønsker det.

Samtidig må spesialistgodkjenning innebære en reell merverdi i kvalitet også for sykehusene og pasientene. Dette er det ikke nødvendigvis enkelt å balansere.

Vi tar utgangspunkt i at offentlig spesialistgodkjenning for spesialsykepleiere skal være noe annet enn autorisasjon, at ordningen skal være framtidsrettet og med samme ambisjoner til kvalitet og utvikling av tjenestene som i dag. På denne bakgrunn mener vi at modellen for spesialistgodkjenning bør inneholde følgende elementer:

Elementer i modell for spesialistgodkjenning som kan underbygge formålet pasientsikkerhet, kvalitet og tillit

- Spesialistgodkjenning bør knyttes til spesifikke *kliniske* roller/funksjoner i tjenesten og som har et definert kompetansebehov.
- Spesialistgodkjenning bør være framtidsrettet og bør i første omgang knyttes til de mest avanserte kliniske rollene/funksjonene.
- Spesialistgodkjenningen bør som hovedregel bygge på kvalifisert og godkjent kompetanse, dvs gjennomført 120 studiepoeng masterutdanning i tråd med Rethos 3.
- De siste 30 studiepoengene/masteremnet skal bidra til at tjenestene er kunnskapsbaserte og innovative.
- Det skal være dialog mellom tjenester og UH for å sikre at de masterutdanningene som fører fram til spesialistgodkjenning er i tråd med tjenestenes kompetansebehov.
- Det må etableres et bærekraftig system for sertifisering og resertifisering som også kommuniserer internasjonalt.

Til videre diskusjon:

- Dersom den spesifikke kliniske rollen/funksjonen er mer avansert enn den sluttkompetansen man har fått godkjent etter 120 studiepoeng, vil man i tillegg kunne kreve relevant dokumentert klinisk erfaring/kompetanse for å bli klinisk spesialist.
 - Dette gjøres som kjent allerede i dag, hvor man kan se infrastrukturen rundt spesialistutdanningen av leger (definerte læringsmål, læringsaktiviteter mm utover grunnutdanningen). Vi understreker for ordens skyld at vi ikke mener dette skal fungere som erstatning for, men komme i tillegg til, formell kompetanse fra utdanningsinstitusjonene.
 - En mulighet er å definere felles læringsmålsplaner i spesialisthelsetjenesten, med definerte læringsaktiviteter og læringsarenaer.
 - Dette vil særlig bli aktuelt dersom UH i framtiden ikke honorerer yrkeserfaring ved opptak til de mest kliniske og avanserte masterutdanningene.
- Summen av antall relevante yrkesaktive år og studieår/poeng etter fullført bachelorgrad bør vurderes.
 - Det må i så fall utarbeides klare kriterier for dette. Dette kan gi noen flere alternativer hvor både omfattende yrkeserfaring samt tidligere studier på masternivå og/eller 120 poeng masterutdanning kan danne grunnlag for spesialistgodkjenning.

[Mottatt 18.11.2022 fra Ruben Angel, Kst. Utdanningssjef](#)

Takk for tilsendt utkast til rapport. Av tidshensyn sender vi noen korte betraktninger pr. epost, som du nok har registrert er de fleste helseregionene ganske samkjørte rundt de modellene som har vært diskutert og beskrevet så langt.

Først litt småprik: Begrepsbruken bør standardiseres. Yrkeserfaring når man snakker om klinisk erfaring fra en stilling, praksis/praksisstudier når man snakker om utdanningsløpene («Yrkespraksis» er tvetydig). Vi ser ikke at «desentrale/fleksible utdanninger» (så viktig som det enn er) hører hjemme i denne utredningen.

Modell 1: Vi prioriterer ikke å gi innspill på denne. Som nevnt i flere omganger vil vi ikke kunne stille oss bak en modell som legger opp til spesialistgodkjenning uten relevant yrkeserfaring, og av hensyn til utviklingen i UH-sektoren vil det bærekraftige her være å legge dette kravet i etterkant av den formelle utdanningen.

Modell 4: Tilsvarende gir vi ikke innspill på denne. Det vil ikke være framtidsrettet eller forenlig med spesialiststatus å basere denne på en nasjonal eksamen alene. Videre vil det være svært krevende mtp. kostnader, vurdering og logistikk.

Modell 2: Av de modellene som er beskrevet er det denne som i størst grad ivaretar faglige hensyn og legger til rette for en framtidsrettet ordning.

- Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?
- Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for din sektor? (f.eks. lønnskostnader, økte tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)
 - *Det er vanskelig å vurdere gitt tiden vi har til rådighet, men vi antar den vil presse lønnskostnadene opp, og den vil kreve økt veiledning og fokus på delæringsmålene som skal oppnås etter gjennomført utdanning.*
- Hva er fordelene ved denne modellen?
 - *Kravene vil være tydelige og lett forståelige. Modellen sikrer relevant klinisk yrkeserfaring uavhengig av opptakskrav til utdanningen.*
- Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?
 - *Det er en relativt begrenset gruppe av dagens spesialsykepleiere som vil kunne oppnå spesialistgodkjenning uten å skulle ta formelle påbygg i utdanningen sin.*

Modell 3: Vi velger å tolke denne modellen som en **variant** av modell 2, altså at det også for denne modellen ligger inne en forutsetning om yrkeserfaring etter gjennomført utdanning. Det fremgår ikke entydig fra teksten om det er det dere har ment (dersom det ikke er tilfelle er vårt syn at modellen ikke er holdbar, av samme hensyn som for modell 1 & 4).

- Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?
 - Kan utvidet yrkespraksis kompensere for kortere utdanning?
 - *Ja, men bare inntil et visst punkt.*
 - *Vi mener at søkere med sykehusinterne kurs og lang klinisk kompetanse ikke kan omfattes av ordningen direkte. Som minimum må det ligge 90 studiepoeng til grunn på masternivå. (Vi nevner at det tidligere var mulig å få godskrevet sykehusintern utdanning som 60stp., i alle fall ved NTNU. Det bør sjekkes om dette fortsatt er en mulighet)*
 - *Vi vurderer at de som i dag arbeider som spesialsykepleiere og som ikke har utdanning i regi av UH-sektoren er i en aldersgruppe som gjør at disse antageligvis vil ha få insentiver til å ta formell videreutdanning nå. Vi antar at flertallet av denne gruppen gjennomførte slik sykehusintern utdanning for over 20 år siden,*

og derfor har 10-15 yrkesaktive år igjen i arbeidslivet. Det kan imidlertid være forskjeller mellom regioner og HF her.

- Bør UH-sektoren tilby "påbygg" opp til 120 studiepoeng?
 - *Ja. Det gjør mange av UH-institusjonene allerede.*
- Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for deres sektor? (f.eks. lønnskostnader, økt tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)
 - *I hovedsak de samme som for modell 2.*
- Hva er fordelene/gevinstene ved denne modellen?
 - *Den vil favne bredere enn modell 2 og gjøre det mulig for flere spesialsykepleiere å oppnå spesialistgodkjenning.*
- Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?
 - *Det kan være mer krevende for alle parter å holde styr på kravene som gjelder.*

Bør det være et krav om klinisk erfaring de siste 5 årene? (og «spesielt for jordmødre»)

Ja. Forslagene er et fornuftig utgangspunkt (men igjen: sjekk språkbruk; praksis -> yrkeserfaring)

Helse Vest RHF

[Mottatt 15.02.2023 fra Hilde Brit Christiansen, Direktør medarbeider, organisasjon og teknologi](#)

Vi har justert i vedlagte dokument. For øvrig gir vi våre tilbakemeldinger i tråd med et godt dialogmøte med dere mandag denne uken. Jeg forstod at det var denne måten dere ønsket tilbakemeldingen på.

Helse Vest legger til grunn følgende:

- Det må i tråd med foretakens behov legges vekt på generalistkompetanse. En økning i antall videreutdanninger og deretter spesialistgodkjenning kan med stor sannsynlighet legge vesentlige begrensninger på muligheten for å utnytte de faglige ressursene på en best mulig måte. En stadig økning av flere videreutdanninger med master for alle, og i tillegg en spesialistgodkjenning er ikke ønskelig. Helse Vest holder fast ved videreutdanning med mulighet for å bygge på til master.
- Vi er sterkt bekymret for endringer som nå synes å gjennomføres av UH sektoren der det blir lagt opp til opptak til videreutdanning uten krav til relevant praksis. Helseforetakene skal møte sine behov, inngå utdanningsavtaler med aktuelle kompetente medarbeidere. Vi ser allerede nå at foretakens kandidater kan fortrenses av andre. Helse Vest er bekymret for hva dette kan innebære på sikt, hvem som blir faktisk arbeidsgiver for de som utdannes, ref. muntlig orientering i dialog med Hdir.
- Det er også viktig å ivareta de medarbeidere som i dag har spesialsykepleierutdanning. Det er disse som både gir daglig rettleiing og veiledning i hovedpraksisperiodene. Det er disse som er fundamentet for høy faglig kvalitet og erfaring. De har lang erfaring og har bygget kompetanse gjennom flere steg i sin yrkeskarriere. Vi understreker at vurderinger som legges frem for HOD må understreke at disse ikke på noen måte må «avskiltes». De er svært

viktige ressurser for helseforetakene. Dersom en tenker at en kan oppnå spesialistgodkjenning uten vesentlig erfaring før videreutdanning og etter fullført videreutdanning, vil det kliniske faglige pasientnære fortrenses.

- Uten tildelte studieplasser til foretakene/kvoter mener vi samordnet opptak kan bidra til at foretakene ikke får dekket sine behov. Vi viser i den sammenheng til muntlig dialog i møtet.
- Helse Vest vil sammen med helseforetakene legge til grunn at studenter som skal gjennomføre hovedpraksisperioder under sin utdanning må ha tilstrekkelig klinisk erfaring for å få tildelt praksisperiode i helseforetakene. Helseforetakene skal ivareta sitt utdanningsansvar, men skal også ivareta kvalitet, pasientsikkerhet og et godt og trygt arbeidsmiljø. Dette vil bli varslet til UH sektoren på Vestlandet.
- Kandidatmåltall, antall studenter, utdanningsstillinger er ikke tilstrekkelig beskrevet, side 38, dette må beskrives nærmere og riktig. Kandidatmåltall er grunnlaget for finansiering av UH sektoren. Behovene i helseforetakene og kommunehelsetjenesten må gjenspeiles bedre i sammenheng med hovedpraksisperioder. Helseforetakene inngår avtaler med kvalifiserte medarbeidere som en ønsker skal ta videreutdanning. Det er ikke utdanningsstillinger, men det inngås avtaler for videreutdanning med den enkelte for avtalt videreutdanning. Det foreligger ingen sentral/nasjonal dimensjonering av utdanningsstillinger. Vi anbefaler at disse beskrivelsene må gjennomgås før rapporten beskriver de faktiske forhold.
- Dagens spesialsykepleiere som har videreutdanning og lang erfaring må ivaretas. Vi stiller spørsmål hvordan disse kan kvalifisere seg videre til eventuelt master for dem det kan være aktuelt å velge en akademisk karriere. Samarbeidsorganet for utdanning i Vest har kartlagt UH sektorens behov for fremtidig faglig kapasitet. Fremtidens løsninger og beskrivelser må ikke låse mulighetene for livslang læring og utvikling. Vi viser også til vårt innspill til HOD vedrørende Akutt og mottakssykepleie. Vi mener det er tid for å tenke nytt for videreutdanning også for sykepleiergruppen. Rethos er gode beskrivelser av læringsmål mv.

Det har vært kort tid til å gi innspill til justeringer etter mandagens dialogmøte, som medfører at dere får tilbakemeldingen i stikkordsform.

[Mottatt 21.11.2022 fra Hilde Brit Christiansen, Direktør medarbeider, organisasjon og teknologi](#)

På grunn av korte frister har vi ikke hatt anledning til å gjennomføre dialog og prosesser sammen med helseforetakene. Vi viser i denne saken også til spørsmål om akutt- og mottakssykepleie mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet. Vi vedlegger vårt svar til HOD. Hensikten er å påpeke retning og vurderinger som er gjort i Helse Vest. Saken om akutt- og mottakssykepleiere er like relevant for flere videreutdanninger.

Dette innspillet vil også bære preg av korte oppsummeringer og vil ikke være så utfyllende som vi burde fått anledning til. Vi håper direktoratet også sender et utkastet som planlegges sendt til HOD for en siste mulighet for innspill før det oversendes HOD. Dette vil være svært viktig i forhold til forankring og eventuelt senere beslutning/støtte til saken.

[TB2022-53 Utrede spesialistgodkjenning for sykepleiergrupper](#)

Helsedirektoratet takker for alle gode innspill i prosessen med å utvikle forslag til modeller som kan føre til spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper. Helsedirektoratet har, basert på innspill fra aktørene, laget et utkast til beskrivelse av det som kan kjennetegne en norsk spesialistsykepleier:

"Kompetansen til en sykepleier som kan kalle seg en spesialist i sitt fag kjennetegnes av at sykepleier har sykepleiefaglig kunnskap og ferdigheter på avansert nivå. Dette omfatter både teoretisk og klinisk

relevant kompetanse innenfor den aktuelle spesialiteten. En spesialist er en reflektert og selvstendig utøver av sitt fag som baserer sine kliniske vurderinger, prioriteringer og tiltak på best mulig praksis. En sykepleierspesialist tar et særskilt ansvar for at behandlingen er av høy faglig kvalitet og bidrar til kontinuerlig fagutvikling og forskning innenfor fagfeltet. Ivaretagelsen av pasientsikkerhet og implementering av nye prosedyrer/rutiner på bakgrunn av den medisinske utviklingen er naturlig arbeidsoppgaver. En sykepleiespesialist bidrar til at helsetjenesten organiseres på en hensiktsmessig måte, ressursene utnyttes effektivt og det er god samhandling på tvers av ulike organisatoriske nivåer og sektorer. En spesialist tar tydelig ansvar for ledelse av eget fag og flerfaglig team som er involvert i pasientbehandlingen. I tillegg har og tar en sykepleiespesialist et særskilt ansvar for at veiledning av studenter, kollegaer, pasienter og pårørende er av høy faglig kvalitet, og at anerkjente og forskningsbaserte modeller benyttes.

Samsvarer denne definisjonen med deres oppfatning av kompetansenivå og kvalifikasjoner for norsk spesialistsykepleier?

Kommentarer fra Helse Vest

Formuleringene som er gitt over griper vesentlig inn i hvordan oppgaver gjennomføres og fordeles mellom team av medarbeidere. Dersom definisjonen som er vist over skal gjenspeile hvordan driften og fordelingen av oppgaver i fremtiden kan være basert på inndeling av kompetanse og erfaring, etablerer en her enda et nytt nivå for sykepleiergruppene. Sykepleiere med lang erfaring og eller videreutdanning har ulike roller og oppgaver. Det er det samlede teamets kompetanse og ferdigheter som i et godt samspill skal bidra til høy faglig kvalitet, pasientsikkerhet og et godt arbeidsmiljø. Å stykke opp og spesifisere ytterligere hvilke roller og oppgaver som kan tillegges ulike nivå av sykepleiere kan bidra til å begrense- og skape ytterligere siloer. En tillegger her en fremtidig gruppe sykepleiere et ansvar og posisjon som tilhører det organisatoriske systemansvaret:

En sykepleiespesialist bidrar til at helsetjenesten organiseres på en hensiktsmessig måte, ressursene utnyttes effektivt og det er god samhandling på tvers av ulike organisatoriske nivåer og sektorer.

Helseforetakene har for mange enheter etablert roller som fagutviklingssykepleiere:

En sykepleierspesialist tar et særskilt ansvar for at behandlingen er av høy faglig kvalitet og bidrar til kontinuerlig fagutvikling og forskning innenfor fagfeltet. Ivaretagelsen av pasientsikkerhet og implementering av nye prosedyrer/rutiner på bakgrunn av den medisinske utviklingen er naturlige arbeidsoppgaver.

Vi mener det må være **kompetansenivå og kvalifikasjoner** som skal gjenspeiles i definisjonen. Det blir her tillagt en vesentlig beskrivelse av roller og oppgaver. Det vil gripe inn i helseforetakenes ansvar; organisere, lede og fordele ansvar og oppgaver. Det anbefales at definisjonen blir vurdert ut fra hensikten med hva definisjonen skal beskrive; kompetansenivå og kvalifikasjoner.

På bakgrunn av definisjonen over kan en spesialistutdanning som skal føre frem til en spesialistgodkjenning inneha følgende elementer:

Teoretisk og klinisk praksis element av utdanningen

En del av utdanning må bestå av teori. Den teoretiske delen av en spesialistutdanning kan foregå enten i akademia eller som f.eks. teoretiske kurs på nasjonalt nivå eller som en blanding av disse.

Kommentar fra Helse Vest:

Dette åpner på en god måte for nye utdanningsmodeller hvor kompetanse tilegnes i regi av virksomhetene i større grad enn i dag og kan bidra til å bygge karriereveier i tjenestene. Rekruttere, utdanning, utvikle og beholde medarbeidere skjer aller best i et godt og robust fagmiljø som også bidrar til et godt arbeidsmiljø. Vi viser her til modell 4. Grunnutdanning skjer med om lag 50% i UH sektoren og 50% i virksomhetene. Det er viktig å anerkjenne verdiskapningen som skjer når studenter gjennomfører sine praksisperioder. Anerkjennelse av arbeidsplassen som uomtvistelig lærings- og utviklingsarena for alle yrkesgrupper er viktig. Arbeidsplassene er gigantiske utdanning- og kompetansebærende virksomheter. Det bygges og utvikles kompetanse kontinuerlig.

Legenes spesialistutdanning skjer i praksisfeltet/klinikken, men inneholder også teoretiske kurs på nasjonalt nivå. Spesialistutdanningen for tannleger skjer både i UH-sektoren, men også i arbeid i tjenestene. Spesialistutdanningen av avansert klinisk allmennsykepleiere skjer i UH -sektoren, men der store deler av utdanningen er kliniske praksisstudier (integret del av studiene)

Kommentar fra Helse Vest:

For klinisk allmennsykepleiere anbefaler vi at det ikke sammenliknes med klinisk relevant yrkeserfaring.

Etter at de sykehusinterne spesialutdanningene for sykepleiere ble flyttet til universitets- og høyskolesektoren har utdanning av spesialsykepleier skjedd i UH-sektoren gjennom studier på masternivå med klinisk praksis (praksisstudier) som en del av studiet. Utdanning i UH-sektoren bør fortsatt være et bærende element i sykepleiernes spesialistutdanning. Herunder både teoretiske- og praksisstudier. Dette er i samsvar med liknede ordninger i andre europeiske land.

Kommentar fra Helse Vest:

Vi viser til vårt brev til Helse- og omsorgsdepartementet for akutt- og mottakssykepleie. Det er viktig å vise til nasjonal helse- og sykehusplan. Det er lagt til grunn at spesialsykepleiere skal skje ved videreutdanning med mulighet for påbygging til master. Det har over tid utviklet seg en holdning at alle som skal ta videreutdanning i ABIO skal ha master. Vi har i flere anledninger tatt opp at behovet for antall medarbeidere som har ABIO på masternivå må stå i forhold til behovene i foretakene. Vi mener andre modeller må kunne vurderes som likeverdig, som interne kompetanseprogram.

Yrkespraksis arbeid/klinikk (før/etter studiene)

Spesialistsykepleieren bør ha både bred og spisset erfaring fra/med pasientnært klinisk arbeid/tjeneste. Det må skilles mellom praksisstudier som del av studiene, hvor sykepleier mottar veiledning og supervisjon og skal oppnå læringsutbytter, og ordinær yrkespraksis med ulik grad av veiledning og supervisjon forut for og/eller etter studiene.

Kommentarer fra Helse Vest

Det er viktig at dette tydeliggjøres og blir tillagt stor vekt. Studenter får daglig rettlledning av svært kompetente medarbeidere, «bed side» og pasientnært. Det er viktig å anerkjenne solid praksis og erfaring, det gis supervisjon og veiledning. En bør vurdere nøye disse nivåene av rettlledning, supervisjon og veiledning. Dersom alle skal ha formell veilederutdanning må dette vurderes i forhold til bærekraft. Alle som gir rettlledning eller supervisjon skal være kvalifisert, men spørsmålet er om det nå forutsettes at alle skal ha en videreutdanning.

Yrkeserfaring som sykepleier, etter bachelor, og yrkeserfaring ervervet som spesialutdannet, etter mastergrad og/eller videreutdanning, kan bidra bidrar til større trygghet i rollen, og selvstendighet i yrkesutøvelsen

Nasjonal eksamen

Nasjonal eksamen kan sikre en felles sluttkompetanse som spesialist. Det kan f.eks. settes krav til formell kompetanse på masternivå og yrkespraksis for å kunne melde seg opp til eksamen.

I tillegg bør spesialistutdanningen oppfylle følgende kriterier:

Nasjonal, standardisert og forskriftsfestet

For å sikre at kompetansen til en sykepleier med spesialistgodkjenning er gjenkjennerbar uavhengig av hvor sykepleier har tatt sin utdanning, må det være et premiss at innholdet i utdanningen er standardisert, og at innholdet er forskriftsfestet for å sikre et minimum av lik sluttkompetanse. En kjent lik sluttkompetanse vil legge til rette for mobilitet av helsepersonell. RETHOS 3 legger til rette for at noe lokal tilpasning er mulig.

Kommentarer fra Helse Vest

Det er viktig at det blir lagt vekt på relevant klinisk relevant erfaring etter bachelor før videreutdanning og eller også senere for en spesialist karriere.

Vi vet at det er stor variasjon i hvordan UH sektoren har utformet sine studieprogram for bachelor i sykepleie. For de spesialutdanningene hvor det vurderes spesialistgodkjenning bør en vurdere tiltak som kan sikre likere sluttkompetanse. Standardisering og likhet bør være et bærende fundament. Helseforetakene har behov lik kompetanse for utøvelse den enkelte medarbeiders oppgaver, dersom en skal skille på formelle eller offisielle nivå.

Desentraliserte/fleksible utdanninger

Spesialistutdanningen bør kunne tilbys der studentene bor og jobber. Dette er spesielt viktig for utdanningene som primært er rettet mot kommunene. Det må derfor være et mål at utdanningene på sikt kan tilbys som desentraliserte og/eller fleksible utdanninger.

Samhandling

En vellykket spesialistutdanning krever god samhandling mellom flere aktører. For å få til god samhandling trengs det gode kommunikasjonskanaler og arenaer slik at de ulike aktørenes behov og forventninger til hverandre fanges opp, og man sikrer utdanninger som svarer til tjenestenes og samfunnets behov.

Kommentarer fra Helse Vest

Utvikling av lokale programplaner bør som hovedregel legge tjenestenes behov til grunn. Det innebærer likevel at en kan etablere programplaner som bygger på beskrivelser og krav på samme måte som RETHOS.

Livslang læring

Det må være mekanismer på plass som sikrer at spesialistkompetanse vedlikeholdes og oppdateres i samsvar med utviklingen i spesialistfaget og tjenestenes behov (livslang læring).

Kommentarer fra Helse Vest

De fire regionale helseforetakene og landets helseforetak benytter i dag Kompetanseportalen for spesialistutdanning av leger og for alle andre formål for å dokumentere og gjennomføre kompetansetiltak. Det gjelder også for eksempel bioingeniører som ofte må sertifiseres/akkrediteres for å være vaktkompetente på flere hundre analyseprosedyrer. Det skjer en kontinuerlig og livslang utvikling av kompetanse og ferdigheter. Krav og dokumentasjon for oppnådde krav skjer i Kompetanseportalen. Det er viktig å utnytte de mulighetene som allerede er etablert i foretakene, eksempelvis bruk av Kompetanseportalen.

Modell 1: AKS-modellen: mastergrad = spesialistgodkjenning

Modell 1 er helt lik modellen vi har fått spesialistgodkjenning av klinisk Allmennsykepleiere. Spesialistgodkjenning gis på bakgrunn av mastergradsvitnemål innenfor aktuelle fagområde. Standardiseringen av utdanningene skjer gjennom forskriftsfestede nasjonale retningslinjer (RETHOS 3). Den kliniske erfaringen får sykepleieren gjennom veiledede praksisstudier. I enkelte av utdanningene utgjør praksisstudier opptil 50 prosent av utdanningen.

De fleste av utdanningsinstitusjonene som tilbyr de aktuelle utdanningene krever at sykepleieren som søker seg til utdanningene har noe klinisk yrkeserfaring etter bachelorgrad for å kvalifisere til å søke seg inn på mastergradsstudiet. Dette er blant annet begrunnet med at for å få fullt utbytte av studiet bør studentene ha noe klinisk erfaring som autorisert sykepleier. Nasjonale faglige retningslinjer angir kun krav om at utdanningen skal bygge på bachelorutdanning i sykepleie. Yrkeserfaring før opptak er ikke et forskriftsfestet krav.

Dersom det skal være et krav om yrkeserfaring før opptak til aktuelle mastergrader vil det kreve endring av forskrift med tilhørende prosess for høring. Dette styres av Kunnskapsdepartementet. Eventuell effekt på spesialistkompetanse av å stille yrkeserfaring som forskriftsfestet opptakskrav til spesialisysykepleieutdanning er vanskelig å fastslå. Klinisk erfaring vil være viktig for å inneha nødvendig innsikt i eget fagfelt til å fylle rollen som spesialist, men om denne erfaringen gir best effekt på sluttkompetanse som spesialist om dette oppnås før, under eller etter en mastergrad, eller ved kombinasjoner av disse, er ikke klart dokumentert så langt Helsedirektoratet er kjent med.

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

➤ Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?

Kommentar fra Helse Vest

Denne modellen samsvarer ikke med det som står ovenfor. Praksisstudier er ikke det samme som klinisk relevant erfaring. Skal modellen vurderes må det legges til klinisk relevant erfaring – blir det da modell 2?

➤ Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for deres sektor? (f.eks. lønnskostnader, økte tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)

Kommentar fra Helse Vest

Det er vanskelig å tenke seg et kostnadsnivå, det er vel her mer omkostninger og kostnader totalt sett en vil måtte vurdere. Vi har ikke funnet tilstrekkelig tid til å foreta vurderinger av omkostninger og kostnader, ei heller bærekraftsvurderinger. Dersom modellen kan bli aktuell må det forutsettes og stilles krav til praksisstudiene legges helt om. Lærere må være mer tilstede i praksis for å støtte praksisfeltet. Det må avsettes mer tid til veiledning og medarbeidere på de enhetene som har studenter må få bekreftet sin veiledningskompetanse. Det må frikjøpes en ansvarlig på hvert praksissted som veileder de som gir daglig rettleiding og supervisjon og har dialog med UH. Dette krever flere stillinger i spesialisthelsetjenesten og økte kostnader. Hvorvidt dette vil være bærekraftig i tillegg til alle andre behov – som ligger til grunn for framskrivninger, oppgaver og ressurser har vi ikke hatt anledning til å gå nærmere inn på. Både master og spesialistdel må vurderes i et bærekrafts perspektiv.

➤ Hva er fordelene ved denne modellen?

Kommentar fra Helse Vest

Det kan ta kortere tid for sykepleieren å få en spesialistgodkjenning, kan bidra til verdiskaping og aktivitet samtidig som læringsmål og læringsutbytte oppnås.

➤ Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?

Kommentarer fra Helse Vest

Ingen endring fra dagens løsning, spesialisttittelen gir ingen merverdi for tjenestene eller pasientene/brukerne – vil gi en «falsk» trygghet hvor en vil tro at spesialisten har lang klinisk erfaring og kompetanse.

Modell 2: mastergrad + klinisk virke innenfor aktuelle spesialitet = spesialistgodkjenning

Modell 2 bygger på modellen som eksisterer for spesialistgodkjenning av klinisk Allmennsykepleiere. Spesialistgodkjenning gis bakgrunn av mastergradsvitnemål innenfor aktuelle fagområde *i tillegg* må sykepleier dokumenterer en viss tid i klinisk virke innenfor aktuelle spesialitet før spesialistgodkjenning.

I denne perioden bør sykepleier ha tilgang på veileder/ få veiledning og supervisjon og det må utarbeides klare retningslinjer for hva som er relevant klinisk erfaring knyttet til aktuelle spesialistområde og hvilke kriterier arbeidsgiver skal vurdere etter. Det er ikke krav om at sykepleier skal gå i utdanningsstilling. Det bør være en forutsetning at dokumentasjon av klinisk erfaring kan gjøres i allerede etablerte digitale løsninger slik som Kompetanseportalen og Tjenesteportalen for helseaktører¹ for de som ikke har tilgang til Kompetanseportalen.

Standardiseringen av mastergradsutdanningene skjer gjennom forskriftsfestede nasjonale retningslinjer (RETHOS 3) og forskriftsfestede læringsutbytte knyttet til klinisk virke i etterkant av masterutdanning. Formålet med og innholdet i læringsutbyttene må utarbeides i samarbeid med aktørene.

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

➤ Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?

Kommentarer fra Helse Vest

Det vil kreve noe ressurser å utvikle regionale kompetanseplaner for hvilke læringsutbytter/læringsmål som skal oppnås i perioden etter avsluttet formell utdanning. Ansvaret for dette arbeidet må ligge hos tjenestene og ikke UH. Viktig å skille mellom hvem som har ansvaret, slik som ved spesialistutdanningen av leger.

Universitetene har ansvar for grunnutdanningen (SPL/Spesialutdanningene/master og medisinerutdanningen). Tjenestene har ansvar for spesialiseringen. Ansvaret legges til RHF-ene. Hvordan kommunedelen ønsker å organisere dette arbeidet bør vel avklares mellom kommunene og KS. Vi ønsker ikke å legge føringer for hvordan KS området.

➤ Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for din sektor? (f.eks. lønnskostnader, økte tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)

Kommentarer fra Helse Vest

Det vil være kostnader knyttet til utviklingen av kompetanseplaner med læringsmål og aktiviteter. Økte kostnader hvis en tenker nasjonale kurs – det kan også utvikles regionalt/mellom regionene i samarbeid.

➤ Hva er fordelene ved denne modellen?

Kommentarer fra Helse Vest

Formell utdanning lik andre land – bevegelse på tvers. Ivaretar tjenestenes krav/forventninger slik at klinisk relevant erfaring skal vektlegges på lik linje med den formelle utdanningen. Tiltro fra

befolkningen, oppdatert og relevant kompetanse, lang erfaring med pasientgruppen, fagfeltet er her eksempler.

➤ Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?

Kommentarer fra Helse Vest

Vil kreve tid og ressurser fra tjenestene til å utvikle og vedlikeholde krav under den kliniske perioden.

Modell 3 Godkjenning av utdanning med færre enn 120 studiepoeng

I denne modellen gjøres det en konkret vurdering av søkers utdanning (fagplaner) opp mot den nasjonale faglige retningslinjen. Det må utvikles kriterier for hvem som kan søke. Utviklingen av disse kriteriene må skje i samarbeid med tjenestene og UH-sektoren, da potensielle søkere vil ha meget ulik kompetanse som spenner fra rammeplanstyrte videreutdanninger på 60, 90 og 120 studiepoeng til søkere med sykehusinterne utdanninger og lang klinisk kompetanse.

Å behandle og vurdere enkelt søknader er erfaringsmessig en ressurskrevende og tidkrevende prosess som vil kreve faglig bistand fra både UH-sektoren og tjenestene.

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

- Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?
- Kan utvidet yrkespraksis kompensere for kortere utdanning?

Kommentarer fra Helse Vest

Ja, men ikke for utdanninger under 90 studiepoeng. Viktig å sette en grense. Spesialistgodkjenning skal ikke nødvendigvis være for alle.

- Bør UH-sektoren tilby "påbygg" opp til 120 studiepoeng?

Kommentarer fra Helse Vest

Ja

➤ Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for deres sektor? (f.eks. lønnskostnader, økt tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)

Kommentarer fra Helse Vest

Kan utløse en forventning om permisjon/utdanningsstilling, dette kan tilrettelegges ved at kandidater som har behov for 30-60 studiepoeng tilbys å ta dette over tid, økt bruk av digitale læringsaktiviteter (reduere kravet om fysisk oppmøte).

➤ Hva er fordelene/gevinstene ved denne modellen?

Kommentarer fra Helse Vest

Åpner for at flere og de med «eldre/tidligere» utdanninger også får muligheten til å bli sykepleiespesialister. Vi er bekymret for at svært kompetente medarbeidere med lang klinisk erfaring skal «avskiltes». Det er nettopp disse som har bidratt til god faglig utvikling.

➤ Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?

Kommentarer fra Helse Vest

Vil kreve enda mer systemer/rutiner/oppfølging enn de andre modellene. Mer byråkratisk.

Modell 4 Nasjonal eksamen

I modell 4 dokumenterer søker en klinisk realkompetanse i sitt fagfelt (attest på arbeidserfaring) og teste den teoretiske kompetansen og vurderingskompetanse i nasjonal eksamen. Innholdet i en nasjonal eksamen må utarbeides i fellesskap mellom helse- og omsorgstjenestene, utdanningssektoren og forvaltningen.

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

➤ Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?

Kommentarer fra Helse Vest

Alle LUB-ene i nasjonale forskrifter må inn i et felles kompetansesystem (som for LIS) og det må knyttes til læringsarenaer og læringsaktiviteter til hvert enkelt LUB. Bør utvikles i samarbeid med UH og tjenestene slik at dokumentert kompetanse samsvarer med hva som kreves ved utdanning i UH. Dette må utvikles.

- Skal det settes krav til studie/yrkespraksis før man kan melde seg opp til eksamen?

Kommentarer fra Helse Vest

Hvis, ja, minimum 6-7 år (grunntidning + like lang klinisk erfaring).

➤ Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for deres sektor? (f.eks. lønnskostnader, økt tilskudd, utdanningsstillinger, veiledning/veiledere, vikar etc.)

Kommentarer fra Helse Vest

Mye administrativt arbeid – stillinger til dette i alle sektorer. Mer veiledning/kontroll av kompetansen, organisering av eksamen, gjennomføring etc.

➤ Hva er fordelene/gevinstene ved denne modellen?

Kommentarer fra Helse Vest

Kan åpne for at sykepleiere uten videreutdanning og master har muligheten til å bli spesialister. Verdsetting av sykehusinterne kurs/kompetansehevende tiltak – muligheten til å bygge karriere basert på de kompetansehevende tilbudene som tjenestene gir sine medarbeidere. Tjenestene kan få muligheten til å utvikle interne utdanninger som tilrettelegges ifht tjenestenes egne behov, utdanningsløp osv. Vil være rekrutterende og bevarende. Dette kan være en god modell for tjenesten. Økt fleksibilitet for medarbeidere, karrieremuligheter og planlagt kompetanseutvikling over tid i arbeid.

➤ Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?

Kommentarer fra Helse Vest

Generelt til alle modellene:

- *ALLE modellene vil gi tjenestene økte lønnskostnader da en spesialistgodkjenning ganske raskt vil medføre lønnskrav og forventninger fra medarbeidere og arbeidstakerorganisasjonene.*
- *Utdanningene må organiseres slik at de bidrar til at helsepersonell blir værende i pasientbehandlingen og ikke søker seg bort fra pasientnært arbeid.*

- *Det er vanskelig å se at noen av modellene ikke vil medføre økte kostnader for alle involverte, det gjelder både UH, tjenestene, samt godkjenningsmyndighetene – det er vanskelig å se hensikten med en spesialistgodkjenning hvis den IKKE skal være noe mer enn dagens spesialutdanning. Da har dette ingen verdi for tjenestene. Vi har heller ikke fått tydelige behov fra helseforetakene å utvikle spesialistgodkjenning. Vi legger til grunn at det pågår en kontinuerlig kompetanseutvikling i foretakene. Det tilpasses oppgaver og pasientgrupper på den enkelte enhet. Vi minner også om vår rapport: [Etablere bærekraftig utvikling for intensivsykepleiere.pdf \(helse-vest.no\)](#). Rapporten beskriver et faglig kompetent miljø, hvordan dette kan videreutvikles og hvordan oppgavedeling i fremtiden. Vi mener det bør være til ettertanke ytterligere spesialisering eller nivå. Det viktige er å bevare kvalitet – øke pasientsikkerheten. Spesialisthelsetjenesten er blant verdens beste, det må vi holde fast ved og bevare, men være varsomme med ytterligere krav og forventninger.*

Vi ber dere også vurdere og spille inn på om nasjonal eksamen bør innføres uavhengig av modell for spesialistgodkjenning?

Kommentarer fra Helse Vest

Det er en spennende tanke som bør utredes nærmere. Kan bidra til å sikre lik sluttkompetanse, samt at studentene nok vil kjenne på dette under utdanningene og opprettholde engasjementet igjennom hele utdanningsperioden, inkludert den tiden det stilles krav til om klinisk erfaring, utvikling og vedlikehold av kompetanse. Men, det vil kreve ressurser og den bør være en kombinasjon imellom teoretisk og praktisk prøve. OSCE-eksamen.

Bør det være et krav om klinisk erfaring de siste 5 årene

Kommentarer fra Helse Vest

JA

Det er behov for å være å ivareta allerede spesialisert kompetanse knyttet til aktuelle fagretninger som finnes i helse- og omsorgstjenestene. Det bør likevel stilles kriterier om nylig/oppdatert klinisk erfaring for søkere som har dette som del av sitt søknadsgrunnlag.

- Kunne vise til klinisk arbeidserfaring som spesialsykepleier innen fagområdet i minimum 5 år tilsvarende 100% stilling. Minimum 50 % av den praksisen som det blir søkt om godkjenning for, bør være opparbeidet innenfor den siste 10 årsperioden. Det må gjøres en helhetsvurdering av praksisen sammenliknet med kompetansemålene i gjeldende læreplan og i utviklingen av faget. Deltid omregnes til heltid for eksempel godskrives to år med 50 % stilling i faget som ett års fulltidspraksis.

eller

- Kunne vise til klinisk arbeidserfaring i stilling som helsesykepleier eller sykepleier innen psykisk helse- og rus/psykiatrisk sykepleier i minimum 5 år tilsvarende 100% stilling. Minimum 50 % av den praksisen som det blir søkt om godkjenning for, bør være opparbeidet innenfor den siste 10-årsperioden. Det må gjøres en helhetsvurdering av praksisen sammenliknet med kompetansemålene i gjeldende læreplan og i utviklingen av faget. Deltid omregnes til heltid for eksempel godskrives to år med 50 % stilling i faget som ett års fulltidspraksis.

Spesielt for jordmor

- Jordmødre er i dag registeret i HPR-registeret med en dobbelautorisasjon. Dersom jordmor skal konverteres til spesialistgodkjenning må det kunne vise til klinisk arbeidserfaring som jordmor innen fagområdet i minimum 5 år tilsvarende 100% stilling. Minimum 50 % av den praksisen som det blir søkt om godkjenning for, bør være opparbeidet innenfor den siste 10 årsperioden. Det må gjøres en helhetsvurdering av praksisen sammenliknet med kompetansemålene i gjeldende læreplan og i utviklingen av faget. Deltid omregnes til heltid for eksempel godskrives to år med 50 % stilling i faget som ett års fulltidspraksis

Med bakgrunn i det som er beskrevet over ønsker vi deres synspunkt/vurdering av krav til klinisk erfaring for søkere som har dette som del av sitt søknadsgrunnlag.

Kommentar fra Helse Vest
STØTTES

Helse Sør-Øst RHF

[Mottatt 21.02.2023 fra Jarle Henriksen, avdelingsdirektør utdanning, avdeling for personal og kompetanseutvikling](#)

Generelle innspill vedrørende spesialistgodkjenning for ulike sykepleiergrupper

Vi viser til pågående utredning knyttet til modeller for spesialistgodkjenning av flere ulike sykepleiergrupper. Helse Sør-Øst RHF takker for muligheten til å kommentere utkast til rapport og for involveringen i prosessen. Vi opplever at Helsedirektoratet i stor grad har klart å beskrive tjenestenes synspunkter i rapporten.

Vi ønsker dog å bemerke følgende:

- Når denne type utredninger skal gjennomføres er det avgjørende at formålet er tydelig beskrevet i forkant. Det har vært utfordrende å engasjere fagmiljøene ute i klinikken når beskrivelse av formålet med en spesialistgodkjenning har vært fraværende.
- Innholdet i utdanningen har heller ikke vært en del av oppdraget. Dette har også vært utfordrende, spesielt når AKS-modellen skal være et alternativ. AKS er utarbeidet med en tydelig forutsetning om nye oppgaver i kommunehelsetjenesten. Det er ikke sagt noe eventuelle nye oppgaver for de nevnte spesialsykepleiergruppene.
- Det er en sterkt bekymring fra tjenestene som opplever mindre og mindre påvirkning på spesialutdanninger som er helt kritisk for driften av spesialisthelsetjenesten. Utdanningssektoren vurderer nå nye opptakskrav, bortfall av tilleggspoeng for relevant yrkeserfaring, liten påvirkning i hvordan studiene bygges opp, osv. Det er behov for snarest å vurdere hvilken retning RETHOS 3 utdanningene er i ferd med å ta. Det kan stilles spørsmål om organiseringen av utdanningene virkelig imøtekommer tjenestenes behov.
- Tilsvarende bekymring er knyttet til arbeidet som pågår med å innlemme disse utdanningene i Samordnet opptak. Dette frarådes på det sterkeste da det vil sette helseforetakene i en meget vanskelig situasjon i forhold til å sikre tilstrekkelig bemanning. Senere beskjed om hvem som kommer inn på studiene vil gjøre det vanskelig for helseforetakene å finne vikarer, samt lære disse opp.
- De siste årene har utdanningsstillinger og finansiering av disse vært prioritert, det har vært nødvendig og ønskelig. Men det er behov for å se på virkemidlene samlet fra både Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. En erfarer at

det gis oppdrag til de regionale helseforetakene om at antallet utdanningsstillinger skal øke, mens utdanningsinstitusjonene reduserer antallet studieplasser innenfor de spesialitetene det andre departementet gir oppdrag om å øke. Dette henger ikke sammen og gjør at oppdragene blir umulig å løse.

- Helsepersonellkommisjonen beskriver et behov for mer generell kompetanse. Å etablere strukturer og systemer som underbygger spesialiseringen vil gjøre arbeidet utfordrende i tjenestene.
- Utkast til rapport må gjennomgås i forhold til formuleringer. Eksempel s. 38 «Gjennom ordningen med utdanningsstillinger og fastsettelse av kandidatmåltall, kan staten regulere antallet studenter». Dette er ikke helt korrekt. I tillegg til sentralt finansierte utdanningsstillinger og pålegg om opprettelse av flere, prioriterer helseforetakene utdanningsstillinger til rekrutteringssvake utdanninger av egen ramme. Dette regulerer ikke antallet studenter.
- Dokumentet bør inneholde en begrepsforklaring/definisjoner slik at alle leserne har den samme forståelsen av hva som menes.

[Mottatt 12.10.2022 fra Jarle Henriksen, avdelingsdirektør utdanning, avdeling for personal og kompetanseutvikling](#)

Utredning av modeller - spesialistgodkjenning sykepleie

Vi hadde et lite møte i går i Helse Sør-Øst i forhold til utredningen/bestillingene.

Vi opplever det utfordrende å komme med innspill til ulike modeller da løsningen er gitt – spesialistgodkjenning, mens spørsmålene som bør stilles i forbindelse med hva dette skal løse er noe uklare/diffuse. Her er noen stikkord fra ulike representanter fra helseforetakene i vår region:

- Det er behov for tydeligere å avklare hva er den ønskelige hensikten med spesialistgodkjenning? Hvilke spørsmål skal og ønsker en at en spesialistgodkjenning skal løse
- Det er utfordrende å se til AKS – denne utdanningen «eksisterte» ikke i utgangspunktet og ble rigget som en master, med bestilling om økt kompetanse og konkrete/delegerte oppgaver. Disse spesialutdanningene eksisterer allerede, innholdet i utdanningen skal en ikke si noe om og det er uklart om det er aktuelt å legge nye oppgaver/ansvar/roller/funksjoner til en spesialist
- Hva menes egentlig med modeller – er det kompetanse, erfaringer, et ønske om ytterligere standardisering – skal det bidra til lik sluttkompetanse uavhengig av utdanningssted, hva skal modellen sikre? Er ønsket eller spørsmålet om vi trenger en nasjonal standard (nasjonal slutteksamen?)
- Hvordan tenker en spesialistgodkjenning i forhold til offentlig godkjenning/autorisasjon – og hva med de som allerede er dobbelt autoriserte? Er autorisasjon nr 2 en modell?

- En spesialistgodkjenning må bidra til en vesentlig forskjell i forhold til hvordan systemet fungerer i dag, en kvalitets økning av de tjenestene som tilbys samfunnet. Må gi merverdi for sykehusene – ikke økt rapportering/kontroll/oppfølging/etc.
- Hva med overgangsordninger, faren og risiko for et A og B lag
- Hva er definisjonen på en spesialistgodkjenning – vil den være gjeldende for disse sykepleiergruppene? Eksisterer det noe mer bakgrunnsinformasjon enn oppdraget som er gitt til direktoratet fra HOD?
- Det må knyttes tett mot klinisk praksis og erfaring, over lengre tid. Her kan en se til spesialistutdanningen av leger – ha tankegangen om at etter en 3 + 2 utdanning fyller på med definerte læringsmål/krav, erfaring, osv.
- Eventuelle modeller må konsekvens utredes og risikovurderes
- Her vil ulike parter ha ulik agenda (synlig og ikke), arbeidstakerorganisasjonene, utdanningsinstitusjonene og arbeidsgiverne.
- Veldig viktig å involvere RHF-ene og HF-ene spesielt, dette er kliniske utdanninger som er av stor betydning for driften av sykehusene, kvalitet og pasientsikkerhet, økonomiske og administrative, osv.

Mottatt 28.10.2022 fra Jarle Henriksen, avdelingsdirektør utdanning, avdeling for personal og kompetanseutvikling:

Det er avgjørende å sette tid som en faktor i dette arbeidet, og da menes tid med relevantarbeidserfaring i pasientbehandlingen. Selvfølgelig med den pasientgruppen som du søkerspesialitet i forhold til. Hovedprinsippet for utdanning av legespesialister i Norge er at læringen skjer i arbeid – i pasientbehandlingen med dyktig kollegaer rundt deg for veiledning og supervisjon. Tilsvarende MÅ gjelde for spesialistutdanning av sykepleiere. Legene har 6 år grunnutdanning og minimum 6,5 år for å søke spesialistgodkjenning. Vi vet at gjennomsnittligbruker legene 9 år + på å ferdigstille en spesialitet.

For sykepleiere bør minimumskravet som legges til grunne være grunn + masterutdanning – til sammen 5 år. Du skal dermed ha minst 5 års relevant klinisk arbeidserfaring før du kan søkespesialitet. Dette betyr 2 (utdanning) + 5 år arbeidserfaring, til sammen minimum 7 år etter offentlig godkjenning.

Denne modellen fungerer for alle forslagene.

Modell 1 – bachelor + master (uten arbeidserfaring mellom) – minimum 5 års arbeidserfaring etter master i 100 % stilling.

Modell 2 – mastergrad i bunn, 1 eller 2 års relevant arbeidserfaring mellom bachelor og master deretter 3 – 4 år etter avsluttet master før du kan søke spesialistgodkjenning. Her må en skille mellom klinisk arbeid i utdanningsstilling – det har vi ikke i dag etter endt utdanning. Forslaget som er sendt ut kan være en modell 2 a i utdanningsstilling etter master eller ikke som kan være en 2 b.

Modell 3 – videreutdanning i bunn. Samme som over, men 0,5 år lenger pga lengden på videreutdanning 90 studiepoeng. En modell a) med utdanningsstilling i etterkant – en modell b) som vanlig ansatt.

Modell 4 – spesialist uten videreutdanning/master – minimum 7 års relevant arbeidserfaring etter avsluttet bachelor. Kompetanseportalen benyttes på lik linje med spesialistutdanningen

for leger. Alle LUB-ene (90 studiepoeng) fra aktuelle utdanninger legges inn og tjenestene tar ansvar for å etablere utdanningsplaner for de ulike gruppene, legger til relevante læringsaktiviteter. Godkjenning av LM gjøres på samme måte som for leger. Løpet skiller seg fra modell 5 ved at den ansatte søker utdanningsstilling hos arbeidsgiver – på lik linje med spesialistutdanningen for leger. Arbeidsgiver forplikter seg til å tilrettelegge for at den ansatte følger planlagt progresjon, delta på ulike læringsaktiviteter, osv.

Modell 5 – som 4, men overgangsordning hvor den ansattes kliniske erfaring vurderes ut i fra om vedkommende når alle LUB-ene fra videreutdanningene, samt klinisk arbeidserfaring og andremål/krav som er satt.

Ingen av modellene settes opp mot hverandre, men er ulike veier for å komme til mål. Forarbeidserfaringen forutsettes bekreftelse på full stilling med relevant pasientgruppe og en anbefaling fra leder om at vedkommende er egnet.

[Mottatt 31.10.2022 fra Kari Raaum Hovde, avdelingsleder og fagdirektør helsefag, Avdeling helsefag og beredskap, Oslo universitetssykehus:](#)

Vi takker for anledningen til å komme med skriftlige innspill på utredningen om spesialistgodkjenning av spesialsykepleiere og jordmødre.

Før OUS fremmer et synspunkt på egnet modell for spesialistgodkjenning av spesialsykepleiere og jordmødre, ønsker vi å uttrykke at det er uklart hva det vil gi av merverdi å etablere denne ordningen i spesialisthelsetjenesten.

Det reiser mange spørsmål; blant annet knyttet til hvem som skal være godkjenningsinstans, hva som vil kreves av arbeidsgivere (eksempelvis ift å etablere etterutdanningsprogrammer), hva de mener med utdanningsstillinger i postmasterløp (modell 2) og hvilke lønnskrav dette vil generere. Til slutt – men ikke minst; hva det vil bety for kvaliteten på tjenestene som ytes overfor pasientene utover slik det er i dag.

Når det gjelder prinsipper som må legges til grunn for modell, dersom dette blir en realitet, mener vi følgende:

1. Gjennomført masterutdanning innen spesialiteten.
2. Arbeidserfaring post master – minimum 5 år i 100 % stilling. Det må *ikke* forventes at ansatte skal være i utdanningsstillinger etter endt masterutdanning. Dette er det *ikke* ressurser til. Kandidater må kunne dokumentere at de har deltatt i lokale etterutdanningsprogrammer som allerede er etablert i helseforetaket. Vi foreslår at kandidater må legge ved en anbefaling fra leder som følger søknaden om å bli spesialist.
3. Godkjenningsordningen må ligge i Helsedirektoratet eller i andre myndighetsorganer utenfor spesialisthelsetjenesten.

[Mottatt 17.11.2022 fra Jarle Henriksen, avdelingsdirektør utdanning, avdeling for personal og kompetanseutvikling:](#)

Helse Sør-Øst RHF takker for muligheten til å gi innspill på forslagene fra Helsedirektoratet. På grunn av korte frister har vi ikke hatt anledning til å gjennomføre noe koordinert innspill fra regionen. Dette innspillet vil også bære preg av stikkord og er på ingen måte utfyllende. Vi

håper direktoratet også sender et utkastet som planlegges sendt til HOD på høring. Dette vil være svært viktig i forhold til forankring og eventuelt senere beslutning/støtte til saken.

TB2022-53 Utrede spesialistgodkjenning for sykepleiergrupper

Helsedirektoratet takker for alle gode innspill i prosessen med å utvikle forslag til modeller som kan føre til spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper.

Helsedirektoratet har, basert på innspill fra aktørene, laget et utkast til beskrivelse av det som kan kjennetegne en norsk spesialistsykepleier:

"Kompetansen til en sykepleier som kan kalle seg en spesialist i sitt fag kjennetegnes av at sykepleier har sykepleiefaglig kunnskap og ferdigheter på avansert nivå. Dette omfatter både teoretisk og klinisk relevant kompetanse innenfor den aktuelle spesialiteten. En spesialist er en reflektert og selvstendig utøver av sitt fag som baserer sine kliniske vurderinger, prioriteringer og tiltak på best mulig praksis. En sykepleierspesialist tar et særskilt ansvar for at behandlingen er av høy faglig kvalitet og bidrar til kontinuerlig fagutvikling og forskning innenfor fagfeltet. Ivaretagelsen av pasientsikkerhet og implementering av nye prosedyrer/rutiner på bakgrunn av den medisinske utviklingen er naturlig arbeidsoppgaver. En sykepleiespesialist bidrar til at helsetjenesten organiseres på en hensiktsmessig måte, ressursene utnyttes effektivt og det er god samhandling på tvers av ulike organisatoriske nivåer og sektorer. En spesialist tar tydelig ansvar for ledelse av eget fag og flerfaglig team som er involvert i pasientbehandlingen. I tillegg har og tar en sykepleiespesialist et særskilt ansvar for at veiledning av studenter, kollegaer, pasienter og pårørende er av høy faglig kvalitet, og at anerkjente og forskningsbaserte modeller benyttes, og er i stand til, å gjøre systematiske kliniske vurderinger. En sykepleierspesialist skal være i stand til å gjøre prioriteringer og ta beslutninger innen sitt fagområde, og kunne søke, kritisk vurdere og implementere forsknings- og erfaringsbasert kunnskap.

Sykepleierspesialister skal være garantister for at tjenestene utvikles for en generell bærekraft med mål om pasientsikkerhet og styrking av pasientens ressurser for mestring. Den samlede kompetansen danner grunnlag for et handlingsrepertoar, som gir sykepleierspesialisten mulighet til selvstendig å vurdere risiko og planlegge for eventuelle hendelser, ta egne avgjørelser, samt veilede kollegaer og andre yrkesgrupper. Sykepleierspesialister er ikke spesialarbeidere som er drillet i en funksjon avgrenset i tid og sted".

Samsvarer denne definisjonen med deres oppfatning av kompetansenivå og kvalifikasjoner for norsk spesialistsykepleier?

Se innspill over, må legges på masternivå + i forhold til bruk av formuleringer/ordbruk..

På bakgrunn av definisjonen over kan en spesialistutdanning som skal føre frem til en spesialistgodkjenning inneha følgende elementer:

Teoretisk og klinisk praksis element av utdanningen

En del av utdanning må bestå av teori. Den teoretiske delen av en spesialistutdanning kan foregå enten i akademia eller som f.eks. teoretiske kurs på nasjonalt nivå eller som en blanding av disse. **Kommentar;** Fint – dette åpner for nye «utdanningsmodeller» hvor kompetanse tilegnet i regi av tjenestene i større grad anerkjennes og kan bidra til å bygge karriereveier i tjenestene også. Se modell 4.

Legenes spesialistutdanning skjer i praksisfeltet/klinikken, men inneholder også teoretiske kurs på nasjonalt nivå. Spesialistutdanningen for tannleger skjer både i UH-sektoren, men også i arbeid i tjenestene. Spesialistutdanningen av avansert klinisk allmennsykepleiere skjer i UH -sektoren, men

der store deler av utdanningen er kliniske praksisstudier (integrrert del av studiene) som ikke må sammenliknes med klinisk relevant yrkeserfaring.

Etter at de sykehusinterne spesialutdanningene for sykepleiere ble flyttet til universitets- og høyskolesektoren har utdanning av spesialsykepleier skjedd i UH-sektoren gjennom studier på masternivå med klinisk praksis (praksisstudier) som en del av studiet. Utdanning i UH-sektoren bør fortsatt være det bærende elementet i sykepleiernes spesialistutdanning, men andre modeller må kunne vurderes som likeverdige, som sykehusinterne kompetanseprogram. Herunder både teoretiske og praksisstudier. Dette er i samsvar med liknede ordninger i andre europeiske land.

Yrkespraksis arbeid/klinikk (før/etter studiene)

Spesialistsykepleieren bør ha både bred og spisset erfaring fra/med pasientnært klinisk arbeid/tjeneste. Det må skilles mellom praksisstudier som del av studiene, hvor sykepleier mottar veiledning og supervisjon og skal oppnå læringsutbytter, og ordinær yrkespraksis med ulik grad av veiledning og supervisjon forut for og/eller etter studiene. **Kommentar;** Bra, viktig at dette tydeliggjøres.

Yrkeserfaring som sykepleier, etter bachelor, og yrkeserfaring ervervet som spesialutdannet, etter mastergrad og/eller videreutdanning, kan bidra bidrar til større trygghet i rollen, og selvstendighet i yrkesutøvelsen. **Kommentar;** Viktig

Nasjonal eksamen

Nasjonal eksamen kan sikre en felles sluttkompetanse som spesialist. Det kan f.eks. settes krav til formell kompetanse på masternivå og yrkespraksis for å kunne melde seg opp til eksamen.

I tillegg bør spesialistutdanningen oppfylle følgende kriterier:

Nasjonal, standardisert og forskriftsfestet

For å sikre at kompetansen til en sykepleier med spesialistgodkjenning er gjenkjennerbar uavhengig av hvor sykepleier har tatt sin utdanning, må det være et premiss at innholdet i utdanningen er standardisert, og at innholdet er forskriftsfestet for å sikre et minimum av lik sluttkompetanse. En kjent lik sluttkompetanse vil legge til rette for mobilitet av helsepersonell. RETHOS 3 legger til rette for at noe lokal tilpasning er mulig. **Kommentar;** Vi vet at det er stor variasjon i hvordan UH har utformet de ulike lokale programplanene/emneplanene innen bachelor i sykepleie. For de spesialutdanningene hvor det kan være aktuelt med spesialistgodkjenning bør en vurdere noen tiltak som kan sikre likere sluttkompetanse. Standardisering og likhet er viktig, vi ønsker lik kompetanse og lik behandling for pasientene våre.

Desentraliserte/fleksible utdanninger

Spesialistutdanningen bør kunne tilbys der studentene bor og jobber. Dette er spesielt viktig for utdanningene som primært er rettet mot kommunene. Det må derfor være et mål at utdanningene på sikt kan tilbys som desentraliserte og/eller fleksible utdanninger.

Samhandling

En vellykket spesialistutdanning krever god samhandling mellom flere aktører. For å få til god samhandling trengs det gode kommunikasjonskanaler og arenaer slik at de ulike aktørenes behov og forventninger til hverandre fanges opp, og man sikrer utdanninger som svarer til tjenestenes og samfunnets behov. Utvikling av lokale programplaner bør som hovedregel involvere tjenestene på samme måte som programgruppene i RETHOS.

Livslang læring

Det må være mekanismer på plass som sikrer at spesialistkompetanse vedlikeholdes og oppdateres i samsvar med utviklingen i spesialistfaget og tjenestenes behov (livslang læring). **Kommentar;** Kompetanseportalen kan nevnes, den benyttes av alle regionene.

Modell 1: AKS-modellen: mastergrad = spesialistgodkjenning

Modell 1 er helt lik modellen vi har fått spesialistgodkjenning av klinisk Allmennsykepleiere. Spesialistgodkjenning gis på bakgrunn av mastergradsvitnemål innenfor aktuelle fagområde. Standardiseringen av utdanningene skjer gjennom forskriftsfestede nasjonale retningslinjer (RETHOS 3). Den kliniske erfaringen får sykepleieren gjennom veiledede praksisstudier. I enkelte av utdanningene utgjør praksisstudier opptil 50 prosent av utdanningen.

De fleste av utdanningsinstitusjonene som tilbyr de aktuelle utdanningene krever at sykepleieren som søker seg til utdanningene har noe klinisk yrkeserfaring etter bachelorgrad for å kvalifisere til å søke seg inn på mastergradsstudiet. Dette er blant annet begrunnet med at for å få fullt utbytte av studiet bør studentene ha noe klinisk erfaring som autorisert sykepleier. Nasjonale faglige retningslinjer angir kun krav om at utdanningen skal bygge på bachelorutdanning i sykepleie. Yrkeserfaring før opptak er ikke et forskriftsfestet krav.

Dersom det skal være et krav om yrkeserfaring før opptak til aktuelle mastergrader vil det kreve endring av forskrift med tilhørende prosess for høring. Dette styres av Kunnskapsdepartementet. Eventuell effekt på spesialistkompetanse av å stille yrkeserfaring som forskriftsfestet opptakskrav til spesialsykepleieutdanning er vanskelig å fastslå. Klinisk erfaring vil være viktig for å inneha nødvendig innsikt i eget fagfelt til å fylle rollen som spesialist, men om denne erfaringen gir best effekt på sluttkompetanse som spesialist om dette oppnås før, under eller etter en mastergrad, eller ved kombinasjoner av disse, er ikke klart dokumentert så langt Helsedirektoratet er kjent med.

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

➤ Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?

Denne modellen samsvarer ikke med det som står ovenfor. Praksisstudier er ikke det samme som klinisk relevant erfaring. Skal modellen være aktuell så må det legges til klinisk relevant erfaring og da er det snakk om modell 2.

➤ Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for deres sektor? (f.eks. lønnskostnader, økte tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)

Hvis modellen skal være aktuell må praksisstudiene legges helt om. Lærere må være mer tilstede i praksis for å støtte praksisfeltet. Det må avsettes mer tid til veiledning og personellet på spesialiteten må få økt sin formelle veiledningskompetanse. Det må frikjøpes hovedveiledere på hvert praksissted som veileder veilederne og har dialog med UH. Dette krever flere stillinger i spesialisthelsetjenesten og økte kostnader for at personalet skal få formell veiledningskompetanse på 10-20 studiepoeng.

➤ Hva er fordelene ved denne modellen?

Det tar kortere tid for sykepleieren å få en spesialistgodkjenning.

➤ Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?

Ingen endring fra dagens løsning, spesialisttittelen gir ingen merverdi for tjenestene eller pasientene/brukerne – vil gi en «falsk» trygghet hvor en vil tro at spesialisten har lang klinisk erfaring og kompetanse.

Modell 2: mastergrad + klinisk virke innenfor aktuelle spesialitet = spesialistgodkjenning

Modell 2 bygger på modellen som eksisterer for spesialistgodkjenning av klinisk Allmennsykepleiere. Spesialistgodkjenning gis på bakgrunn av mastergradsvitnemål innenfor aktuelle fagområde *i tillegg* må sykepleier dokumentere en viss tid i klinisk virke innenfor aktuelle spesialitet før spesialistgodkjenning.

I denne perioden bør sykepleier ha tilgang på veileder/ få veiledning og supervisjon og det må utarbeides klare retningslinjer for hva som er relevant klinisk erfaring knyttet til aktuelle spesialistområde og hvilke kriterier arbeidsgiver skal vurdere etter. Det er ikke krav om at sykepleier

skal gå i utdanningsstilling. Det bør være en forutsetning at dokumentasjon av klinisk erfaring kan gjøres i allerede etablerte digitale løsninger slik som Kompetanseportalen og Tjenesteportalen for helseaktører¹ for de som ikke har tilgang til Kompetanseportalen.

Standardiseringen av mastergradsutdanningene skjer gjennom forskriftsfestede nasjonale retningslinjer (RETHOS 3) og forskriftsfestede læringsutbytte knyttet til klinisk virke i etterkant av masterutdanning. Formålet med og innholdet i læringsutbyttene må utarbeides i samarbeid med aktørene.

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

➤ Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?

Det vil kreve noe ressurser å utvikle regionale kompetanseplaner for hvilke læringsutbytter/læringsmål som skal oppnås i perioden etter avsluttet formell utdanning. Ansvaret for dette arbeidet må ligge hos tjenestene og ikke UH. Viktig å skille mellom hvem som har ansvaret, slik som ved spesialistutdanningen av leger. Universitetene har ansvar for grunnutdanningen (SPL/Spesialutdanningene/master og medisinerutdanningen) Tjenestene har ansvar for spesialiseringen. Ansvaret legges til RHF-ene/KS for utdanninger som er relevante for kommunene – evt. et samarbeid.

➤ Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for din sektor? (f.eks. lønnskostnader, økte tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)

Det vil være kostnader knyttet til utviklingen av kompetanseplaner med læringsmål og aktiviteter. Økte kostnader hvis en tenker nasjonale kurs – det kan også utvikles regionalt/mellom regionene i samarbeid.

➤ Hva er fordelene ved denne modellen?

Formell utdanning lik andre land – bevegelse på tvers. Ivaretar tjenstenes krav/forventninger om at klinisk relevant erfaring skal vektlegges på lik linje med den formelle utdanningen. Tiltro fra befolkningen, oppdatert og relevant kompetanse, lang erfaring med pasientgruppen, fagfeltet.

➤ Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?

Vil kreve tid og ressurser fra tjenestene til å utvikle og vedlikeholde krav under den kliniske perioden.

Modell 3 Godkjenning av utdanning med færre enn 120 studiepoeng

I denne modellen gjøres det en konkret vurdering av søkers utdanning (fagplaner) opp mot den nasjonale faglige retningslinjen. Det må utvikles kriterier for hvem som kan søke. Utviklingen av disse kriteriene må skje i samarbeid med tjenestene og UH-sektoren da potensielle søkere vil ha meget ulik kompetanse som spenner fra rammeplanstyrte videreutdanninger på 60, 90 og 120 studiepoeng til søkere med sykehusinterne utdanninger og lang klinisk kompetanse.

Å behandle og vurdere enkelt søknader er erfaringsmessig en ressurskrevende og tidkrevende prosess som vil kreve faglig bistand fra både UH-sektoren og tjenestene.

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

➤ Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar? ○

Kan utvidet yrkespraksis kompensere for kortere utdanning? Ja, men ikke for utdanninger under 90 studiepoeng. Viktig å sette en grense. Spesialistgodkjenning skal ikke nødvendigvis være for alle.

○ Bør UH-sektoren tilby "påbygg" opp til 120 studiepoeng?

Ja

➤ Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for deres sektor? (f.eks. lønnskostnader, økt tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)

Kan utløse en forventning om permisjon/utdanningsstilling, dette kan tilrettelegges ved at kandidater som har behov for 30-60 studiepoeng tilbys å ta dette over tid, økt bruk av digitale læringsaktiviteter (reduere kravet om fysisk oppmøte).

➤ Hva er fordelene/gevinstene ved denne modellen?

Åpner for at flere og de med eldre utdanninger også får muligheten til å bli sykepleiespesialister.

➤ Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?

Vil kreve enda mer systemer/rutiner/oppfølging enn de andre modellene. Mer byråkratisk.

Modell 4 Nasjonal eksamen

I modell 4 dokumenterer søker en klinisk realkompetanse i sitt fagfelt (attest på arbeidserfaring) og teste den teoretiske kompetansen og vurderingskompetanse i nasjonal eksamen. Innholdet i en nasjonal eksamen må utarbeides i fellesskap mellom helse- og omsorgstjenestene, utdanningssektoren og forvaltningen.

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

➤ Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?

Alle LUB-ene i nasjonale forskrifter må inn i et felles kompetansesystem (som for LIS) og det må knyttes til læringsarenaer og læringsaktiviteter til hvert enkelt LUB. Bør utvikles i samarbeid med UH og tjenestene slik at dokumentert kompetanse samsvarer med hva som kreves ved utdanning i UH. Dette må utvikles.

- Skal det settes krav til studie/yrkespraksis før man kan melde seg opp til eksamen?
Hvis, ja, minimum 6-7 år (grunnutdanning + like lang klinisk erfaring).

➤ Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for deres sektor? (f.eks. lønnskostnader, økt tilskudd, utdanningsstillinger, veiledning/veiledere, vikar etc.)

Mye administrativt arbeid – stillinger til dette i alle sektorer. Mer veiledning/kontroll av kompetansen, organisering av eksamen, gjennomføring etc.

➤ Hva er fordelene/gevinstene ved denne modellen?

Kan åpne for at spl uten videreutdanning og master har muligheten til å bli spesialister. Verdsetting av sykehusinterne kurs/kompetansehevende tiltak – muligheten til å bygge karriere basert på de kompetansehevende tilbudene som tjenestene gir sine ansatte. Tjenestene kan få muligheten til å utvikle interne utdanninger som tilrettelegges ifht tjenstenes egne behov, utdanningsløp osv. Kan være/vil være rekrutterende og bevarende. Dette kan være en god modell for tjenestene. Økt fleksibilitet for ansatte, karrieremuligheter og planlagt kompetanseutvikling over tid i arbeid.

➤ Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?

Generelt til alle modellene:

- ALLE modellene vil gi tjenestene økte lønnskostnader da en spesialistgodkjenning ganske raskt vil medføre lønnskrav og forventninger fra både de ansatte og arbeidstakerorganisasjonene.
- Utdanningene må organiseres slik at de bidrar til at helsepersonell blir værende i pasientbehandlingen og ikke søker seg bort.

- Det er vanskelig å se at noen av modellene ikke vil medføre økte kostnader for alle involverte, det gjelder både UH, tjenestene, samt godkjenningsmyndighetene – det er vanskelig å se hensikten med en spesialistgodkjenning hvis den IKKE skal være noe mer enn dagens spesialutdanning. Da har dette ingen verdi for tjenestene.

Vi ber dere også vurdere og spille inn på om nasjonal eksamen bør innføres uavhengig av modell for spesialistgodkjenning?

Det er en spennende tanke som bør utredes nærmere. Kan bidra til å sikre lik sluttkompetanse, samt at studentene nok vil kjenne på dette under utdanningene og opprettholde engasjementet igjennom hele utdanningsperioden, inkl den tiden som det stilles krav til om klinisk erfaring, utvikling og vedlikehold av kompetanse. Men, det vil kreve ressurser og den bør være en kombinasjon imellom teoretisk og praktisk prøve. OSCE-eksamen.

Bør det være et krav om klinisk erfaring de siste 5 årene

- JA

Det er behov for å være å ivareta allerede spesialisert kompetanse knyttet til aktuelle fagretninger som finnes i helse- og omsorgstjenestene. Det bør likevel stilles kriterier om nylig/oppdatert klinisk erfaring for søkere som har dette som del av sitt søknadsgrunnlag.

- Kunne vise til klinisk arbeidserfaring som spesialsykepleier innen fagområdet i minimum 5 år tilsvarende 100% stilling. Minimum 50 % av den praksisen som det blir søkt om godkjenning for, bør være opparbeidet innenfor den siste 10 årsperioden. Det må gjøres en helhetsvurdering av praksisen sammenliknet med kompetansemålene i gjeldende læreplan og i utviklingen av faget. Deltid omregnes til heltid for eksempel godskrives to år med 50 % stilling i faget som ett års fulltidspraksis.

eller

- Kunne vise til klinisk arbeidserfaring i stilling som helsesykepleier eller sykepleier innen psykisk helse- og rus/psykiatrisk sykepleier i minimum 5 år tilsvarende 100% stilling. Minimum 50 % av den praksisen som det blir søkt om godkjenning for, bør være opparbeidet innenfor den siste 10-årsperioden. Det må gjøres en helhetsvurdering av praksisen sammenliknet med kompetansemålene i gjeldende læreplan og i utviklingen av faget. Deltid omregnes til heltid for eksempel godskrives to år med 50 % stilling i faget som ett års fulltidspraksis.

Spesielt for jordmor

- Jordmødre er i dag registeret i HPR-registeret med en dobbelautorisasjon. *Dersom* jordmor skal konverteres til spesialistgodkjenning må det kunne vise til klinisk arbeidserfaring som jordmor innen fagområdet i minimum 5 år tilsvarende 100% stilling. Minimum 50 % av den praksisen som det blir søkt om godkjenning for, bør være opparbeidet innenfor den siste 10 årsperioden. Det må gjøres en helhetsvurdering av praksisen sammenliknet med kompetansemålene i gjeldende læreplan og i utviklingen av faget. Deltid omregnes til heltid for eksempel godskrives to år med 50 % stilling i faget som ett års fulltidspraksis

Med bakgrunn i det som er beskrevet over ønsker vi deres synspunkt/vurdering av krav til klinisk erfaring for søkere som har dette som del av sitt søknadsgrunnlag.

- STØTTES

Mottatt 18.11.2022 fra Mette Bøhn Meising fag- og kompetansesjef, Sykehuset Østfold:

Takk for utkast til reviderte modeller – spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper.

Her kommer mine innspill:

1. Definisjonen samsvarer med min oppfatning av kompetansenivå og kvalifikasjoner for norsk spesialistsykepleier.
2. Når det gjelder modellene vil kun modell 2 og 3 samsvare med definisjonen for norsk spesialistsykepleier. Modell 1 mangler tilstrekkelig erfaringsbasert kompetanse (veiledet praksis er noe helt annet enn erfaringsbasert kompetanse) og modell 4 mangler tilstrekkelig teoretisk kompetanse. Jeg mener derfor at modell 1 og 4 er uaktuell. Av den grunn blir disse modellene ikke kommentert videre.
3. En utfordring/fordel som gjelder både modell 2 og 3: Hvis kandidaten ikke har arbeidserfaring før opptak til masterutdanningene eller kortere videreutdanning vil kandidaten ikke få utdanningsstilling. Utdanningsstilling gis til ansatte i virksomheten med gode referanser fra klinisk praksis (spesielt dyktige sykepleiere). Fordelen for virksomheten er at kostnadene til utdanning går ned. Videre at døgnområdene samt akuttmottaket, som stort sett er de som rekrutterer til utdanningsstilling, får beholde sine dyktige sykepleiere. Ulempen er at spesielt dyktige kliniske sykepleiere, med ikke fullt så gode karakter fra bachelor, ikke når opp for opptak og dermed mister muligheten til faglig karriere i sykehuset. Ulempen er også at tyngden på praksisveiledning blir større i spesialavdelingene når kandidaten ikke har erfaringskompetanse fra sykepleieryrket. Det vil kreve mer av veiledere som i dag har en betydelig ressurskrevende arbeidsdag med daglig overbelegg av kritisk syke pasienter og flere studenter enn tidlige å ivareta (opptaket til AIO utdanningene er økt med 50 %). Dette må i tilfelle kompenseres med bla nye veiledningsmodeller og kombinerte stillinger.
4. Øvrige innspill til Modell 2 og 3:
 - Begge modellene gir tilstrekkelig kompetanse (både teoretisk og erfaringsbasert). Virksomheten trenger noen **få** spesialsykepleiere med master, men det største behovet er sykepleiere med utdanninger som har færre studiepoeng. Livslang læring satt i system sikrer at vi beholder våre dyktige spesialsykepleiere i jobb lenger ved at de får noe å strekke seg etter. En faglig karrierestige som gir den enkelte et økonomisk insitamant i form av økt lønn. Krav om **minst** 5 års klinisk praksis somspesialsykepleier **må** være en forutsetning for å bli godkjent spesialistsykepleier.
 - Modellene forutsetter at arbeidsgiver utformer gode kompetanseplaner i kompetanseportalen. Læringsmålene bør legges på nasjonalt nivå, men læringsaktivitetene på lokalt nivå. Økonomisk krever modellene at virksomheten tilrettelegger for å kvalifisereveiledere (intern utdanning av veiledere og evt supervisører/ evt formell veilederutdanning på HiØ) En lønnsøkning for sykepleiespesialister må også inn i budsjettene. Det er krevende når helsetjenesten sliter med ressursmangel og økonomi.

Nasjonal eksamen mener jeg ikke bør innføres.

Mottatt 18.11.2022 fra Karen B. D. Sannes, avdelingssjef, Utdanningsavdelingen, Stab Kompetanse, Vestre Viken HF:

Vi ønsker å gi følgende innspill til mottatt forslag og spørsmål:

Spørsmål knyttet til definisjonen på side 1:

- Vi mener at siste setning i siste avsnitt bør utdypes, alternativt strykes iom at vi finner den noe forvirrende.

Modell 1:

- Selv om det beskrives at det er vanskelig å stille krav om yrkeserfaring før spesialsykepleierutdanning, er vår oppfatning at det er uansett en fordel med klinisk relevant erfaring før man starter på en videre/ masterutdanning.
- Rammebetingelsene hvis man ikke har relevant klinisk erfaring vil være utfordrende i form av stort veiledningsbehov / stort behov for veiledere og lang opplæringsperiode etter jobbstart.
- Kostnadene vil være store og knyttet til det samme som nevnt over.
- Risiko / ulempe er størst knyttet til mangel på mengdetrening, for kortopplæringsperiode og fare for pasientsikkerheten.

Modell 2:

- Denne modellen bør ha et konkret krav om lengde på klinisk dokumentert praksis, men den vil kreve utdannede veiledere / supervisører med dertil kostnader forhelseforetakene. Det vil bli et langsiktig løp, men samtidig gi trygghet for at en sykepleiespesialist innehar høy kompetanse.

Modell 3:

- Vi bifaller ikke denne modellen, men ser at de med tidligere utdanning kan få mulighet til spesialistgodkjenning. Vi ser ikke at utvidet yrkespraksis vil kompensere for kortere utdanning, og det bør utvikles en tilleggsutdanning hvis denne modellen skal kunne gjennomføres.

Modell 4:

- Vi vurderer denne som ikke gjennomførbar.

Vi mener at nasjonal eksamen bør innføres uansett modell.

Vi mener at det bør være et krav om 5 års klinisk relevant erfaring samt 120 studiepoeng for å få spesialistgodkjenning.

Helse Nord RHF

[Mottatt 22.02.2023 fra Anita Mentzoni-Einarsen \(HR-direktør\) og Halvor Hygen \(spesialrådgiver\)](#)

Helse Nord RHF takker for muligheten til å kommentere Helsedirektoratets rapport om modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper.

Vi vil berømme direktoratet for god involvering av relevante aktører, og for å ha sammenfattet en grundig rapport som svarer ut oppdraget. Det er imidlertid to grunnleggende svakheter i rapporten som vi vil kommentere innledningsvis.

Den største svakheten er at man vurderer modeller uten å ta stilling til formålet, noe som også påpekes i rapporten. Rapporten gir altså ikke svar på hva man skal oppnå med en spesialistgodkjenning av de aktuelle sykepleiergruppene. Det kan ikke Helsedirektoratet klandres for, siden formål ikke er en del av utredningsoppdraget.

Vi mener formålet med en spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper må klargjøres for å sikre at man utreder løsninger som svarer på behovet i tjenesten. Så lenge formålet er uavklart må man være varsom med å konkludere i valg av modeller.

Det leder over til den andre svakheten i rapporten. Det er ikke gjort vurderinger av de fem ulike modellene som aktørene har gitt innspill på. Direktoratet har likevel konkludert med å foreslå kun tre modeller:

- **Modell 1** gir spesialistgodkjenning etter fullført mastergrad ved universitet eller høyskole. Dette tilsvarer dagens ordning for spesialistgodkjenning av klinisk allmennsykepleiere (AKS)
- **Modell 2** innebærer at det i tillegg til mastergrad må gjennomføres noen år med klinisk yrkesutøvelse i etterkant før spesialistgodkjenning innvilges.
- **Modell 3** skisser et utdanningsløp tilsvarende legenes, der spesialistutdanningen foregår underveis i praktisk yrkesutøvelse mens sykepleieren er i jobb.

Modell 3 bryter helt med dagens utdanningsordning for spesialsykepleiere. Man ender derfor raskt opp med kun to modeller som er gjennomførbare i praksis. Vi mener det er for tidlig å avgrense utredningen på denne måten.

Videreutdanninger på 90 studiepoeng oppfyller kravet om nasjonal, standardisert og forskriftsfestet kompetanse på et riktig nivå, og bør derfor også vurderes som en mulig hovedmodell.

Under følger våre øvrige kommentarer knyttet til fakta og presiseringer av våre tidligere innspill til rapporten.

Standardisert sluttkompetanse

Alle sykepleiergruppene i oppdraget - ABIOK, jordmor, helsesykepleier og sykepleiere i psykisk helse-, rus og avhengighetsarbeid - har i dag videreutdanninger på universitets- og høyskolenivå.

De nye nasjonale retningslinjene (RETHOS) skal sikre standardisering av kandidatenes sluttkompetanse, men dette problematiseres i rapporten. Det er ikke slik at retningslinjene åpner for ulik sluttkompetanse. I rapporten argumenteres det imidlertid for at kun 120 studiepoeng mastergrad sikrer at sykepleierne har grunnleggende forskningskompetanse.

Alle videreutdanningene har forskriftsfestede læringsmål innen vitenskapsteori, forskningsmetode og kunnskapsbasert praksis. Disse skal oppnås uavhengig av om kandidaten skriver en masteroppgave eller ikke. Det blir mer korrekt å si at arbeid med masteroppgave vil gi kompetanse utover det som er forskriftsfestet.

Modeller som bør utredes videre

Det er ikke riktig at Helse Nord foretrekker modellen sykepleier i spesialisering slik det fremgår i tabell 3, side 25 i rapporten.

Helse Nord RHF har anbefalt videre utredning av to av de fem opprinnelige modellene som Helsedirektoratet ba om innspill på, ref. pkt 2.2, side 24. Sykepleier i spesialisering var ikke en av disse.

Konsekvensene ved alle modellene må belyses bedre og sees i sammenheng med et avklart formål.

[Mottatt 21.11.2022 fra Anita Mentzoni-Einarsen \(HR-direktør\) og Halvor Hygen \(spesialrådgiver\)](#)

Spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper – Innspill fra Helse Nord RHF

Bakgrunn

Helse Nord RHF takker for muligheten til å gi innspill til modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiere.

Innenfor en svært stram tidsfrist har vi prioritert å gi innspill på modellene vi anbefaler å utrede videre. Det utelukker modell 1, og langt på vei også modell 4.

Vi støtter ikke at det gis spesialistgodkjenning uten dokumentert klinisk erfaring og kompetanse. Det vil bryte med forventningene og kjennetegnene på en som skal være spesialist i sitt fag som beskrevet i utkastet.

Vi ser heller ikke at en nasjonal eksamen som beskrevet i modell 4 kan gi grunnlag for spesialistgodkjenning alene. Selv med krav til utdanning og dokumentert klinisk erfaring/kompetanse vil det være krevende å måle spesialistkompetansen gjennom eksamen. Fastsettelse av innhold og vurderingskriterier må derfor vurderes nøye. Det kan fort bli både dyrt og administrativt krevende å gjennomføre eksamen også. Godkjent nasjonal eksamen kan uansett bare være et av flere vilkår for spesialistgodkjenning.

Anbefalte modeller for videre utredning

Helse Nord RHF anbefaler at modell 2 og modell 3 utredes videre. De vil oppfylle kravet om nasjonal, standardisert og forskriftsfestet kompetanse på et riktig nivå.

Vi legger da til grunn to forutsetninger for denne anbefalingen:

1. Dokumentert klinisk erfaring og kompetanse i spesialiteten skal være et vilkår i begge modellene. Kvalitet og gjennomstrømning må sikres på samme måte som for leger, ref. ny ordning for LIS utdanningen. Det må da utarbeides lærings mål for de ulike kompetanseområdene med anbefalte læringsaktiviteter. Dokumentasjon av klinisk kompetanse bør gjøres i etablerte digitale løsninger. Rammer for spesialiseringens løpet for sykepleiere må beskrives nærmere, herunder omfang og normert tid. Det er derfor ikke mulig å anslå hvilke kostnader en slik ordning vil ha for spesialisthelsetjenesten.
-
2. Innskjerping av forskriftsfestede krav til mastergrad er prinsipielt viktig og vil ha konsekvenser som må utredes bedre. Slik modell 2 beskrives er det kun 120 studiepoeng mastergrad etter §3 i *Forskrift om krav til mastergrad* som leder frem til godkjenning. Helse Nord RHF mener at en slik avgrensning ikke er tilstrekkelig begrunnet og belyst.

Den fremste fordelen med modell 2 er at den er enkel å forstå og administrere. Det er imidlertid bare en liten andel av dagens spesialsykepleiere som vil kunne oppnå spesialistgodkjenning etter denne modellen. Alle spesialsykepleiere må få samme mulighet til faglig utvikling som kan føre frem til spesialistgodkjenning. I motsatt fall vil det få en rekke negative konsekvenser både for den enkelte ansatte og for arbeidsgiver. Det er derfor svært viktig med et alternativ som passer bedre for flertallet av dagens spesialsykepleiere.

Modell 3 er et godt alternativ som ivaretar dette behovet. Den vil kunne fungere som en overgangsordning for spesialsykepleiere med utdanning etter tidligere modeller. UH-sektoren tilbyr allerede muligheter for påbygging, men det kan være behov for flere slike tilbud. Ulempen med modell 3 er at den er mer kompleks og krever mer administrative ressurser enn modell 2. Vilkår som reduserer spennet i utdanningsbakgrunn kan vurderes. Det vil i så fall gjøre det enklere å vurdere enkeltsøknader og redusere ressurspådraget. Hovedkriteriet for spesialistgodkjenning bør uansett være at søkers kompetanse ligger på tilsvarende nivå som i modell 2. Lang relevant praksis bør kunne kompensere for kortere utdanning. Kravene til dokumentert klinisk kompetanse bør for øvrig være de samme som i modell 2.

Vi støtter at det skal være krav om klinisk erfaring siste 5 år. Det vil sikre at søker er oppdatert i sitt fagfelt.

Halvor Hygen er kontaktperson ved spørsmål eller behov for mer utfyllende informasjon. Helse Nord RHF bidrar også gjerne i den videre utredningen av spesialistgodkjenning for ulike sykepleiergrupper.

Innspill fra utdanningssektoren

UiT Norges arktiske universitet

Mottatt 26.10.2022 fra Hilde Laholt, Fagansvarlig ved mastergradsutdanningen i helsesykepleie, Institutt for helse- og omsorgsfag

Vedrørende sak om utforming av modeller for spesialistgodkjenning i helsesykepleie

1) *Skal modell for spesialistgodkjenning gi alle sykepleiere mulighet for å bli spesialist? (hvis ja, hva er potensielle hindringer?)*

Vi ønsker å gi innspill som angår helsesykepleie som fagfelt.

2) *Hva kjennetegner kompetansen til en sykepleierspesialist?*

Kompetansen til en helsesykepleierspesialist krever sykepleiefaglig kunnskap på avansert nivå både teoretisk og klinisk. Det kreves reflekterte og selvstendige fagutøvere som tar ansvar for og er i stand til å gjøre systematiske kliniske vurderinger (skolering i veiledning/veilederkompetanse)

Helsesykepleierspesialisten skal være i stand til å gjøre prioriteringer og beslutte innen fagområdet, og kunne søke, kritisk vurdere og implementere forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. Dette bør innebære kompetanse i form av klinisk mastergrad (120 stp.)

Det må være overgangsordninger fram til muligheten for avstigning fra masterforløpet (videreutdanning 90 stp.) er fjernet. Dette innebærer at de som allerede har videreutdanning i helsesykepleie (60, 80 eller 90 stp.) + xx antall års klinisk erfaring kan bli spesialister eller få muligheter til å kvalifisere seg til mastergrad.

3) *Med utgangspunkt i figuren under ber vi dere vurdere og begrunne hvor dere mener innslagspunktet for spesialistkompetansen er, når er du spesialist?*

Modell 1: Spesialist godkjenning av sykepleiere med mastergrad (120 stp.) i aktuelt fagområde.

Dokumentasjonskrav: Vitnemål. Søke spesialistgodkjenning etter endt mastergrad.

Modell 3: Spesialistgodkjenning av helsesykepleiere med 90 stp (og 60 stp. og 80 stp) + visst antall år arbeidserfaring i klinisk utdanningsstilling/ overgangsordning med utløpsdato

Utdanningsinstitusjonene har kompetente fagfolk som er i stand til å utarbeide og gjennomføre nødvendig etterutdanning for kandidater som mangler masterkompetansen. Dette krever en satsing på etterutdanningskurs med tilstrekkelig finansiering.

Universitetet i Sørøst-Norge

Mottatt 7.10.2022 fra Anne Marie Gran Bruun (Instituttleder for master og videreutdanninger) Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, og Linn Hege Førsum (Programansvarlig for masterutdanning i avansert klinisk sykepleie)

Ved Universitetet i Sørøst Norge er vi svært positive til arbeidet om å innføre spesialistgodkjenning for flere sykepleiergrupper. Masterutdanningene er rettet mot spesifikke samfunnsbehov, og utdanner spesialiserte sykepleiere til avanserte roller innenfor ulike deler av helsetjenesten. Fra et utdanningsperspektiv mener vi innføring av spesialistgodkjenning kan være et viktig virkemiddel for å sikre et definert nivå i forhold til faglighet og kvalitet på tjenesten.

USN har per dags dato

- 1) Master i anesthesisykepleie
- 2) Master i avansert klinisk allmennsykepleie
- 3) Master i helsesykepleie
- 4) Master i intensivsykepleie
- 5) Master i jordmorfag
- 6) Videreutdanning i operasjonssykepleie (skal i tråd med RETHOS 3 utvikles til en master)
- 7) Videreutdanning i kreftsykepleie (skal i tråd med RETHOS 3 utvikles til en master)
- 8) Master i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet (fagmiljøet søker nå om utredningstillatelse)

I lov om helsepersonell § 51(2001) og via forarbeidene til loven understrekes behovet for autorisasjon spesielt der yrkesutøvelsen innebærer særlig risiko for pasienten samt selvstendig og direkte ansvar for behandling, pleie og eller oppfølging av pasienter. Derfor ser vi denne utredningen som særlig viktig.

Det er verdt å nevne at det allerede er gjennomført 2 piloter knyttet til innføring av spesialistgodkjenning for spesialsykepleiere. Det var i forhold til anestesisykepleiere og helsesykepleiere. Hensikten var å beskrive ansvarsområder og utarbeide kompetansekriterier for spesialistgodkjenning. For anestesisykepleierne ble ordningen og kompetansekriteriene testet ved tre sykehus, henholdsvis Rikshospitalet, Helse Vest og Sykehuset Østfold.

I informasjonsskrivet er det skissert fire hovedutfordringer, som i hovedsak omhandler 1) tilgang til spesialisert kompetanse, 2) krav til faglig oppdatering, 3) ulik sluttkompetanse på utdanninger omfattet av RETHOS 3 og 4) bærekraft.

Til innspillmøtet 4.10.2022 ble sentrale aktører bedt om å svare ut særlig to hovedspørsmål knyttet til 1) det skisserte utfordringsbildet og 2) og gi konkrete forslag til momenter som bør tas inn i modellforslagene. Videre omtales vårt tilsvarende til de to nevnte spørsmålene.

1. I hvilken grad mener dere at utfordringsbildet 1-4 favner situasjonen modellene for spesialistgodkjenning skal fungerer innenfor? Andre utfordringer som bør løftes frem?

En av utfordringene som det pekes på er behovet for lik sluttkompetanse. En spesialistgodkjenning må være fundert på et masterstudium. Det norske utdanningssystemet er bygget på føringer lagt gjennom Bolognaprosessen, og bygger på en gradsstruktur med tre nivåer. Likevel åpner RETHOS 3, som Helsedirektoratet påpeker, opp for en avhoppsmulighet etter 90 studiepoeng. Erfaring viser imidlertid at de fleste studenter velger å gjennomføre hele studieforløpet, spesielt dersom forholdene legges til rette for det fra arbeidsgiver. Fra et utdanningsperspektiv er det viktig å understreke den merverdien en masterutdanning kan gi i form av spesialiserte sykepleiere som evner å koble direkte pasient nærpraksis med akademisk kompetanse. Å legge til rette for masterkompetanse kan sette de i stand til å jobbe kunnskapsbasert med både kliniske og organisatoriske problemstillinger, og bidra til økt pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene. En gradsgivende eksamen i form av en mastergrad bidrar dessuten til muligheter for phd studier for sykepleiere i klinisk virksomhet, noe som vil være betydningsfullt i helsetjenestenes kvalitetssikring og videreutvikling. I utfordringsbildet pekes det ikke på behovet for spesialisert kompetanse som kan innfri helsetjenestenes krav om kvalitetssikring, kontinuerlig faglig oppdatering og kvalitetsutvikling i form av sykepleiere som har nettopp denne kompetansen. Vi mener derfor det er viktig å påpeke dette. I internasjonal sammenheng er masterkompetanse et minimumskrav for yrkesutøvelse i selvstendige roller med spesialiserte sykepleiefunksjoner. Vi mener det er viktig at Norge legger til grunn de samme kravene sett i lys av dagens og morgendagens kompetanse behov i helsetjenestene. Et premiss for vårt tilsvarende til utredningen er derfor at diskusjonen om ulike modeller for spesialistgodkjenning må baseres på en felles forståelse om at mastergrad er minimum kompetansekrav.

2. Har dere konkrete forslag til elementer som må tas inn i modellforslagene, og hvordan dette kan underbygge formålet med å øke pasientsikkerhet og kvalitet på helsetjenester samt økt tillitt til spesialistene?

I det følgende skisserer vi ulike modeller som kan tenkes hensiktsmessige for innføring av spesialistgodkjenning for sykepleiere med avansert kompetanse innenfor ulike områder (som skissert av notat).

Dagens modell for avansert klinisk allmennsykepleie

Spesialistgodkjenning for spesialister i allmennsykepleie baseres i eksisterende modell på en forskriftsfestet 120 studiepoengs mastergrad. AKS kan søke Helsedirektoratet om spesialistutdanning ved oppnådd grad.

Modell med nasjonal eksamen

- 1) Integrert nasjonal eksamen innenfor relevant fagområde for den spesialiserte sykepleiefunksjonen. Administrert av den enkelte utdanningsinstitusjon (for eksempel utviklerutdanningskomiteen i anestesisykepleierne NSF nasjonal eksamen som USN benytter i masterutdanningen i anestesisykepleie) eller
- 2) Gradsgivende utdanning supplert med nasjonaleksamen i etterkant av fullført mastergrad.

Modell med utviklet kompetanseprogram som inkluderer krav om sertifisering/resertifisering

Et slikt program vil tilrettelegge for at sykepleiere med spesialistgodkjenning innehar nødvendige kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse til selvstendig yrkesutøvelse. Et eksempel er at man innen en 5 års periode må gjennomføre 100 timer med faglig oppdatering, samt at det kan legges til rette for etterutdanning ved utvidelse av rettigheter. Den enkelte spesialist har ansvar for å registrere gjennomført kompetanseprogram i en dertil egnet portal.

Modell med etablering av nasjonalt kompetansesenter for arbeid med avanserte sykepleieroller

Etablering av et senter med mandat om å sørge for at sykepleiere med spesialistgodkjenning har den nødvendig kompetanse som myndighetene til enhver tid krever, og som sikrer kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene.

Senteret bør kunne:

- Operere i nær tilknytning til Helsedirektoratets avdeling for administrering av spesialistgodkjenning for helsepersonell, med særlig ansvar for spesialistgodkjenning av sykepleiere med spesialistkompetanse.
- Jobbe med kvalitetssikring av nasjonal eksamen, sertifisering- og resertifiseringsordninger.
- Tilknytte seg representanter fra de berørte aktører (utdanning, yrkesutøvere, helseforetak, kommuner, brukerorganisasjoner etc.) som innehar ekspertise på kompetansekrav og helsetjenestenes kompetansebehov.
- Arbeide som et kompetansefyrtårn rettet mot hvordan sykepleiespesialistene kan bidra med kompetanseløft til øvrig helsepersonell og hensiktsmessig oppgavedeling i helsetjenesten.

USN ser betydningen av etablering av et slikt kompetansesenter, og er villig til å se på muligheten for å ta på seg et slikt arbeid.

Mottatt 2.11.2022 fra Linn Hege Førstund (Programansvarlig for masterutdanning i avansert klinisk sykepleie, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap)

Innspillsmøte 2, betraktninger fra USN

1) Skal modell for spesialistgodkjenning gi alle sykepleiere mulighet for å bli spesialist? (hvis ja, hva er potensielle hindringer?)

Det er noen uklarheter knyttet til de ulike modellene som er skissert. Slik vi tolker det er det kun modell 1 og 2 som inneholder krav om fullført mastergrad. Siden vi mener at masterkompetanse må ligge til grunn som minimum kompetansekrav for spesialistgodkjenning, så er det modell 1 og 2 som best ivaretar dette.

Det gjelder særlig i forhold til praksiskravet, og hva som menes med valgfritt i modellen. I mange av spesialitetene er krav om klinisk praksis etter fullført bachelorutdanning i sykepleie viktig for å kunne oppnå læringsutbyttebeskrivelsene jmf nasjonale retningslinjer, og sikre utvikling av avansert klinisk kompetanse. Vi mener derfor at praksiskrav mellom bachelor- og masterutdanning må tilpasses den enkelte spesialitet, og ta høyde for de ulike spesialitetenes særegenheter og behov. Dette mener vi bør tydeliggjøres i modell 1. Dersom en tydeliggjøring av praksiskrav tilpasset spesialiteten innlemmes som premiss for opptak til masterutdanning i modell 1 mener vi dette er modellen med størst potensiale til å ivareta bærekraft og ressursperspektivet. Imidlertid bør man også vurdere innlemming av nasjonal eksamen og/eller kompetanseløp i etterkant av masterutdanning rettet mot å sikre yrkesutøvernes kompetanse til å ivareta selvstendige roller og oppgaver (som for eksempel administrering av potente medikamenter, forskrivning av legemidler, henvisningsrett etc.)

Videre finner vi ingen krav til nasjonal eksamen eller videre kompetanseutvikling etter fullført mastergrad i modell 1, men dette ligger delvis inne i modell 2. For å kunne ivareta spesialistkompetanse bør det tilrettelegges for et kompetanseløp i etterkant av fullført masterutdanning knyttet opp mot de spesifikke rollene og funksjonene som sykepleiespesialisten skal ivareta. Dette kan ligge til grunn for en resertifisering.

I modell 3 legges videreutdanning på 90 studiepoeng til grunn. Som overgangsmodell kan denne være formålstjenlig dersom kandidaten også bygger på med mastergrad før søknad om spesialistgodkjenning. Men modellen i seg selv bør ikke legges inn som et hovedpremiss for spesialistgodkjenning for sykepleiere da den ikke omfatter et helhetlig masterløp. Det samme gjelder modell 4 og 5.

På spørsmål om modellene bør gi alle sykepleiere mulighet til å bli spesialist mener vi nei. Spesialistgodkjenning bør gjelde sykepleiere med en spesifikk og selvstendig rolle og funksjon i helsetjenesten, med dertil tilhørende forskriftsfestet masterutdanning. Og det fører oss til spørsmål 2. om hva som kjennetegner sykepleiespesialistene,

2) Hva kjennetegner kompetansen til en sykepleierspesialist?

En sykepleiespesialist er etter vår mening en sykepleier som gjennom forskriftsfestet masterutdanning har opparbeidet seg kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse til å ivareta selvstendige roller og funksjoner innenfor sin sykepleiespesialitet. Krav til resertifisering knyttes til gjennomført kompetanseløp innenfor spesialiteten.

3) Med utgangspunkt i figuren under ber vi dere vurdere og begrunne hvor dere mener innslagspunktet for spesialistkompetansen er, når er du spesialist?

Innslagspunktet for når man er spesialist mener vi er når man har kompetanse til å ivareta disse rollene. Det vil si når man har klinisk praksis som sykepleier og har fullført forskriftsfestet mastergrad innenfor spesialiteten.

Høgskulen på Vestlandet

Mottatt 7.10.2022 fra Else Cathrine Lütcherath Rustad, Viseinstituttleiar, Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Innspill fra Høgskolen på Vestlandet, spesialistgodkjenning for sykepleiere, ad. Møte 4.10.22

Høgskolen på Vestlandet imøteser positivt initiativet til utredning av spesialistgodkjenning for sykepleiere, og takker for muligheten til innspill.

Om utfordringsbildet skissert i informasjonsskriv;

- 1) Det er vår oppfatning at punkt 1, tilgang på helsepersonell og rekrutteringsutfordringer må sees separat fra vurdering av spesialistgodkjenning og slikt sett ikke berører det gjeldende anliggende. Det vil allikevel være viktig å ta utfordringsbilde med i betraktning ved vurdering av gode overgangsordninger eller andre tilretteleggingstiltak, men dette er fortrinnsvis et implementeringsspørsmål mer enn en modell for kompetansevurdering.
- 2) Et offentlig system for resertifisering ved spesialistgodkjenning, for å kvalitetssikre faglig oppdatering, vurderes å gå utover et sykepleiefaglig formål og må i så fall gjelde alle yrkesgrupper med spesialistgodkjenning.
- 3) RETHOS 3 omfatter avstigingsmuligheter. Det gir en utydighet med henblikk på hvilken kompetanse helsetjenesteutøverne besitter og redusert mulighet for faglig fornying og videreutvikling av tjenestene. Dette er et viktig grunnlag for vår videre tilnærming til spesialistgodkjenning som bør imøtekomme det beskrevne utfordringsbildet.
- 4) Det er vår oppfatning at økt ressursbruk ved spesialistgodkjenning på sikt kan bidra til redusert ressursbruk gjennom en tydeliggjøring av oppgaver og eksplisitt oversikt over tilgjengelig kompetanse.

Oppsummert er det vår mening at de beskrevne utfordringer favner dagens situasjon. Samtidig skal ikke en spesialistgodkjenning for sykepleiere være en løsning på alle de beskrevne momentene. Spesialistgodkjenning skal fortrinnsvis være en standardisering av kompetanse og ansvarsområder, for å bidra til kvalitet i helsetjenestene og ivareta pasientsikkerhet, i samsvar med Helsepersonellovens § 1.

Elementer for modellforslag, som underbygger pasientsikkerhet, kvalitet og tillit:

- Spesialistgodkjenning må brukes for å underbygge eksisterende utdanningsnivå, i samsvar med Bologna-prosessen og derved tilgjengeliggjøres ved mastergrad og ikke videreutdanningsnivå. Spesialistgodkjenningens ansvarsområder, knyttet til fagutvikling og forskning, kunnskapsbaserte prosesser og selvstendighet i arbeidet, sammenfaller med de krav som foreligger til masterkompetanse.
- Masterkompetanse vil kunne gi en forutsigbar og forenklet forvaltning basert på kvalifikasjonsmessig transparens og tydeliggjøre ansvars- og myndighetsområder. Dette gjelder særlig kompetansefelt som ny master i psykisk helse og rus og tilsvarende fagfelt som har en til dels utydelig avgrensning inn mot andre yrkesgrupper.

- Resertifisering ansees som tidligere beskrevet å være et større anliggende som også omfatter andre faggrupper med spesialistgodkjenning. OM resertifisering skal være en del av en modell, bør den omfatte både oppdatert klinisk erfaring og forskningsbasert fagutvikling, som arbeidsgiver forpliktes å legge til rette for, gjennom målrettet avsatt tid og kursing. En resertifisering kan dermed håndteres utenfor utdanningssystemet. Omfang og gjennomføring av resertifisering bør trekke vekslers på andre spesialistgodkjenningsmodeller for å skape forutsigbarhet og tydeliggjøring av spesialistkompetansen som godkjenningen omfatter.

Mottatt 31.10.2022 fra Else Cathrine Lütcherath Rustad, Viseinstituttleiar, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Tilbakemelding fra Høgskulen på Vestlandet, innspillsmøte 2, spesialistgodkjenning

- Det er vår oppfatning at en spesialistgodkjenning ikke primært handler om praktiske ferdigheter, men om klinisk anvendt kunnskap som tilsier at en innehar en særlig kompetanse. Dette sammenfaller med kompetansekravene som ligger formelt i en mastergrad, som er beskrevet i modell 1, alternativt også modell 2. Det er derfor disse to modellene vi anser som aktuelle.
- Ettersom mastergrad ikke har vært et krav for å få godkjent videreutdanninger tidligere, vil det være behov for gode overgangsordninger. Øvrige modeller kan være aktuelle i et slik henseende.
- Det er et vesentlig moment knyttet til bærekraft at kompetansebehovet både i helse- og omsorgssektoren og i UH-sektoren må ivaretas for å kunne imøtekomme kompetansemangelen. En bærekraftig modell vil derfor innebære kompetanseløp som gir avsetninger til begge, slik at vi kan bygge robuste fagmiljø på tvers av sektorene. En spesialistgodkjenning må hvile på et fullendt masterløp, som også omfatter kompetanse knyttet til gjennomføring av forskning og fagutvikling med arbeidslivsrelevans.
- Modeller som legger til grunn at kandidaten har en utdanningsstilling hos arbeidsgiver mens en fullfører sitt utdanningsløp, oppfattes fra vår side som en flaskehals, både rekrutteringsmessig og med henblikk på gjennomførbarhet.
- I informasjonsskrivet fra Helsedirektoratet beskrives modeller som legger til grunn klinisk erfaring mellom bachelorgrad og mastergrad. Opptakskrav som innbefatter praksis er et anliggende knyttet til opptaksreglement, og bør ikke innbefattes i en spesialistgodkjenning.
- Om en spesialistgodkjenning skal omfatte klinisk erfaring utover det som ligger i forskriftene, nivåene i kvalifikasjonsrammeverket, og det omfanget av formelle praksisstudier som ligger i bachelor og mastergraden, så bør den skille seg fra øvrig yrkeserfaring og praksisstudier:
 - Den kliniske erfaringen bør være veiledet, etter oppnådd masterkompetanse, med spesifiserte målområder som skal oppnås, hvor arbeidsgiver forpliktes til tilrettelegging i gjennomføringen.
 - En målrettet klinisk kompetanseheving vil gi en mer eksplisitt spesialistkompetanse, sammenlignet med en mer generell -og gjerne «tilfeldig» klinisk

erfaring mellom bachelorgrad og mastergrad kan ivareta. Implisitt ligger en tydeliggjøring av kompetanseområdene som en spesialistkompetanse innebærer.

- Ved å legge til grunn en modell som hviler på fullendt formelt masterløp, eventuelt med ett års klinisk, målstyrt utdanningsstige i etterkant, organisert av arbeidsgiver, så vil forvaltningen være forenklete og gjennomførbart.
- Det er samtidig viktig at en ikke legger restriksjoner gjennom en modell som tilsier at en ikke kan gå i arbeid etter endt formelt utdanningsløp, eller at det innebærer utfordringer knyttet til veilederkapasitet i klinikk.
- Resertifisering ansees kun som relevant i det dette er en gjeldende tilnærming også innenfor andre fagfelt. Det vil være lite hensiktsmessig og legge særlige krav og restriksjoner innenfor sykepleie.

Mottatt 18.11.2022 fra Else Cathrine Lütcherath Rustad, Viseinstituttleder, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Tilbakemelding på utkast til reviderte modeller per 11.11, fra Høgskulen på Vestlandet

Samsvarer definisjonen med deres oppfatning av kompetansenivå og kvalifikasjoner for norsk spesialistsykepleier?

En definisjon av norsk spesialistsykepleier bør hentes fra nivå 7 i det norske kvalifikasjonsrammeverket, herunder mastergrad. Definisjonens første avsnitt bør derved være i umiddelbart samsvar med kvalifikasjonsrammeverket. Om spesialistgodkjenningen skal omfatte klinisk yrkeserfaring utover mastergraden, så må denne defineres som et tillegg, en egen handlingskompetanse som yrkeserfaringen skal lede frem til. I fremlagt forslag så kan definisjonens siste avsnitt tenkes å ivareta dette gjennom følgende setning:

Den samlede kompetansen danner grunnlag for et handlingsrepertoar, som gir sykepleierspesialisten mulighet til selvstendig å vurdere, analysere, beslutte og handle faglig forsvarlig i pasientsituasjoner, ta egne avgjørelser, samt veilede kollegaer og andre yrkesgrupper.

Skillet mellom masterkompetanse og yrkeserfaring er av betydning, både for å gjøre eksplisitt hva yrkeserfaringen skal lede frem til, og fordi en bør være varsom med å legge på et eget kvalifikasjonsnivå som er «konkurrerende» til kvalifikasjonsrammeverket.

En definisjon trenger ikke beskrive hva spesialistgodkjenning ikke omfatter.

Modellene kommenteres samlet:

Både modell 1 og modell 2 beskriver spesialistkompetanse etter fullendt masterløp, og er således i samsvar med vår oppfatning av hvilken formalkompetanse som bør ligge til grunn for spesialistsykepleier. For UH-sektoren vil ikke dette gi implikasjoner med henblikk på rammebetingelser. Det vil allikevel kunne være noe økt behov for veiledere på masteroppgaver. Arbeidslivsrelevante problemstillinger og veiledersamarbeid med spesialistsykepleiere i helse- og omsorgssektoren kan positivt bidra til en smidigere utdanningsløp og økt kompetanse- og forskningssamarbeid på tvers av sektorene.

Med henblikk på yrkeserfaring må det differensieres mellom opptakskrav til mastergrad og yrkeserfaring som et grunnlag for å oppøve et handlingsrepertoar som beskrevet ovenfor. Etter vår oppfatning er dette på et høyere kompetansenivå hvor en skal videreutvikle kompetansen fra mastergrad til blant annet å kunne veilede kollegaer. Yrkeserfaring som opptakskrav til mastergrad har ikke krav om relevans, den er ikke veiledet og skal ikke lede frem til et formalisert handlingsrepertoar og kan derfor vanskelig sees som et anliggende i sammenheng med spesialistgodkjenning. Derimot vil sistnevnte kunne bidra til et redusert opptak gjennom å pålegge kvalifikasjonskrav som ikke har dokumentert kompetansemessig effekt.

Med henblikk på modell 3 er det utfordrende å se hvordan en uten masterkompetanse kan erverve en spesialistgodkjenning. Utvidet yrkespraksis kan ikke kompensere for kortere utdanning. Det vil være rimelig at UH-sektoren tilbyr påbyggingsmoduler. Modell 3 innebærer en risiko for å sementere eksisterende praksiser.

Nasjonal eksamen i henhold til modell 4 kan være en standardisering av kompetanse nasjonalt. Nasjonal eksamen må gjennomføres etter oppnådd mastergrad og eventuelle krav om yrkeserfaring før en kan fremstille seg til eksamen. Samtidig kan dette innebære økt forvaltning av spesialistgodkjenningen.

Som en overgangsordning kan klinisk erfaring være en del av søknadsgrunnlaget som beskrevet. Dette bør i så fall omfatte alle spesialiseringer, ikke psykisk helse og rus/psykiatrisk sykepleier alene. Tilsvarende fremstår den beskrevne konvertering av jordmorautorisasjon som rimelig.

OsloMet storbyuniversitetet

Mottatt 7.10.2022 fra Marit Kirkevold, Instituttleder, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Utrede ulike modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper-innspill fra OsloMet

OsloMet takker for muligheten til å komme med innspill til arbeidet med å utrede modeller for spesialistgodkjenning for sykepleiergrupper. Her kommer noen punkter fra oss, basert på innspill fra fagmiljøene våre:

- Fagmiljøer innen spesialsykepleie, bl.a. innen anestesi- og intensivsykepleie, har arbeidet for at disse utdanningene skulle få spesialistgodkjenning i mer enn 20 år. Vi ser svært positivt på dette initiativet. Vi mener at en spesialistgodkjenningsordning vil styrke utdanningenes kvalitet ved at utdanningene vil sørge for at kravene til spesialistgodkjenning innfris. Videre vil det kunne øke rekrutteringen til utdanningene og interessen for disse stillingene i klinikken da en spesialistgodkjenning gir en anerkjennelse av kompetansen til de som har tatt disse utdanningene.
- En spesialistgodkjenning må bygge på et masterstudium. Dette gjelder både AABIO, helsesykepleie og andre kliniske spesialiseringer innen sykepleie.
- Masterutdanning i kliniske sykepleiespesialer, som AABIO og helsesykepleie, er nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten og redusere faren for unødig variasjon i avansert klinisk praksis. Dette er også rimelig i lys av den spesialistgodkjenningen

som allerede er etablert innen avansert klinisk allmennsykepleie, hvor en fullført master er kravet.

- Spesialistgodkjenning uten avsluttet master vil sementere en foreldet utdanningsstruktur som ikke er i tråd med utdanningsstrukturen Norge har forpliktet seg til (3+2+3) og er heller ikke i tråd med internasjonale trender for spesialistgodkjenning innen avansert klinisk sykepleie.
- En mastergrad i AABIO, helsesykepleie og andre spesialiseringer gir avansert klinisk kompetanse, samt akademisk kompetanse. Dette er en forutsetning for å kunne sikre at tjenestene er kunnskapsbasert. Det gir også utgangspunkt for forskning på eget fagfelt, til beste for pasienter, pårørende og helsetjenestene. Det er stort behov for intensivt forskning og fagutvikling innenfor de kliniske sykepleiespesialene. Dette bør anerkjennes gjennom spesialistgodkjenningsordningen, på samme måte som spesialistgodkjenningen i avansert klinisk allmennsykepleie.
- Avstigningsmuligheter fratart/vanskeliggjør muligheten for at spesialsykepleiere kan gå videre med en doktorgrad. For å unngå denne uheldige konsekvensen bør master være krav for å få spesialistgodkjenning. Dette er også i tråd med samfunnets behov for kompetanse for å sikre utdanningene innen dette feltet fremover.
- I prinsippet er dokumentert faglig oppdatering et viktig prinsipp for å opprettholde spesialistgodkjenning. Dette er et bærende prinsipp i mange land vi ønsker å sammenligne oss med. Hvis et slik krav skal innføres, må det imidlertid gjelde alle faggrupper som får spesialistgodkjenning. Dette kravet må derfor sees i en større sammenheng.
- Hvis resertifisering skal inngå i spesialistgodkjenningsordningen, må det etableres et godt, robust og transparent system for dette som gjør det praktisk gjennomførbart og sikrer kvalitetssikret kompetanse over tid. Det finnes gode modeller for dette internasjonalt.

Konkrete innspill vedr. utforming av ulike modeller for spesialistgodkjenning til sykepleiere innen spesialsykepleie og lignende kliniske utdanninger

Vi ser for oss to modeller som aktuelle:

Hovedmodellen bør legge seg tett opp til den eksisterende modellen for spesialistutdanning for avanserte kliniske allmennsykepleiere, altså mastergrad som møter gjeldende nasjonale retningslinjer utformet gjennom Rethosystemet. Rethosgruppene som har utformet de nasjonale retningslinjene er som kjent sammensatt av like mange medlemmer fra helsetjenestene og fra utdanningsinstitusjonene. Tjenestene står dermed bak de nasjonalt vedtatte retningslinjene for de utdanningene hvor spesialistgodkjenning er aktuelt.

Ved å ha en nasjonal retningslinje som spesifiserer kravene til spesialistgodkjenning vil myndighetene sørge for at utdanningsinstitusjonene retter sine utdanninger inn mot spesialistgodkjenningen. Dette vil gjøre det mindre ressurskrevende for helsemyndighetene å administrere spesialistgodkjenningsordningen og en kan trekke på det systemet og de erfaringene en allerede har med spesialistgodkjenning av avanserte kliniske allmennsykepleiere.

Supplerende modell: For å gi muligheter for spesialistgodkjenning for sykepleiere som allerede er utdannet, men som ikke møter kravene til masterkompetanse og læringsutbyttene

slik de fremgår i gjeldendenasjonale retningslinjer, bør en vurdere å legge til rettefor en tidsbegrenset overgangsordning, der realkompetanse kan erstatte noen av kravene i de nasjonale retningslinjene. Denne modellen bør ha som mål at de som gis spesialistgodkjenning har tilsvarende kompetanse som de med masterutdanning, men at kompetansen er tilegnet gjennom alternative kvalifiseringsløp. Søkere i denne kategorien vil typisk kunne møte kravene til avansert klinisk kompetansegjennom en klinisk videreutdanning, men ikke nødvendigvis ha den akademiske kompetansen som typisk er del av en klinisk mastergrad. Eksempler på alternativ kvalifisering som eventuelt vil kunne vurderes å erstatte den akademiske kompetansen i en mastergrad kan være deltakelse i kvalitetsutvikling-/fagutviklingsprosjekter dokumentert gjennom skriftlig rapport, fagartikkel, klinisk retningslinje e.l.(dette bør i tilfelle spesifiseres nærmere).I denne modellen bør det nedsettes en fag-/ressursgruppe som kan vurdere søknader om spesialistgodkjenning med utgangspunkt i overgangsordningen, etter mønster fra spesialistordningen i avansert klinisk allmennsykepleie. Det bør i tilfelle utvikles klare retningslinjer om hva som kan vurderes å erstatte/kompensere for mangler i utdanningen til disse gruppene, slik at det er klart for potensielle søkere hvilke kriterier som vil ligge til grunn for en vurdering av om søker møter kvalifikasjonskravene.

OsloMet ser frem til å bidra videre i dette viktige arbeidet og imøteser mulighetene til å spille inn på utkast til ulike modeller på et senere tidspunkt. Vi stiller oss også til rådighet dersom vi kan bidra på andre måter i det pågående arbeidet.

Mottatt 1.11.2022 fra Marit Kirkevold, Instituttleder, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Innspill til modeller for spesialistgodkjenning

OsloMet takker for muligheten til å gi innspill på arbeidet med å utvikle modeller for spesialistgodkjenning for sykepleiere. Utgangspunkt for OsloMet sine anbefalinger er følgende premisser som fremgår i følgebrevet fra Helsedirektoratet:

Spesialistgodkjenning skal fortrinnsvis være en standardisering av kompetanse for å bidra til kvalitet og ivareta pasientsikkerhet. For tilsynsmyndigheter er det to forhold som er viktig når helsepersonell skal autoriseres eller gis spesialistgodkjenning:

- 1) At det er tydelige og enhetlige krav til innholdet i utdanningen slik at det går an å ha en formening om hva personellet kan og hva man kan forvente om kompetanse og ferdigheter.
- 2) Og at det er klare krav til faglig atferd og faglig arbeid. At det gis anbefalinger og stilles krav i faglige retningslinjer og behandlingsretningslinjer, slik at hvis det kommer en klage så vet aktuelle tilsynsmyndighet hva som skal kunne forventes og hvordan en behandling skal utføres.

De fem skisserte modellene er vurdert med utgangspunkt i disse premissene.

Aktuelle modeller for spesialistgodkjenning

Modell 1 og 2 er begge aktuelle modeller som grunnlag for spesialistgodkjenning, da de møter kravet om standardisert kompetanse, basert på studieprogram utviklet gjennom Rethos. Dette er svært positivt, med tanke på at de nasjonale retningslinjene er utviklet av

programgrupper hvor utdanning og helsetjenesten er representert på en likeverdig måte (like mange medlemmer fra hver sektor). Det er også positivt at en velger masterkompetanse som krav da det er konsistent med spesialistgodkjenningen av avanserte kliniske allmennsykepleiere og at modellene bygger på Bologna-avtalen. Begge modeller legger til rette for videre kvalifisering til doktorgrad, som er svært viktig med tanke på å sikrenødvendig kompetanse i utdanningsinstitusjonene i årene fremover (doktorgradsutdannede lærere). Master- og doktorgradskompetanse er også nødvendig i helsesektoren for å bidra til forskning, kvalitetsutvikling og innovasjon.

Av de to modellene foretrekker OsloMet modell 1. Denne er mest bærekraftig ved at endt masterutdanning, bygget på en utdanning som følger de nasjonale retningslinjene, gir grunnlag for å søke spesialistgodkjenning. En utdanning som fyller kravene i de nasjonale retningslinjene har den kompetanse som utdanningsinstitusjonene og helsetjenestene sammen har kommet frem til. Denne modellen er dessuten sammenlignbar med den som allerede eksisterer for avanserte kliniske allmennsykepleiere. Den organisatoriske/administrative strukturen som kreves for å håndheve spesialistgodkjenningen er dermed på plass.

OsloMet mener, i likhet med helsetjenestene, at klinisk erfaring er avgjørende for å sikre spesialistkompetanse. Det er derfor svært uheldig at Rethosprogramgrupper ikke be gitt mulighet til å formulere opptakskrav, inkl. klinisk erfaring før oppstart av masterutdanning, slik de opprinnelige rammeplanene hadde. Dette ville ha sikret at nyutdannede sykepleiere (med bachelorgrad) ville fått kliniske erfaring og oppnådd selvstendighet før oppstart på spesialistutdanning, noe som ville bidratt til et godt læringsutbytte av den kliniske masterutdanningen og gjøre det enklere for utdanningsinstitusjonene å sikre lik kompetanse etter endt utdanning. Masterutdanningen inneholder mye veiledet klinisk praksis (opptil 50%). Denne gjennomføres i tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten og både veiledning og evaluering er et samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og helsetjenesten. Dette sikrer at spesifisert sluttkompetanse er oppnådd før uteksaminering. Dermed vil modell 1 være en fornuftig og forsvarlig modell.

Selv om ikke Helsedepartementet har kontroll over lovverket knyttet til Rethos (utover å sitte i styringsgruppen sammen med de øvrige sektordepartementer) må det, etter OsloMets mening, kunne være mulig å kreve klinisk erfaring før tildeling av spesialistkompetanse. OsloMet er klar over at utdanningsinstitusjonene står fritt til om de vil kreve klinisk yrkeserfaring for opptak til kliniske mastere. Modell 1 og/eller 2 bør åpne for at det kreves 2 års klinisk erfaring som sykepleier før oppstart av masterutdanning i spesialsykepleie, alternativt etter avlagt master. Dette for å sikre opparbeidelse av faglig trygghet, selvstendighet og integrering av teori og praktiske ferdigheter. Dersom helsemyndighetene krever dette, vil utdanningsinstitusjonene legge til rette for det. Alternativt kan en legge opp til en modell hvor 2 års praksis er valgfritt før oppstart på master, men at 2 års dokumentert praksis, helst med mentorordning, må være gjennomført før spesialistgodkjenning kan tildeles. Da må arbeidsgivere legge til rette for dette og kunne dokumentere det på en betryggende måte og kriterier utformes som sikres transparens og rettferdighet på tvers av arbeidsplasser.

Ikke aktuelle modeller

Vi vurderer det slik at modell 4 og 5 ikke er forenlig med det som ligger som premiss for arbeidet med spesialistgodkjenning – nemlig standardisering av kompetanse og en forsikring om at alle med spesialistgodkjenning har samme kompetanse. Når arbeidsgiver skal ha

ansvaret for spesialisering, uten å måtte forholde seg til nasjonale retningslinjer, vil både innhold, opplæring og evaluering kunne bli forskjellig fra arbeidsgiver til arbeidsgiver. Dette vil være meget uheldig og ikke et hensiktsmessig system for å sikre at alle har samme kompetanse.

Modell 3 inneholder en standardisering av kompetansen innenfor 90 studiepoeng som tilsvarer de tidligere videreutdanningene i spesialsykepleiere innen anestesi, barn, intensiv og operasjon. Denne modellen er imidlertid uheldig da den ikke har en standardisert kompetanseoppbygging innen fagutvikling, kunnskapsforvaltning og forskning knyttet til egen klinisk spesialitet, som studentene særlig tilegner seg gjennom arbeidet med masteroppgaven. Dette er meget uheldig i en helsetjeneste som forventes å være kunnskapsbasert og hvor innovasjon og kvalitetsutvikling er særdeles viktig, ikke minst med tanke på å ivareta kvalitet og sikre pasientsikkerhet, et premiss som er lagt til grunn for arbeidet med spesialistgodkjenning, slik det fremkommer i brevet fra Hdir. Modellen ivaretar heller ikke Norges generelle forpliktelse om å følge Bologna-retningslinjene med høyere utdanning innenfor rammen av 3+2+3 (bachelor, master, phd). Den kan sementere et press på sykepleiere i spesialistutdanninger på masternivå om å hoppe av etter 90 studiepoeng fordi arbeidsgiver ikke vil legge til rette for gjennomføring av masteroppgaven. Dette er en uheldig og kortsiktig løsning som på sikt vil medføre mangel på spesialsykepleiere med doktorgrad, som vil true utdanningen av spesialsykepleiere, da utdanningsinstitusjonene vil få problemer med å få tilstrekkelig med førstekompetanse. Det må også minnes om at spesialisthelsetjenesten forventes å drive forskning også innen sykepleie og helsefagene. Da er ansatte med master og doktorgradskompetanse avgjørende.

Modell for overgangsordning

Modell 3 vil være en god modell som overgangsordning for spesialistgodkjenning for allerede utdannede spesialsykepleiere med 90 studiepoengs videreutdanninger. De har en standardisert utdanning basert på en nasjonal rammeplan. Før oppstart på videreutdanningen har de hatt minimum to års praksis. Videreutdanningene har hatt 50% veiledet praksis med formalisert samarbeid mellom utdanning og praksisfeltet når det gjelder vurdering av om læringsutbyttene er oppnådd. Det synes urimelig å kreve at de skal ha vært i utdanningsstilling under utdanningen og i etterkant. Derimot bør det spesifiseres hvilken type klinisk praksiserfaring som kan godkjennes, samt hvordan kravetom kompetanse mht kunnskapsbasert praksis, fagutvikling og kvalitetssikring kan imøtekommes (f.eks. erfaring med utvikling av kliniske retningslinjer, deltagelse i internklinisk stige, deltagelse i fagutviklingsprosjekt m.m.)

Universitetet i Agder

Mottatt 09.02.2023 fra Kristin Haraldstad, Professor, Studieprogramleder master helsesykepleie

Modeller

Av de ulike modellene som er presenterte, mener fagmiljøet ved UiA at Modell 1 og 2 kan være aktuelle som grunnlag for spesialistgodkjenning. Av de to modellene foretrekker Universitetet i Agder modell 1.

Begge modellene møter kravet om standardisert kompetanse, basert på studieprogram utviklet gjennom Rethos. Disse modellene er samsvarende med modellen for AKS utdanning. Vi mener det er positivt at masterkompetanse er et krav i disse modellene, og at de bygger på Bologna avtalen. Masterkompetanse skal bidra til at tjenestene blir mer kunnskapsbaserte og innovative. Det er også et poeng at Master- og doktorgradskompetanse er nødvendig i helsesektoren for å bidra til forskning, og til at man jobber mer kunnskapsbasert.

Begge modeller legger til rette for at det er mulig med videre kvalifisering til PhD, og dette er svært viktig og for å få den kompetansen det er behov for i utdanningsinstitusjonene.

Modell 1: AKS-modellen: mastergrad = spesialistgodkjenning

Fagmiljøet mener at innslagspunktet må være en mastergrad og vi støtter Modell 1, Spesialistgodkjenning av sykepleiere med mastergrad (120 stp.) i aktuelt fagområde.

Modellen ivaretar akademisk nivå. I AKS- modellen denne ordningen stilles det ikke krav om praksis som arbeidserfaring/klinisk virke innen spesialiteten eller resertifisering. Modell 1 er enkel og bærekraftig ved at den er bygget på en utdanning som følger de nasjonale retningslinjene, gir grunnlag for å søke spesialistgodkjenning.

Modell 2: mastergrad + klinisk virke innenfor aktuelle spesialitet = spesialistgodkjenning

Vi mener denne modellen også kan være et alternativ, og møter kravene, men den er mer omfattende å forvalte, vil gjøre det komplisert og kan muligens føre til at det utvikles lokale ordninger. Klinisk erfaring stiller krav til oppfølging og veiledning, noe som til nå ikke har vært vanlig for eksempel i kommunehelsetjenesten.

Modell 3 Godkjenning av utdanning med færre enn 120 studiepoeng

Modellen er tilpasset noen av utdanningene, kun tilpasset de som er på 90stp, det vanskelig å forvalte innafor kommunehelsetjenesten. Som en varig modell vil den være ressurskrevende å vedlikeholde. Modellen kan evt. være del av en tidsavgrenset overgangsordning.

Mottatt 6.10.2022 fra Kristin Haraldstad, Professor, Studieprogramleder master helsesykepleie

Innspillsmøte om spesialistgodkjenning for sykepleiergrupper

Tilgang på helsepersonell er utfordret i alle deler av sektoren, samtidig som krav om spesialisert kompetanse og klinisk fagledelse er en forutsetning for kvalitet i tjenesten. Det er også utfordringer med å beholde sykepleiere i klinisk pasientnær virksomhet. Det er derfor viktig at en offentlig spesialistgodkjenning er med å bygge strukturer som sikrer at spesialisert kompetanse utvikles og vedlikeholdes hensiktsmessig.

Det er stor mangel på spesialsykepleiere, helsesykepleiere og jordmødre. For å beholde disse i jobb, er det viktig at utdanningsinstitusjonene kan tilby relevant utdanning og etter- og videreutdanning. Spesialistgodkjenning kan sikre en kompetanse som er standardisert og i tråd med internasjonale føringer. En spesialistgodkjenning må være fundamentert på et masterstudium. Dette gjelder både helsesykepleie, ABIO, og andre kliniske spesialiseringer innen sykepleie. Spesialistgodkjenning uten avsluttet master er ikke i tråd med Bologna - prosessen for standardisering av høyere utdanning i Europa, utdanningsstrukturen som

Norge har forpliktet seg til. De fleste land i Europa har iverksatt kvalifikasjonsrammeverket for høyere utdanning som beskriver nivåene på sluttkompetansen både på bachelornivået og masternivået. Denne standardiseringen gjør det mulig for kandidater å kunne søke jobb og studere i et annet EU/EØS-land.

En annen utfordring er at man med dagens ordninger for offentlig spesialistgodkjenning ikke inkluderer et offentlig system som ivaretar krav til at spesialisten holdes faglig oppdatert gjennom hele yrkeskarrieren, dvs. ingen offentlige krav til resertifiseringer for å beholde spesialistgodkjenningen.

Hvis resertifisering skal inngå som en del av spesialistgodkjenning, bør det etableres et system for dette. Det bør innebære at arbeidsgiver legger til rette for resertifisering. Arbeidet med resertifisering må ses i sammenheng med andre spesialistgodkjenninger. Internasjonalt er dette satt i system. Det må også legges til rette for overgangsordninger.

Avstigningsmuligheter bør tas bort, dette er i tråd med samfunnets behov for kompetanse for å sikre utdanningene innen dette feltet fremover. Mange spesialsykepleiere har selvstendige roller som trenger høyspesialisert kompetanse, og mange arbeider også mye alene, slik som for eksempel helsesykepleier som arbeider svært selvstendig i skolehelsetjenesten.

Det er videre en utfordring at man i RETHOS 3 har valgt å innføre to ulike utdanningsnivåer og ulik sluttkompetanse innenfor samme nasjonale retningslinje.

Fagmiljøet mener at avstigningsmuligheter bør tas bort, og at det bør være krav om mastergrad på 120 studiepoeng for å få spesialistgodkjenning.

Har dere konkrete forslag til elementer som må tas inn i modellforslagene? Beskriv gjerne hvordan det kan underbygge formålet med spesialistgodkjenning: pasientsikkerhet, kvalitet og tillit

Fagmiljøet ved masterutdanningene ved Universitetet i Agder mener at mastergrad må være hovedmodell. En mastergrad i ABIOK, helsesykepleie og andre spesialiseringer vil være en forutsetning for å kunne jobbe kunnskapsbasert og som utgangspunkt for forskning på eget fagfelt. Dette er i tråd med fremtidens helsetjenester. Spesialistgodkjenning vil kunne gi samfunnet en garanti for at sykepleiere med masterutdanning har den kunnskap og de ferdighetene som kreves. En spesialistgodkjenning vil tydeliggjøre kompetanse både i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Sykepleiere med fullført mastergrad sikrer kvalitet og kompetanse i tjenestene.

Spesialistgodkjenning vil også bidra til at det er lettere å drive fagledelse, forskning og fagutvikling. Det vil bidra til at tjenestene vil bli mer kunnskapsbaserte og bærekraftige.

Lovisenberg diakonale høgskole

Mottatt 14.02.2023 fra Anne Lene Sørensen, Instituttleder master-, etter- og videreutdanning:

Innspill fra Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) på rapport modeller fra Helsedirektoratet

LDH takker for muligheten til å gi innspill på rapport.

LDH har fulgt arbeidet nøye og har bred erfaring med å utdanne til spesialistkompetanse i sykepleiefaget. Vi ser at den brede inklusjon av interessenter har gitt et mangfoldig og solid beslutningsgrunnlag i utkastet til rapport som nå foreligger. Skillet mellom en autorisasjon for grunnleggende yrkesutøvelse og en spesialistkompetanse trer klart fram. Man har klart å fange opp utviklingstrekkene fra en funksjonsorientert utdanningstradisjon til en funksjons- og utviklingsorientert retning som bygger på dobbeltkompetanse. Ved LDH har vi utviklet utdanningsprogram som gir både klinisk- og akademisk kompetanse for å kunne arbeide systematisk med tjenesteutvikling og kunnskapsutvikling.

Vi vil anbefale å innta et langsiktig perspektiv ved vurdering av kostnader for å innføre spesialistgodkjenning, og at dette skrives fram i rapporten. Sammendraget betoner allerede at *En av de viktigste faktorene for å beholde helsepersonell i tjenestene, er at det finnes gode fagmiljøer der man jobber og at man opplever at kompetansen man har ervervet gjennom kompetanseheving, blir tatt i bruk (side 3)*. De gode utdanningsløpene har derfor et samfunnsøkonomisk fortrinn i tillegg til et helsefaglig fortrinn, ved at de virker stabiliserende på arbeids- og læringsmiljøer og beskytter investeringen i kompetanseheving. En ordning som er administrativt enkel, men innebærer risiko for å godkjenne spesialister før handlingskompetanse er demonstrert (Modell 1), kan virke utarmende på arbeidsmiljøer og svekke tillit til godkjenningsmekanismen. LDH fastholder derfor sin støtte til å gi spesialistgodkjenning på bakgrunn av oppnådd vitnemål (120 studiepoeng) og kontinuitet i rolleutøvelse av et visst omfang, for eksempel to år i hovedstilling.

Som det vises til i rapporten er det innført spesialistgodkjenning for master i avansert klinisk allmennsykepleie. Spesialistgodkjenning oppnås med vitnemål fra mastergrad basert på nasjonal forskrift. I denne ordningen stilles det ikke krav om praksis som arbeidserfaring eller resertifisering. LDH forslår å bringe slike krav inn i diskusjonen også for denne utdanningen.

LDH ser fram til å kunne være medspillere for senere dialog om eventuell resertifisering, og ønsker lykke til med videre behandling av de ulike modellforslagene for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper.

LDHs innspill og kommentarer er utviklet av en arbeidsgruppe bestående av:

Anne Lene Sørensen (instituttleder)

Ådel Bergland (professor)

Lars Mathisen (spesialsykepleier og forsker)

Marte-Marie Wallander Karlsen (intensivsykepleier og studieleder)

Tove Vassbø (studieleder)

Hege Vistven Stenseth (intensivsykepleier og leder av Klinisk læringslab)

Mottatt 7.10.2022 fra Anne Lene Sørensen, Instituttleder master-, etter- og videreutdanning:

Innspill fra Lovisenberg diakonale høyskole etter møtet i Helsedirektoratet 4. oktober, 2022

Ad 1) I hvilken grad mener dere at utfordringsbildet 1-4 favner situasjonen modellene for spesialistgodkjenning skal fungerer innenfor? Andre utfordrings om bør løftes frem?

Nasjonal helse- og sykehusplan vektlegger samhandling og kontinuitet. Forankringen av spesialistgodkjenning bør være eksplisitt på behovet for mekanismer for å forebygge fragmentering av helsetjenester.

- 1) Tilgang på helsepersonell er utfordret i alle deler av sektoren, samtidig som krav om spesialisert kompetanse og klinisk fagledelse er en forutsetning for kvalitet i tjenesten. Det er også utfordringer med å beholde sykepleiere i klinisk pasient nær virksomhet. Det er derfor viktig at en offentlig spesialistgodkjenning er med å bygge strukturer som sikrer at spesialisert kompetanse utvikles og vedlikeholdes hensiktsmessig.

En spesialistgodkjenning kan være et tiltak for å sikre kompetanse og tydeliggjøre krav til vedlikehold og utvikling av denne. I tillegg må det arbeides kontinuerlig og målrettet for å utdanne, rekruttere og beholde personell.

- 2) En annen utfordring er at man med dagens ordninger for offentlig spesialistgodkjenning ikke inkluderer et offentlig system som ivaretar krav til at spesialisten holdes faglig oppdatert gjennom hele yrkeskarrieren, dvs. ingen offentlige krav til resertifiseringer for å beholde spesialistgodkjenningen.

LDH støtter en modell med periodisk resertifisering som en konsekvens av kompetansekrav til å kunne ivareta livslang læring med forskningsbasert kunnskap. Resertifisering kan oppnås ved kombinasjoner av kompetansehevende tiltak, dokumentert somlæringsaktiviteter, profesjonell praksis, og aktivitet innen resultatvurdering og kvalitetsforbedring av tjenestene. Resertifisering er ikke identisk med en ressurskrevende re-eksaminering.

- 3) Det er videre en utfordring at man i RETHOS 3 har valgt å innføre to ulike utdanningsnivåer og ulik sluttkompetanse innenfor samme nasjonale retningslinje. Begge nivåer kvalifiserer i dag for samme yrkesbetegnelse (f.eks. intensivsykepleier, anestesisykepleier). Dette skiller seg fra de andre personellgruppene som gis autorisasjon eller spesialistgodkjenning basert på en likeverdig sluttkompetanse.

Det er en utfordring at RETHOS 3 har valgt å innføre to utdanningsnivå for visse kompetanseområder. Det er internasjonalt forankret at det kreves en akademisk kompetanse på masternivå for avansert klinisk sykepleiepraksis som representerer klinisk/akademisk dobbeltkompetanse. LDH vurderer det slik at spesialistgodkjenning forutsetter masterutdanning med omfang 120 studiepoeng.

- 4) En utfordring er at en offentlig spesialistgodkjenningsordning vil kreve økt ressursbruk. En fremtidig ordning må derfor være bærekraftig, kunne effektivt

avvikle oppgaver innenfor standardiserte format og utvikles fra felles prinsipper/strukturer.

For Master i avansert klinisk allmennsykepleie er det allerede innført spesialistgodkjenning. Erfaringer fra denne implementeringen kan være nyttig for videre utvikling.

Ad 2) Har dere konkrete forslag til elementer som må tas inn i modellforslagene? Beskriv gjerne hvordan det kan underbygge formålet med spesialistgodkjenning: pasientsikkerhet, kvalitet og tillit.

Prinsipielt:

1. Spesialistkompetanse bør inngi tillit ved å være begrunnet med bidrag til helsetjenestenes prestasjon på mer enn en enkelt av helsetjenestens kvalitetsdimensjoner (ref. Helsedirektoratets rapport IS-2690). Pasientsikkerhet (trygge/sikre tjenester) er én slik dimensjon, men det kan argumenteres for at spesialistbegrepet må kobles til en mer helhetlig operasjonalisering av kvalitet, for eksempel effektivitet (virksomme tjenester). Fravær av skade (sikkerhet) koblet sammen med helsegevinst (effektiv tjeneste) er en sterkere begrunnelse enn sikkerhet alene.
2. Behovet for omstillings- og endringskompetanse bør være innebygget i forutsetningene for spesialistgodkjenning, for å forebygge risiko knyttet til kombinasjonen av et faglig revir og en situasjonsbestemt spisskompetanse begrunnet i en funksjon som kan være irrelevant når helsetjenesten endrer organisering eller innhold. Det bør stilles krav til at forslag om å tilkjenne spesialiststatus begrunnes med kompetanse til å vurdere og utvikle helsehjelpen basert på en vurdering av helsegevinst for pasient. Dette er mer enn å levere kvalitetssikrede aktiviteter.
3. Det er vanskelig å tenke seg en spesialistgodkjenning som bygger på lavere klinisk/akademisk kompetanse enn med en mastergrad eller høyere. Det betyr ikke at alle med en spisset mastergrad bør tilkjennes spesialistgodkjenning, men at en tilsvarende kompetanse er en nødvendig forutsetning for å kunne være en drivkraft for tjenesteutvikling forankret i empiri.
4. Spesialister innen sykepleiefaget må være begrunnet med ansvar, myndighet, og ansvarliggjøring (accountability) for den helsehjelpen som initieres og ytes av sykepleier.
5. Det bør være en kalibrering av nasjonale spesialistgodkjenninger opp mot internasjonale standarder for sammenliknbare grupper. For eksempel veier ICNs definisjon av avansert klinisk sykepleiepraksis tungt ved kalibrering av kompetansekrav, funksjonsområde og ansvar.

Konkrete konsekvenser:

- Spesialistgodkjenning må bygge på akademisk kvalifisering svarende til minimum mastergrad. (Samtidig påpekes det at ikke alle mastergrader med nødvendighet kvalifiserer til spesialiststatus.)
- Det bør foreligge begrunnelser som eksplisitt adresserer spesialitetens forventede bidrag til helsegevinst for aktuelle pasientmålgrupper eller behandlingslinjer. Dette kan gjerne knyttes til etablerte kvalitetsdimensjoner for å vurdere helsetjenestenes prestasjon. Her er pasientsikkerhet en del av kvalitetsbegrepet. Det vil igjen være

begrunnelsen for å kunne revurdere hvorvidt spesialiteten skal opprettholdes (eller innretningen og kompetansekrav justeres) dersom sykdomspanorama eller tjenesteorganisering skifter. Tillit fra borgerne og mellom helseprofesjoner bygges ved at konsekvenser av kompetansen til en spesialist gjøres forståelig, og at det stilles ressurser til rådighet for å dokumentere kvalitet. Dette er igjen ikke ensbetydende med tellekanter og kvantitative mål.

- Resertifisering skal bidra til at spesialister evner å utvikle tjenestene. Dette skjer ikke primært med ressurskrevende eksaminering ved resertifisering. Et system med mindre omfattende administrasjoner individuell innrapportering av relevante aktiviteter for å vedlikeholde og utvikle kompetanse der det å opprettholde kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse gjennom pasientbehandling står sentralt.
 - Kombinerte krav er kjent fra andre land: klinisk praksis, etterutdanningstimer, alternativt re-eksaminering + praksis. Praksistimer kan vekte både aktiviteter innen tjenesteutvikling, FoU-i-jobb, og direkte pasientkontakt. Formidling og deltakelse i akademiske nettverk kan være en begrenset del av tellende aktiviteter.
 - Det er mulig å stimulere ønsket kompetanse med helsepolitiske virkemidler gjennom obligatoriske tema/kurs, for eksempel i å håndtere samtidig somatisk og psykisk uhelse. Det er også mulig å øke ressursinnsatsen noe ved å utvikle kompetansetester for å kunne definere mer presist innhold i etterutdanning, på gruppe- eller individnivå.
- Risiko ved spesialistgodkjenning (lite insentiv til endring, faglig revir, statisk kunnskap) forebygges gjennom å ta hensyn til de tre første kulepunktene i denne konsekvenslisten.
- Spesialistgodkjenning bør være kalibrert opp mot internasjonale nivå som Norge ønsker å sammenlikne seg med.

Mottatt 30.10.2022 fra Anne Lene Sørensen, Instituttleder master-, etter- og videreutdanning:

Innspill fra Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) etter møtet i Helsedirektoratet 26.okt, 2022.

LDH takker for muligheten til å gi innspill og kommentarer i etterkant av møtet. Våre svar er gitt knyttet til spørsmål fra Helsedirektoratet ved Maria Haga sendt 20.10.22.

For tilsynsmyndigheter er det to forhold som er viktig når helsepersonell skal autoriseres eller gis spesialistgodkjenning:

1. *At det er tydelige og enhetlige krav til innholdet i utdanningen slik at det går an å ha en formening om hva personellet kan og hva man kan forvente om kompetanse og ferdigheter.*

Klinisk/akademisk kvalifisering på masternivå er ufravikelig (modell 1+2) begrunnet med internasjonal standard for hva som anerkjennes av utdanningsnivå for avansert klinisk praksis, (ref. ICN/APN guideline) med forutsetning om mastergrad. Kompetansenivået settes der både for:

- å kunne tilby effektive og sikre helsetjenester, og for
- å kunne videreutvikle disse på bakgrunn av et utdanningsinnhold som gjenspeiler sykepleiefagets ansvars- og myndighetsområde.

Modell 1 framstår som for svak til å sikre klinisk realkompetanse, og kan svekke tilliten til en spesialistgodkjenning og dens utøvere. Det vil kunne være ulike krav til arbeidserfaring i forkant av oppstart på masterstudiet og det bør være en mekanisme som sørger for at selvstendig klinisk praksis i ansvarsposisjon²⁷ ligger forut for spesialistgodkjenning.

2. *Og at det er klare krav til faglig atferd og faglig arbeid. At det gis anbefalinger og stilles krav i faglige retningslinjer og behandlingsretningslinjer, slik at hvis det kommer en klage så vet aktuelle tilsynsmyndighet hva som skal kunne forventes og hvordan en behandling skal utføres.*

Demonstrert evne til å opptre i spesialistrollen og på en måte som arbeidsgiver kan stå ansvarlig for, sikres gjennom kvalifiserende klinisk praksis etter oppnådd mastergrad og med krav til resertifisering slik LDH tidligere har spilt inn. Dette speiler også internasjonale erfaringer fra land vi kan sammenlikne oss med.

Modell 2 gir fleksibilitet ift. opptakskrav og stiller krav til realisering av sluttkompetansen fra oppnådd mastergrad, ved at spesialistordningen angir et krav til demonstrert handlingskompetanse. Det vurderes som nødvendig å løsrive utdanningsløpet fra krav til dokumentert arbeidsforhold før mastervitnemålet, slik at det er mulig å egenfinansiere utdanningen og motvirke modeller der utdanningsvalg ikke er fritt. Dette krever en endring i modell 2 for å forebygge at opptak til masterstudiet i realiteten er underlagt arbeidsgiver.

I tillegg viser vi til at det er innført spesialistgodkjenning av sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie med ikrafttredelse 01.02.2020. I denne ordningen stilles det ikke krav om praksis som arbeidserfaring eller resertifisering. LDH foreslår å bringe slike krav inn i diskusjonen og kan om ønskelig bidra til utvikling av forslag.

I tillegg ønsker vi at foreslåtte modeller vurderes ut fra grad av bærekraft. Bærekraft operasjonaliseres her gjennom:

- *Gjennomførbarhet innenfor dagens og fremtidens behov/rammer/ organisering av helse-og omsorgstjenestene og utdanningssektoren (veilederkapasitet, gjennomstrømning, praksisplasser, utdanningskapasitet etc.)*
- *Hvordan kompetansen dokumenteres (underveis i utdanningen og ved søknad om spesialistgodkjenning)*
- *Forvaltningsbyrde (HF, kommuner, utdanningssektor og statlig forvaltning)*

Med spesialistgodkjenning og resertifisering oppnår samfunnet et gode gjennom en registerfunksjon for helsepersonell. Det gir grunnlag for kapasitetsvurderinger som mangler i dag, og innebærer en styrking av bærekraft.

Ang. punkt om forvaltningsbyrde: LDH foreslår at utdanningssektoren også inkluderes som ressurs sammen med HF, kommuner og statlig forvaltning.

²⁷ Ansvarsposisjon innebærer her å være i rollen som utøvende spesialist med oppnådd vitnemål, men uten fullført godkjenning.

KD-sektor både kan og bør forestå systemer for dokumentasjon av kompetanse for å sikre integritet av utdanning knyttet til krav om akkreditering og tilsyn, fordi det allerede foreligger et sektoransvar for avtaleverk og kvalitetssikring av praksis som kan videreutvikles til spesialistordningen med praksis etter oppnådd mastergrad. Kompetansevurdering kan innebære en i hovedsak administrativ behandling av praksisgodkjenning attestert av enhetsansvarlig fagperson i helsetjenesten, samt en mekanisme for eventuell vurdering av realkompetanse opp mot læringsutbytter. Det vurderes å være naturlig med en viss nasjonal eller regional koordinering for å lette administrativ byrde og for å fastslå felles vurderinger av nivå. Oppnådd mastergrad innen klinisk sykepleie dokumenteres ved vitnemål.

Vi ønsker også at dere diskuterer og kommenterer punktene nedenfor:

1. *Skal modell for spesialistgodkjenning gi alle sykepleiere mulighet for å bli spesialist? (hvis ja, hva er potensielle hindringer?)*
2. *Hva kjennetegner kompetansen til en sykepleierspesialist?*
3. *Med utgangspunkt i figuren under ber vi dere vurdere og begrunne hvor dere mener innslagspunktet for spesialistkompetansen er, når er du spesialist?*

Alle sykepleiere kan utvikle spesialisert kompetanse innen en rolle/funksjon/arbeidsforhold, men det alene er ikke en tilstrekkelig kvalifikasjon til å være spesialist innen sykepleiefaget. Spesialistgodkjenning bør være forankret i generalistkompetansen som sykepleiefaget står for gjennom å være ett fag med flere spesialiteter. Sykepleiespesialister skal være garantister for at tjenestene utvikles for en generell bærekraft med mål om pasientsikkerhet og styrking av pasientens ressurser for mestring. Sykepleiespesialister er ikke spesialarbeidere som er drillet i en funksjon avgrenset i tid og sted.

Innslagspunktet: Kvalifiserende formell masterutdanning + kvalifiserende praksis med ansvar i rollen = grunnlag for godkjenning. Godkjenning som spesialist gis ikke for et potensiale (vitnemål) men for oppnådd realkompetanse (operasjonalisert som mengde aktivt arbeid i kvalifiserende rolle med ansvar).

Resertifisering, et krav for å opprettholde aktiv status som spesialist: Det følger at resertifisering gis for livslang læring som speiler spesialistgodkjenningen: foredling av kunnskap og kompetanse. Det vil også ivareta behovet for en naturlig utvikling over tid innen spesialiteten, da resertifiseringskravene vil kunne gjenspeile dette.

Overgangsordninger: Kandidater som tilfredsstillir læringsutbytte i utdanningsløp (eventuelt påbygg til master) + praksiskrav etter vitnemål, kan godkjennes.

LDHs innspill og kommentarer er utviklet av en arbeidsgruppe bestående av:

Anne Lene Sørensen (instituttleder)

Ådel Bergland (professor) Lars Mathisen (spesialsykepleier og forsker)

Marte-Marie Wallander Karlsen (intensivsykepleier og studieleder)

Tove Vassbø (studieleder)

Hege Vistven Stenseth (intensivsykepleier og leder av Klinisk læringslab)

Mottatt 18.11.2022 fra Anne Lene Sørensen, Instituttleder master-, etter- og videreutdanning:

Innspill fra Lovisenberg diakonale høyskole (LDH) på reviderte modeller fra Helsedirektoratet.

LDH takker for muligheten til å gi innspill og kommentarer i etterkant av møtet. Våre svar er gitt knyttet til spørsmål fra Helsedirektoratet ved Maria Haga sendt 11.11.22.

Helsedirektoratet har, basert på innspill fra aktørene, laget et utkast til beskrivelse av det som kan kjennetegne en norsk spesialistsykepleier.

Samsvarer denne definisjonen med deres oppfatning av kompetansenivå og kvalifikasjoner for norsk spesialistsykepleier?

LDH støtter at det utformes en beskrivelse, og har følgende innspill markert med overstrøket tekst og forslag i blått:

" Kompetansen til en sykepleier som ~~kan kalle seg en~~ er spesialist **godkjent innen** sitt fag **område** kjennetegnes av at sykepleier har sykepleiefaglig kunnskap og ferdigheter på avansert nivå. Dette omfatter både teoretisk og klinisk kompetanse. En spesialist er en reflektert og selvstendig utøver av sitt fag som tar **utvidet** ansvar for, og er i stand til, å gjøre systematiske kliniske vurderinger **i komplekse pasientsituasjoner for å oppnå helhetlige pasientforløp innen og mellom helsetjenestenivå**. En sykepleiespesialist skal være i stand til å gjøre prioriteringer og ta beslutninger innen sitt fagområde, og kunne søke, kritisk vurdere og ~~implementere~~ **ta i bruk** forsknings- og erfaringsbasert kunnskap.

Sykepleierspesialister skal være garantister for at tjenestene utvikles for en generell bærekraft med mål om pasientsikkerhet og styrking av pasientens ressurser for mestring. Den samlede kompetansen danner grunnlag for et handlingsrepertoar som gir sykepleiespesialisten mulighet til selvstendig å, vurdere risiko og planlegge for eventuelle hendelser, ta ~~egne~~ avgjørelser, samt veilede kollegaer og andre yrkesgrupper.

~~Sykepleierspesialister er ikke spesialarbeidere som er drillet i en funksjon avgrenset i tid og sted"~~

Siste setning forslås strøket da den vurderes å være dekket av første setning i avsnittet.

På bakgrunn av definisjonen over kan en spesialistutdanning som skal føre frem til en spesialistgodkjenning inneha følgende elementer:

Teoretisk og klinisk praksis element av utdanningen

Yrkespraksis arbeid/klinikk (før/etter studiene)

Nasjonal eksamen

I tillegg bør spesialistutdanningen oppfylle følgende kriterier:

- *Nasjonal, standardisert og forskriftsfestet*
- *Desentraliserte/fleksible utdanninger*
- *Samhandling*
- *Livslang læring*

Kompetanse for en utvidet og selvstendig rolle bør legges på samme nivå som internasjonal standard for utvidete kliniske roller (ICN/Advanced Practice Nursing). Dette kan ivaretas med å angi både innhold og nivå i første punkt i utdanningsbeskrivelsen, med et standardisert begrepsapparat:

- Teoretisk og klinisk praksis element av utdanningen svarende til eller høyere enn Nivå 7 (andre syklus) i Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring.

Modell 1: AKS-modellen: mastergrad = spesialistgodkjenning

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

- *Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?*
- *Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for deres sektor? (f.eks. lønnskostnader, økte tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)*
- *Hva er fordelene ved denne modellen?*
- *Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?*

Modellen ivaretar akademisk nivå og kan ivareta praksisstudier innen spesialitet. Innen rammen av 120 studiepoeng er det krevende å kunne gi tilstrekkelig selvstendig kvalifiserende praksis med pasientansvar for å tilkjenne en spesialistgodkjenning. Modellen er enkel. Spørsmålet er om den kan innfri et krav til sikker og effektiv spesialistpraksis med det utvidete mandatet som en spesialistgodkjenning innebærer. Det foreligger et behov for å gjøre systematiske erfaringer med kvalifiserende tjeneste etter vitnemål før spesialistgodkjenning. Et endelig valg om å forskriftsfeste kvalifiseringskrav om yrkespraksis etter vitnemål bør gjelde alle sykepleiespesialiteter, inkludert allmennsykepleie. LDH vil ikke tilrå å sementere vitnemål som grunnlag for spesialistgodkjenning før det har vist seg å gi tilfredsstillende tjenestekvalitet over tid og med et solid spesialistgodkjent kandidatvolum i ulike helseregioner.

Modell 2: mastergrad + klinisk virke innenfor aktuelle spesialitet = spesialistgodkjenning

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

- *Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?*
- *Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for din sektor? (f.eks. lønnskostnader, økte tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)*
- *Hva er fordelene ved denne modellen?*
- *Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?*

Dette er vår anbefalte modell, begrunnet i tidligere innspill.

Det er innført spesialistgodkjenning av sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie med ikrafttredelse 01.02.2020. I denne ordningen stilles det ikke krav om praksis som arbeidserfaring/klinisk virke innen spesialiteten eller resertifisering. LDH foreslår å bringe slike krav inn i diskusjonen for å skape likhet mellom spesialiteter med samsvarende forutsetninger for spesialistgodkjenning.

Hva er risiko/ulemper ved denne modellen?

Et masterstudium kan av noen oppfattes som en akademisering. Gjennomføring av selve masteroppgaven kan erfares som unødvendig for å ivareta en klinisk rettet funksjon. LDH anbefaler samarbeid mellom helsetjenester og UH-sektoren for å utvikle arbeidsprosesser som gjør masteroppgavens problemstillinger relevante for tjenestene. Dette bidrar til økt fokus på kunnskapsbasert praksis og understøtter det faglige lederansvaret i tjenestene.

Kombinerte stillinger mellom tjeneste og akademia er et grep som gir gjensidig relevans med raskere informasjonsflyt og mer synkrone utviklingstrender mellom sektorer.

Modell 3 Godkjenning av utdanning med færre enn 120 studiepoeng

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

- *Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?*
 - *Kan utvidet yrkespraksis kompenserer for kortere utdanning?*
 - *Bør UH-sektoren tilby "påbygg" opptil 120 studiepoeng?*
- *Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for deres sektor? (f.eks. lønnskostnader, økt tilskudd, veiledning/veiledere, flere utdanningsstillinger, vikar etc.)*
- *Hva er fordelene/gevinstene ved denne modellen?*
- *Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?*

Modellen kan muligens utvikles til å være del av en tidsavgrenset overgangsordning. Som en varig modell vil den være ressurskrevende å vedlikeholde. På ett eller annet tidspunkt vil utviklingen ha «løpt fra» en slik modell som ikke er innrettet på kombinasjonen av akademisk og klinisk kompetanse. Det vil være noen få svært kompetente enkeltindivider der man enten må ha en ankeinstans (med de utfordringer og kostnader det innebærer) eller må stille opp valget om å formalkvalifisere seg som deltidsstudent/kandidat. Man kan se for seg situasjoner der søker har publisert/publiserer vitenskapelig innen spesialiteten og bidrar i fagmiljøet, men gjør dette som autodidakt og del av et aktivt, lærende arbeidsmiljø. Dette er unntak, unntakene finnes, men en varig ordning må innrettes mer prinsipielt og i samsvar med et spesialistløp som har felles, nasjonale krav.

I tillegg vil vi også fremheve at yrkespraksis som en kvantitativ dimensjon ikke automatisk gir økt kompetanse på nivå som beskrevet på spesialistnivå. Kvalifiserende yrkespraksis må svare til forventet nivå med hensyn til kompleksitet og selvstendighet.

Påbygg kan være et alternativ for enkelte. En måte som dette administreres på i dag er at man kan søke på ønsket utdanning for så å søke om godskrivning og fritak gjennom en dokumentasjon på allerede gjennomført formell utdanning eller emner. En slik søknad behandles lokalt av den enkelte UH-institusjon.

Modell 4 Nasjonal eksamen

Med bakgrunn i beskrevet modell ber vi dere vurdere og svare ut:

- *Hvilke rammebetingelser vil denne modellen forutsette for at den skal være gjennomførbar?*
- *Skal det settes krav til studie/yrkespraksis før man kan melde seg opp til eksamen?*
- *Hvilke kostnader tenker dere modellene vil ha for deres sektor? (f.eks. lønnskostnader, økt tilskudd, utdanningsstillinger, veiledning/veiledere, vikar etc.)*
- *Hva er fordelene/gevinstene ved denne modellen?*
- *Hva er risiko/ ulemper ved denne modellen?*

Rammebetingelser:

Infrastruktur for en eventuell nasjonal eksamen må la seg knytte opp til flere beslektede formål for å være bærekraftig, slik som helsepersonellregister/oversikter, resertifiseringsordning, og en mekanisme for å støtte overgangsordninger (utenlandske arbeidstakere, spesialsykepleiere med utgåtte utdanningsløp).

Det vil være omfattende og svakt begrunnet å skulle teste klinisk kompetanse (rolleforståelse, rolleutøvelse, monitorering av tjenestekvalitet og kvalitetsforbedring) med overkommelig ressursinnsats. Men handlingskompetanse/klinisk kompetanse må ligge til grunn for spesialistgodkjenning. Derfor er det enklere å kvalifisere gjennom innhold og varighet av relevant tjenesteutøvelse (innen spesialitet) og med forventninger og ansvar som påhviler spesialistnivået.

Fordeler:

- En nasjonal eksamen kan fungere som et dynamisk verktøy for å sikre at fortolkningen av kompetansemålene er forankret i tjenestenes kompetansebehov på kort og lengre sikt.
- En samarbeidsarena for nasjonal eksamen vil gi mulighet for å påvirke til samhandling mellom spesialiteter om kompetanser/-områder som skal fremme pasientsentrering og samhandling, for å forebygge fragmentering av helsetjenester ved smale fokus på enkeltspecialiteter. En samarbeidsarena vil være bra for helseøkonomi, og den vil være faglig begrunnet med sykepleieres felles generalistkompetanse.

Ulemper:

- En enkelteksamen er begrenset av omfang og metodikk for å vurdere komplekse sammenhenger. Jo mer omfattende, desto mer ressurskrevende å konstruere og gjennomføre.
 - Forebyggende tiltak:
 - Praktisk gjennomføring av en valid vurdering med håndterbar ressursinnsats er noe UH-sektoren har lang erfaring med og kan rådgi på.
 - Krav til forkunnskaper (teori, ferdigheter, yrkespraksis innen spesialiteten) er en måte å kvalitetssikre kandidatenes forberedelser til en nasjonal eksamen, og redusere sårbarhet ved eksamen (integritet av spørsmål og sensorveiledning, begrensninger i omfang).

Vi ber dere også vurdere og spille inn på om nasjonal eksamen bør innføres uavhengig av modell for spesialistgodkjenning?

Dette er et spørsmål som trenger et bedre empirisk grunnlag for en langsiktig beslutning. Spesialistforskriften for AKS allmennsykepleie kvalifiserer gjennom vitnemål uten tjeneste etter avlagt mastergrad. Det kan være grunn til å stille spørsmål om dette er fremtidens løsning.

Når det gjelder mulighet for tjenesteutvikling gjennom styring av eksamensinnhold viser vi til kommentar om en nasjonal samarbeidsarena ovenfor.

Bør det være et krav om klinisk erfaring de siste 5 årene

Med bakgrunn i det som er beskrevet over ønsker vi deres synspunkt/vurdering av krav til klinisk erfaring for søkere som har dette som del av sitt søknadsgrunnlag.

Prinsipielt berører dette spørsmålet både opptakskrav, kvalifisering og resertifisering. Disse forhold må sees i sammenheng. Et krav til klinisk erfaring (innen spesialitet) bør vurderes isolert fra spørsmål om overgangsordninger. Overgangsordninger må tilpasses en varig modell, ikke omvendt.

LDHs innspill og kommentarer er utviklet av en arbeidsgruppe bestående av:

Anne Lene Sørensen (instituttleder)

Ådel Bergland (professor) Lars Mathisen (spesialsykepleier og forsker)

Marte-Marie Wallander Karlsen (intensivsykepleier og studieleder)

Tove Vassbø (studieleder)

Hege Vistven Stenseth (intensivsykepleier og leder av Klinisk læringslab)

Innspill fra andre foreninger

Fagforbundet

Mottatt 1.11.2022 fra Ingvar Skjerve, rådgiver Yrkesseksjon helse og sosial

««Ulike modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper»»

Fagforbundet takker for muligheten til å delta og gi innspill til dette arbeidet.

Bakgrunn

Tilgangen på helsepersonell er utfordrende i hele helsesektoren. Krav til kompetanse, særlig spesialisert kompetanse, er selvfølgelig en av driverne bak dette. Fagforbundet mener at man ofte i for stor grad vektlegger formalkompetanse, i stedet for å se nøkternt på hvilken kompetanse man har tilgjengelig og hvilke oppgaver man skal løse.

Det er også at det er utfordringer med å beholde sykepleiere i pasientnær virksomhet, særlig i kommunehelsetjenesten. Flere undersøkelser viser at sykepleierne synes de gjør for mange oppgaver som andre yrkesgrupper kan gjøre. KS sitt TØRN-prosjekt og flere gode prosjekter i spesialisthelsetjenesten har vist at det er mulig med en mer rasjonell oppgavedeling, som både gir sykepleierne en bedre hverdag og åpner for faglig utvikling for andre yrkesgrupper.

Anerkjennelse og formalisering av, og ikke minste uttelling for, kompetanse er viktig for alle yrkesgrupper, men akkurat spesialistgodkjenninger er i seg selv ikke det viktigste for å avhjelpe mangelen på helsepersonell. Oppgavedeling, heltidskultur, rimelig lønnsutvikling og en satsing på grunnutdanningene er langt viktigere grep i den sammenhengen. Offentlig spesialistgodkjenning må

bidra til å sikre at spesialisert kompetanse utvikles og vedlikeholdes, men må ikke bli et hinder for mer strategisk kompetansearbeid og bedre oppgavedeling i virksomhetene. Spesialistgodkjenninger må ikke bli en driver for jag etter stadig mer formalkompetanse.

Spesialsykepleiere eller en ny type spesialistkompetanse?

Fagforbundet oppfatter at det er noe uklart om dette arbeidet er rettet inn mot å etablere en nyordning for *godkjenning av spesialsykepleiere*, eller om det er snakk om den *ny type spesialistkompetanse*.

Dersom det er det første direktoratet tar sikte på så er det mest formålstjenlig at ordninga er omtrent som i dag, altså at man får anledning til f.eks. å bruke tittelen «kreftsykepleier» om man har gjennomført videreutdanningen i kreftsykepleie. Vurderingene omkring lengde på utdanning, krav om arbeidserfaring mv, må gjøres på samme grunnlag som vurderinger omkring utdanningen ellers og inngå i samme rammeverk (RETHOS). Fagforbundet mener imidlertid at muligheten til å fullføre videreutdanning på grunnlag av 90 studiepoeng er svært verdifull, gitt kompetansebehovet i tjenestene og er litt bekymret for hva det vil innebære om denne muligheten forsvinner. Man kan risikere at det blir *færre* heller enn flere med nødvendig spesialistkompetanse.

Dersom det er snakk om en *ny type spesialistkompetanse* er det, slik Fagforbundet ser det, behov for en mye bredere prosess enn den man har lagt opp til i denne omgang. Det gjør andre vurderinger nødvendig.

Krav om faglig oppdatering

Når det gjelder utfordringer med at man ikke har et system som ivaretar krav om faglig oppdatering, er dette en interessant diskusjon som Fagforbundet i og for seg ikke har tatt stilling til. Det eksisterer for så vidt heller ingen ordning for «resertifisering» eller oppfrisking av grunnkompetanse. Det nærmeste man kommer er norsk standard «SN/K 580 Krav til faglig oppdatering av autoriserte sykepleiere» og den kommende, liknende standarden «SN/K 600 Systematisk og kunnskapsbasert faglig oppdatering av helsefagarbeidere». Hvorvidt det er behov for, eller ønskelig med, en slik ordning er en debatt vi absolutt burde ta.

Oppsummering: praktiske og praksisnære videreutdanninger

Vi må unngå at en spesialistgodkjenning underbygger de eksisterende problemene med kompetanseheving i helsesektoren. Det er fremdeles sånn at det ofte er de med mest formalkompetanse som også får flest muligheter til å gå på kurs, konferanser osv. Det er svært positivt med et økt fokus på at fagfolk trenger tid til å holde seg faglig oppdatert. Men man må være helt sikker på at dette ikke går ut over sykepleiere uten spesialisering eller andre yrkesgrupper. Det vil ikke være mulig å «*omdisponere*» tid til faglig oppdatering innenfor dagens rammer, uten at det resulterer i at andre får mindre tid. Både pasientene og yrkesutøverne selv er tjent med at alle grupper, uavhengig av grunnutdanning og spesialisering, får nødvendig tid til å holde seg faglig oppdatert, og til å tilegne seg ny kunnskap.

Vi mener at det er viktig at også de framtidige videreutdanningene innen sykepleie forblir praktiske og praksisnære. Det vil være svært uheldig om man binder en spesialistgodkjenning opp mot gjennomført masterutdanning der det i dag ikke er et krav. En av fordelene med dagens system med ettårige videreutdanninger er at de kan gjennomføres innen relativt rimelig tid, både for

yrkesutøveren og for arbeidsplassen. Det førende i vurderingen av hvilket nivå som skal gi en eventuell spesialistgodkjenning må være pasientens behov for kompetente fagpersoner rundt seg, ikke ønsker om akademiske grader. Fagforbundet mener derfor at de ettårige videreutdanningene bør kvalifisere til en eventuell spesialistgodkjenning.

Det viktigste er at spesialistgodkjenning på den ene sida fungerer som et godt insentiv til at helsetjenestene får den spesialkompetansen de trenger, på den andre sida at ordningene ikke kommer i veien for annen, nødvendig kompetanseutvikling.

Så vil vi igjen understreke at det er viktig at også de framtidige videreutdanningene innen sykepleie forblir praktiske og praksisnære, og at de først og fremst er rigget for å svare på tjenestens behov for kompetanse. Det samme gjelder for modeller for godkjenningsordninger.

Norsk psykologforening

Fra Håkon Skard, president i Norsk psykologforening, mottatt 27.10.2022.

Utrede spesialistgodkjenning for sykepleiergrupper

Norsk psykologforening takker for invitasjonen til å gi innspill til Helsedirektoratets arbeid med å utrede ulike modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper.

Norsk psykologforening er positiv til den kompetansehevingen som masterutdanningen i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet kan bidra til og tror denne kan medføre kvalitetsheving i det tverrfaglige samarbeidet i tjenestene. Sykepleiere samarbeider sammen med blant annet psykologer og andre helseprofesjoner om pasienter med psykiske- og rusmiddelrelaterte lidelser. Godt tverrfaglig samarbeid er ofte avgjørende for at pasienter med psykiske- og/eller avhengighetsproblemer eller lidelser skal få den mest effektive hjelpen. I dette tverrfaglige samarbeidet bidrar alle de ulike helseprofesjonene med viktig og verdifull kompetanse. En forutsetning for at det kan ytes effektiv og forsvarlig helsehjelp er at det ikke er uklarhet om ansvar, oppgaver og roller mellom involvert helsepersonell.

Spørsmålet om hvem som har kompetanse til å ha ansvaret for faglige avgjørelser blir ofte aktualisert i tilfeller hvor det oppstår uenighet mellom helseprofesjonene om hva som er god praksis. Det er viktig at den som har de beste faglige kvalifikasjoner tar beslutningen når flere helsepersonellgrupper virker sammen.

Forsvarlighetskravet innebærer en plikt for alt helsepersonell til å holde seg innenfor sitt fagområde og ikke overskride faglige kvalifikasjoner. Av forarbeidene til helsepersonelloven fremgår at ved faglig uenighet mellom helsepersonell, skal den som presumptivt har de beste faglige kvalifikasjoner ha det endelige ord. Dette for å sikre pasienten et forsvarlig helsetjenestetilbud. Det fremgår videre av forarbeidene at hensikten med bestemmelsen er "å hindre at helsepersonell overprøver beslutninger fattet av personell med bedre faglige forutsetninger" (Ot. Prp. Nr. 13 (1998-1999) på side 217)). I behandling av psykiske lidelser og ruslidelser vil både psykologer og leger ha kompetanse til å diagnostisere og behandle pasienten. Helsetilsynet har slått fast at utredning og behandling av pasienter i psykisk helsevern må kvalitetssikres av spesialist i psykiatri eller psykologi (Helsetilsynet, 2010). Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten²⁸ peker på

28

https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/veileder_rop_lot_spesialisthelsetj_internserien1_2017.pdf

psykologspesialist og psykiater med hensyn til spørsmålet om faglig ansvar. Vi mener at det er svært viktig at pasienter med alvorlige helseplager, som har blitt vurdert å ha rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, ikke møter utydelighet når det gjelder hvem som skal ha det faglige ansvaret knyttet til oppgaver som for eksempel overordnet behandlingsansvar og beslutninger knyttet til utforming og oppfølging av behandlingsplaner. Beslutninger knyttet til utredning, diagnostisering og behandling på disse feltene skal fattes av de fagpersonene som innehar de beste faglige kvalifikasjonene. Veilederen sier også at når *høyskolepersonell* er behandler skal involvering av spesialist være dokumentert i journal.

Norsk psykologforening etterlyser en faglig begrunnelse for innføring av flere spesialister innen disse fagområdene. Vi mener begrunnelsen må handle om noe mer enn at en spesialistgodkjenning kan virke statushevende og rekrutterende. Det må tydeliggjøres hvilke roller, oppgaver og ansvar nye sykepleiespesialistene skal ha, også i tverrfaglig samarbeid med psykolog- og legespesialister når det gjelder oppgaver som pasientansvar, utredning, diagnostisering, behandlingsplanlegging og henvisning.

Ny spesialitet i psykisk helse, rus- og avhengighet vil kunne føre til utydelighet i rolle- og ansvarsfordeling mellom yrkesgruppene. Utydelighet vil kunne komme i veien for enhetlig behandling og bidra til fragmentering av helsetilbud. Arbeidsgivere, fastleger, pasienter og andres forventninger knyttet til spesialistkompetanse, bygger på erfaringer med å møte for eksempel kardiologer og onkologer i somatikken og psykiatere og psykologspesialister i psykisk helsevern. Vi er bekymret for pasientsikkerheten om det fremover fremstilles som at helsepersonell uten tilstrekkelig diagnostisk kompetanse, skal utføre de oppgavene som henvisende instans til nå har forventet at lege- og psykologspesialister har tatt ansvar for. Dersom det skal innføres nye spesialister, må det i forkant utvikles rammer og forskrifter som tydeliggjør forskjellene i oppgaver og ansvar.

Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet angir kun 10 ukers praksis. Det kommer ikke frem noe om krav til praksis fra psykisk helsevern eller arbeid med rus- og avhengighetsproblematikkforopptak til studiet. Til sammenlikning vil en psykologspesialist med fordypning i rus- og avhengighetsproblemer etter endt seksårig utdanning til psykolog, blant annet ha gjennomført 5 års praksis, 240 timer veiledning hos spesialist og 256 timer kurs (det kreves at 3 av praksisårene er innenfor arbeid med rus- og avhengighet innen minimum to virksomhetsområder). Vi mener, som vi tidligere har spilt inn i høringsrundene om masterutdanningen, at de samlede kravene til praksis, kurs og veiledning, samsvarer dårlig med forventede læringsmål og kompetanse. Følgelig mener vi også at sykepleiermastere ikke vil inneha kompetanse eller ferdigheter til å ivareta oppgavene som en spesialist innen disse fagområdene skal ta faglig ansvar for.

Innspill fra andre statlige aktører

Statsforvalteren i Oslo og Viken

Mottatt 4.10.2022 fra Monica Carmen Gåsvatn, seniorrådgiver i helseavdelingen

1) *I hvilken grad mener dere at utfordringsbildet 1-4 favner situasjonen modellene for spesialistgodkjenning skal fungere innenfor? Andre utfordringer som bør løftes frem?*

Utfordringer – tilleggsinnspillpkt. 1

- Korrekt oppgavedeling må vektlegges: oppgaver utføres av rett personell, til rett tid og på rett sted. Ellers kan en oppleve kompetansesmuldring, uklarhet i roller og dermed fare for pasientsikkerhet
- Bør sørge for bedre forpliktende og kontinuerlig samarbeid mellom lærested og praksissted og ha på plass systemer som ivaretar dette, både for selve utdanningen, spesialistutdanningen og etterutdanning/ oppdatering av kompetanse.
- Lokal tilrettelegging: muligheter for permisjon, lønn, endring av arbeids- og ansvarsoppgaver, bindingstid

Utfordringer –tilleggsinnspillpkt. 4

Vi hos SFOV mener at det må være en offentlig spesialistgodkjenning. Ordningen skal være bærekraftig, men dersom dette innebærer økt ressursbruk så er dette en fornuftig og nødvendig investering som på sikt vil bidra til mindre ressursbruk.

Klagesaker, tilsynssaker og rettighetssaker vil stå i fare for å ikke kunne saksbehandles godt nok ved evt. ikke enhetlig kompetansekrav for spesialistgodkjenningen og regodkjenning. Dermed vil forbedring og pasientsikkerhet stå i fare.

2) *Har dere konkrete forslag til elementer som må tas inn i modellforslagene? Beskriv gjerne hvordan det kan underbygge formålet med spesialistgodkjenning: pasientsikkerhet, kvalitet og tillit.*

- Viktig å være tydelig på at det er nødvendig med fokus på normert kvalitet i utdanningen, både når det gjelder teoretiske og praktiske ferdigheter.
- Det er nødvendig å ha formelle læringsmål i en spesialistutdanning, både mht teoretiske og praktiske ferdigheter. Når f. eks d SF/Helsetilsynet får inn klager på helsepersonell, da er det viktig å ha klare normer å forholde seg til
- Viktig å ha fokus på kvalitetsindikatorer som også omhandler pasientsikkerhet for å sikre likeverdig og lik behandling
- Tydelig rolleforståelse hvor spesialistutdanningen skal føre til utvidet kompetanse hos sykepleiere, slik at de kan utøve sin rolle og yrke enda bedre, og ikke for at de skal overta oppgaver fra andre yrkesgrupper.

Vi ber om at dere vektleggerpunkt 2 i innlegget i innspillsmøte.

Mottatt 26.10.2022 fra Monica Carmen Gåsvatn, seniorrådgiver i helseavdelingen

- Positivt at signaler frå tilsynsmyndigheter legges til grunn når helsepersonell skal få autorisasjon eller få spesialgodkjenning.
- Dersom modell for spesialistgodkjenning skal gi alle sykepleiere mulighet for å bli spesialist, så tenker vi at det er på sin plass å stille spørsmål ved hensikten med det. Er det slik at det er et uttalt mål om at f.eks. en intensiv- eller operasjonssykepleier skal ta master for å bli godkjent som spesialist?
- Uavhengig av alternativ så er det viktig å erkjenne at en ikke kan ses på som «spesialist» rett etter å ha fullført studier og blitt autorisert. Det er nødvendig med en «nybegynnerfase» for å ha mulighet til å forstå ny rolle, nye oppgaver, ny kunnskap søm bør ses i et helhetlig perspektiv. Viktig med forståelse rundt dette, og at arbeidsgiver legger til rette for f. eks fadderordninger, veiledning, osv. for å støtte opp om de nye «spesialistene».

Felles tilbakemelding på alle modellene:

- En spesialistgodkjenning bør bygge på en felles nasjonal standard for hvilke kompetanseområder og kvalifikasjoner sykepleieren forventes å ha etter fullført utdanningsløp.
- Vi er av den oppfatning at det bør være krav om arbeidserfaring før en starter med en spesialistutdanning/mastergrad
- spesialistutdanning/ master kobles mot at sykepleier er ansatt i en stilling, dvs er forankret i arbeidslivet. Det vil sikre i helsepersonell i tjenesten samtidig som det vil sikre kompetanseutvikling både av den aktuelle kandidaten og av hele arbeidsplassen.

For modell 2,3,4 og5:

- Ved forslag om vitnemål og attest fra arbeidsgiver som bekrefter at søker kan godkjennes som spesialist danner grunnlag for søknad: Vi er av den oppfatning at forutsetningen setter høye krav til arbeidsgivers kompetanse for vurdering av om sykepleier innehar nødvendig kunnskap og kvalifikasjoner.
- Noe uklart om hva det menes (i modell 2) med at sykepleier må være ansatt i utdanningsstilling mens vedkommende fullfører mastergrad. Krav om utdanningsstilling for fullføring a mastergrad vil føre til at færre får muligheten til videreutdanning.
- Modellen (modell 3) vil være krevende i forhold til enhetlige krav til kunnskap og kompetanse
- Vi stiller spørsmål ved om en kan kalle seg for spesialist ved å følge trinn i modell 4? Dette med tanke på at spesialistgodkjenning bør bygge på en spesialsykepleierutdanning. Modellen vil være krevende i forhold til enhetlige krav til kunnskap og kompetanse.
- Vi oppfatter ikke dette (modell 5) som en tilfredsstillende modell i forhold til enhetlige krav til utdanning og sluttkompetanse. Dette bør bygge på en spesialsykepleierutdanning. Det bør ikke legges opp til en løsning der arbeidsgiver skal vurdere sykepleierens realkompetanse for å søke spesialistgodkjenning da dette vil føre til en varierende standard for kunnskap og kvalifikasjoner.

Statsforvalteren i Troms og Finnmark

Mottatt 5.10.2022 fra Hanne Kristine Schjølberg, seniorrådgiver

Statsforvalteren i Troms og Finnmark- Innspill til utredning av ulike modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper

I hvilken grad mener dere at utfordringsbildet 1-4 favner situasjonen modellene forspesialistgodkjenning skal fungerer innenfor? Andre utfordringer som bør løftes frem?

- Utfordringsbildet- innspill punkt 1. Det er viktig med en tydelig rolleforståelse innenfor de forskjellige fagprofesjonene, og en klar oppgavefordeling for en god utnyttelse av ressurser på grunn av helsetjenestens utfordringer med tilgang på helsepersonell.
- Utfordringsbildet- innspill punkt 3. En felles forståelse av hvilken sluttkompetanse som kan forventes etter endt utdanning er viktig for pasientsikkerhet og for å sikre lik kvalitet i helsetjenester. Krav til resertifisering vil bidra til å sikre at nødvendig ny kunnskap tilegnes og at eksisterende kompetanse opprettholdes.

Har dere konkrete forslag til elementer som må tas inn i modellforslagene? Beskriv gjerne hvordan det kan underbygge formålet med spesialistgodkjenning: pasientsikkerhet, kvalitet og tillit.

- Standardisering av praktiske og teoretiske ferdigheter for å øke kvalitet i utdanningen, bedre pasientsikkerhet og sikre en felles standard for hvilke kvalifikasjoner som kreves. Dette er også viktig med tanke på hvilke kvalifikasjoner som kan forventes for eksempel sett opp om Statsforvalterens arbeid med tilsyns- og klagesaksbehandling. Kompetansekrav i spesialistgodkjenning og krav til resertifisering vil dermed være med på å forbedre helsetjenestene og gi faglige retningslinjer for å kunne bedømme kvalitet på tjenestene.
- Samtidig viktig at nye modeller for spesialistgodkjenning og resertifisering av sykepleiere ikke har for omfattende krav slik at man sikrer at sykepleiere ønsker å bli i sitt yrke.