

## Innhold

Innhold .....	1
Vedlegg 1 Godkjenning av virksomheter som alternativ til individbasert spesialistgodkjenning? .....	2
Vedlegg 2 Oversikt over aktuelle utdanninger i RETHOS fase 3.....	4
Vedlegg 3 Utdanning av spesialsykepleiere i noen utvalgte EØS-land og UK .....	9
Vedlegg 4 Mal for beregning av kostnader (Excel).....	15
Vedlegg 5 Informasjonsbrev til innspillsmøte 1 den 4. oktober 2022 .....	18
Vedlegg 6 Informasjonsbrev til innspillsmøte 2 den 26. oktober 2022 .....	20
Vedlegg 7 Reviderte skisser til modeller utsendt 11. november 2022.....	25
Vedlegg 8 Alle skriftlige innspill fra aktørene .....	30
Innspill fra NSF og faggrupper under NSF .....	30
Norsk sykepleierforbund.....	30
Innspill fra arbeidsgivere .....	44
KS .....	44
Helse Midt-Norge RHF .....	45
Helse Vest RHF.....	48
Helse Sør-Øst RHF.....	58
Helse Nord RHF .....	69
Innspill fra utdanningssektoren .....	72
UiT Norges arktiske universitet .....	72
Universitetet i Sørøst-Norge .....	73
Høgskulen på Vestlandet.....	77
OsloMet storbyuniversitetet .....	80
Universitetet i Agder.....	84
Lovisenberg diakonale høgskole.....	87
Innspill fra andre foreninger .....	97
Fagforbundet .....	97
Norsk psykologforening.....	99
Innspill fra andre statlige aktører .....	101
Statsforvalteren i Oslo og Viken.....	101
Statsforvalteren i Troms og Finnmark.....	102

## 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 høgskolesektoren 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 teorigstudier.</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 utdanningsstedet 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 forskrift<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup> Vilkår for utstedelse av spesialistbevilling i sykepleie er definert og forklart 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 Ministère Des Solidarités Et De La Santé (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.

<b>Saksgebyr:</b>	<b>2400</b>	Saksgebyr pr søknad
<b>Antall søkere overgangsordning:</b>	<b>18000</b>	Antall søkere i en overgangsordning
<b>Antall søkere ordinær:</b>	<b>1275</b>	Antall nye årlige søkere
<b>Timepris (faglig rådgiver)</b>	<b>508</b>	Timepris for faglige rådgivere
<b>Brutto reallønn (off. rådgiver):</b>	<b>373,3253698</b>	Brutto reallønn saksbehandlere offentlig forvaltning
<b>Netto reallønn (sykepleier):</b>	<b>222,5641026</b>	Netto reallønn sykepleiere
<b>Antall timer gj.gang studieprog:</b>	<b>2600</b>	Antall timer som brukes til studiegjennomgang
<b>Andel saker som tas av faglig rådgiver</b>	<b>9,68 %</b>	Andel saker som tas av faglig rådgiver
<b>Kostnad pr eksamen:</b>	<b>2000</b>	Kostnad pr eksamen
<b>Tidsbruk eksamen (sykepleier)</b>	<b>4</b>	Tid brukt pr eksamen som avlegges
<b>Antall timer saksbeh</b>	<b>12</b>	Antall timer saksbehandlingstid pr søknad
<b>Kortere tidsbruk ved AKS</b>	<b>50 %</b>	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
<b>faglig rådgivere (enkeltsaker)</b>	376 025	752 050	752 050
<b>Saksbehandlere HDIR (enkeltsaker)</b>	2 579 484	5 158 968	5 158 968
<b>Total kostnad</b>	<b>2 955 509</b>	<b>5 911 018</b>	<b>5 911 018</b>
<b>Saksgebyrinntekt</b>	<b>3 060 000</b>	<b>3 060 000</b>	<b>3 060 000</b>
<b>Kostnad pr søknad</b>	<b>2 318</b>	<b>4 636</b>	<b>4 636</b>
<b>Overgangsordning</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>M5*</b>

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
<b>Total kostnad</b>	<b>84 769 913</b>	<b>53 344 857</b>	<b>287 344 857</b>
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
<b>Total kostnad</b>	<b>2 955 509</b>	<b>5 911 018</b>	<b>5 911 018</b>
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
<b>Total kostnad</b>	<b>84 769 913</b>	<b>53 344 857</b>	<b>287 344 857</b>
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.

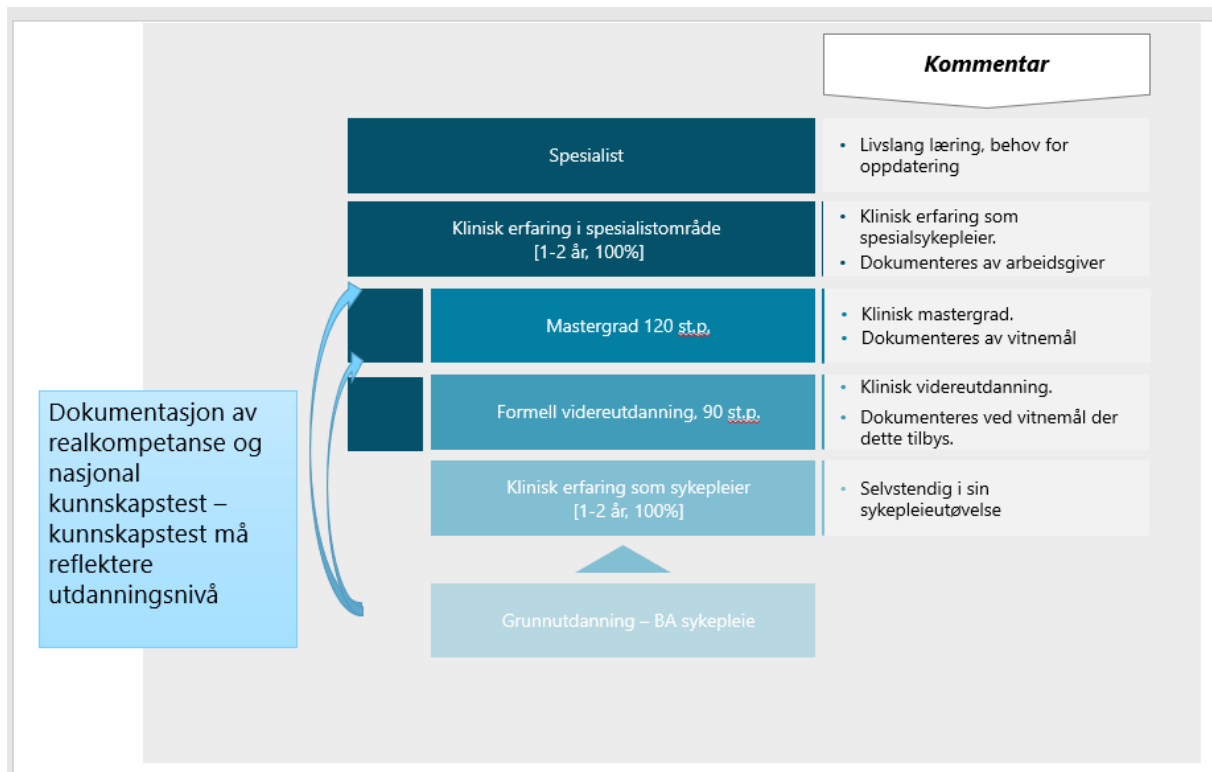
I tillegg ønsker vi at foreslåtte modeller vurderes ut fra grad av bærekraft. Bærekraft operasjonaliseres her gjennom:

- 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 kunnskapstest 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.

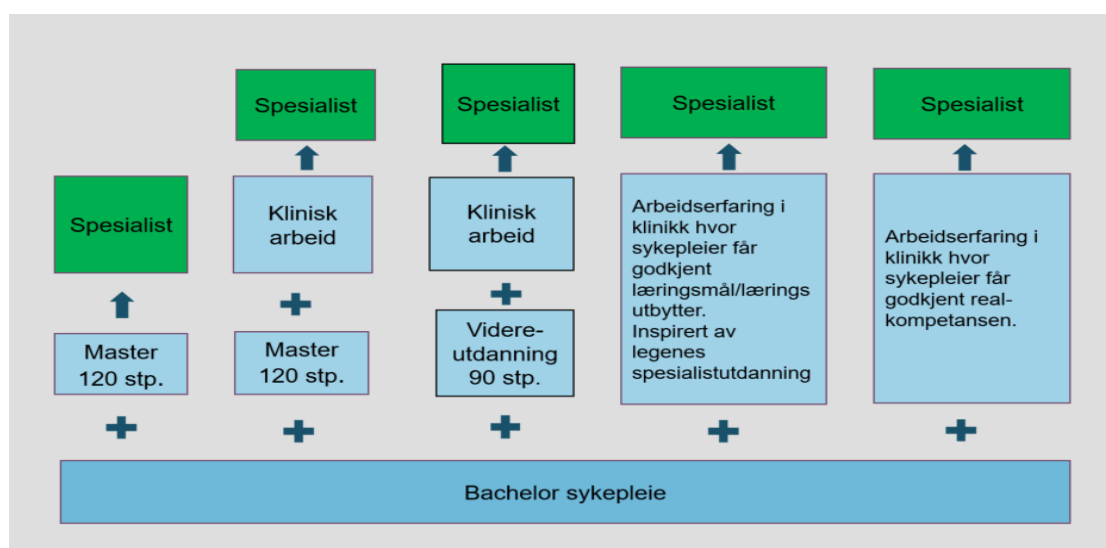
Vi ser frem til å høre din mening!

## 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 kandidatenes 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 ordening 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 innspillmøte 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 vekslers 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 småpirk: Begrepsbruken bør standardiseres. Yrkes**erfaring** 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 utkast 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 rettleiding 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 rettleiding, supervisjon og veiledning. Dersom alle skal ha formell veilederutdanning må dette vurderes i forhold til bærekraft. Alle som gir rettleiding 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 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?

#### **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 framskrivinger, 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 helseaktører<sup>1</sup> 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 (grunntutdanning + 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 gjennomgå 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 sykepleierspesialist 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 sykepleierspesialist 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 (integret 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 likeverdig, 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 spesialisykepleieutdanning 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 helseaktører<sup>1</sup> 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 sykepleieyrket. 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 kompetansekraft.

### ***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 forenklet 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 fratrar/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 rette for 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 kompetanse gjennom 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 reeksaminering.

- 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 vekke 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 ansvarsposisjon<sup>2</sup> 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.

---

<sup>2</sup> 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 tilfredsstiller 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 spesialisthelsetjenesten<sup>3</sup> peker på

---

3

[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/veileder\\_rop\\_lot\\_spesialisthelsetj\\_internserien1\\_2017.pdf](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.