

Modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper

Først publisert: 05. juni 2023

Siste faglige endring: 05. juni 2023

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Bakgrunn	5
3. Innspill fra aktørene	17
4. Helsedirektoratets vurdering av innslagspunktet for spesialistkompetanse	26
5. Helsedirektoratets forslag til modeller	28
6. Økonomiske og administrative konsekvenser	39
7. Referanser	49
8. Vedlegg	54

Sammendrag

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

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

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

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

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

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

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

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

Foreslåtte modeller:

- Modell 1 er å gi spesialistgodkjenning etter fullført mastergrad ved universitet eller 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 kan innvilges.
- Modell 3 skisseres det et utdanningsløp inspirert av legenes, der spesialistutdanningen foregår underveis i praktisk yrkesutøvelse, mens sykepleieren er i jobb.

Spesialistgodkjenning basert kun på en fullverdig mastergrad (modell 1), vil være enkel å forvalte da strukturene for utdanningene allerede er etablerte i UH-sektoren, tjenestene og Helsedirektoratet. Spesialistgodkjenningen kan tilnærmet tildeles automatisk ved vitnemål fra godkjent utdanningsinstitusjon via

Vitnemålsportalen. En modell for spesialistgodkjenning som tar utgangspunkt i fullført mastergrad på 120 studiepoeng, vil oppfylle kravene i nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk. Det samsvarer med Bologna-prosessen og europeisk samstemming av nivå på høyere utdanning i tråd med våre internasjonale forpliktelser.

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

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

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

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

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

Bakgrunn

Oppdraget gitt i tildelingsbrevet for 2022

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

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

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

Introduksjon

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

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

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

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

Avgrensinger

Helsedirektoratet har gjort følgende avgrensninger i oppdraget:

Vurdering av formålet med spesialistgodkjenningene:

Ettersom oppdraget er veldig tydelig på at det skal utredes ulike modeller som kan føre til spesialistgodkjenning av sykepleiere, anses det å ligge utenfor oppdragets mandat å utrede formålet med å innføre spesialistgodkjenning for de åtte gruppene av sykepleiere. Spesialistkompetanse har imidlertid vært en del av diskusjonen i utredningen. Utredningen drøfter modellene opp mot hverandre, men inneholder ikke anbefalinger om en bestemt modell.

Innholdet i utdanningene:

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

Kostnadene ved de ulike utdanningsmodellene:

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

Nasjonalt register:

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetenes register over helsepersonell med norsk autorisasjon og spesialistgodkjenning. Registeret viser kompetansen til helsepersonellet den dagen en autorisasjon eller spesialistgodkjenning blir gitt, men inneholder ingen informasjon om vedlikehold av kompetanse[1] (livslæring læring) eller arbeidssted. Så lenge helsepersonellet ikke har mistet spesialistgodkjenningen, eller autorisasjonen, vil vedkommende være oppført i HPR frem til vedkommende er 80 år.

Involvering av aktørene

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

- Norsk sykepleierforbund (NSF) med alle aktuelle faggrupper
- De regionale helseforetakene (RHF) med ulike helseforetak (HF)
- Kommunesektorens organisasjon (KS)
- Fagforbundet

- Utdanningsinstitusjoner; Universitet og høyskoler (UH)
- Statsforvalterne (SF)

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

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

Fotnoter

[1] For spesialister i allmennmedisin vil dato for resertifisering for å beholde tilleggskaksten være synlig i HPR.

Helsepersonellovens formål med offentlige godkjenninger

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

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

Etter helsepersonelloven § 51 kan departementet gi forskrifter om spesialistgodkjenning for helsepersonell og om etterutdanning for spesialister. Av de 32[2] helsepersonellgruppene som er innlemmet i autorisasjonsordningen, er det kun leger, tannleger og sykepleiere som i dag har offentlig spesialistgodkjenning. Norsk autorisasjon er en forutsetning for å kunne søke om spesialistgodkjenning. Helsedirektoratet har myndighet til å behandle søknader om autorisasjon og offentlig spesialistgodkjenning for helsepersonell.

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

Fotnoter

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

Helsedirektoratets tidligere utredninger av autorisasjon og spesialistgodkjenning

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

- I 2006 foretok Sosial- og helsedirektoratet på eget initiativ en gjennomgang av spesialistordningen med forslag om ny forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell. I denne utredningen ble det foreslått en moderat utvidelse av forskriften med følgende helsepersonellgrupper: psykologer, fysioterapeuter, sykepleiere og farmasøyter
- I tildelingsbrevet for 2007 fikk Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag "å foreta en prinsipiell og overordnet vurdering av dagens autorisasjonsordning". Oppdraget resulterte i utredning av helsepersonellovens autorisasjonsordning og ble levert departementet i januar 2008. Tilleggsutredningen om autorisasjon av helsepersonell ble levert september samme året. Begge utredningene trakk opp prinsipielle retningslinjer for vilkår for at en yrkesgruppe skal gis autorisasjon herunder skjæringspunktet mellom autorisasjon og spesialistgodkjenning.
- I tildelingsbrevet for 2011 ble Helsedirektoratet gitt i oppdrag å vurdere om flere yrkesgrupper[3] burde gis offentlig spesialistgodkjenning. Oppdraget ble presisert i brev av 4.5.2011 fra Helse- omsorgsdepartementet. Som svar på oppdraget leverte Helsedirektoratet 1.2.2012 Delutredning 1: "Vurdering av offentlig spesialistgodkjenning for aktuelle helsepersonellgrupper".

Helsedirektoratets utredning fra 2012

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Spesialistutdanningens varighet.** Spesialistutdanningen utover grunnutdanningen bør ha en viss varighet i forhold til grunnutdanningen. Som en hovedregel betyr dette at spesialistutdanningen bør være av anslagsvis 2/3 av grunnutdanningens lengde. (I utredningen ble det ikke vurdert helsepersonellgrupper med utdanning på videregående skoles nivå.)
- **Veiledet praksis.** Hovedinnholdet i en klinisk spesialistutdanning skal bestå av godkjent veiledet praksis. For å bli vurdert bør omfanget av praksis ligge på minimum 240 timer for profesjonsstudiene og 120 timer for helsepersonell der grunnutdanningen er på bachelor-nivå. En ren teoretisk mastergrad vil dermed ikke gi grunnlag for offentlig godkjenning som spesialist.
- **Teoretisk fordypning.** Det bør stilles minimumskrav til teoretisk utdanning gjennom et visst antall timer. For de lengre profesjonsstudiene bør kravet være minimum 240 timer. For yrkesgrupper med bachelorutdanning bør kravet teoretisk innhold være minimum 100 timer. Det bør videre stilles krav om at fordypningsområdet bygger på grunnutdanningen.
- **Offentlig godkjent utdanningsinstitusjon.** Ifølge Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell (FOR 2000-12-21 nr 1384) skal utdanningsinstitusjoner for spesialistutdanning av leger godkjennes av Helsedirektoratet. For noen av de aktuelle faggruppene, eksempelvis psykologer, foregår en god del av spesialistutdanningen ved instanser som er godkjente av yrkesorganisasjonene. Hvis spesialiseringen skal føre frem til en offentlig godkjenning, vil direktoratet stille krav om offentlig godkjenning av utdanningsinstitusjonen eller offentlig godkjent program.

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

Forslag til verktøy for vurdering ved etablering av spesialiteter

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

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

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

Kriterier for å vurdere ny spesialitet	Anestespsykepl.	Barnesykepl.	Intensivsykepl.	Operasjonssykepl.	Kreftsykepl.	Jordmor	Helsesykepl.	Sykepl. i psyk. helse-, rus og avh.	Vurdering (eksempel):
Helsetjenesten har et særlig behov på et avgrenset felt som ikke dekkes gjennom grunn- eller etter/videreutdanninger									De aktuelle sykepleiergruppene har videreutdanning/ masterutdanning i dag
Utvidede oppgaver gitt i kraft av spesialistkompetansen									De aktuelle sykepleiergruppene har utvidede oppgaver (spesialsykepleiere)
Har særlig selvstendighet i yrkesutøvelsen									De fleste aktuelle sykepleiergruppene jobber ofte i et kollegialt fellesskap, jf def. av kriteriet.
Hensynet til pasientsikkerhet (særlig risiko for skade på pasient)									De aktuelle sykepleiergruppene har oppgaver som kan utgjøre en særlig risiko for skade på pasient (spesialsykepleiere)
Rettighetsutløsning									Dette vilkåret er pt kun akutelt for jordmor og helsesykepleiere
Robust fagmiljø									De aktuelle sykepleiergruppene har store og robuste fagmiljø

	Kriteriet er innfridd
	Kriteriet innfris ikke
	Kriteriet er delvis innfridd

Figur 1: Forslag til verktøy for vurdering av nye spesialiteter

Dobbeltautorisasjon

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

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

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

Dette ble utdypet i Helsetilsynets innspill fra 2008:

" Når det gjelder spørsmålet om behovet for dobbelautorisasjon, vil vi bemerke at spesialistgodkjenning etter vårt syn er et mer dekkende begrep for autorisasjon på grunnlag av videre- og/eller spesialisering. Dobbelt autorisasjon kan forveksles med autorisasjon på bakgrunn av to ulike grunnutdanninger, noe som nå gir rett på autorisasjon for begge yrkesfunksjonene. Ved å forbeholde begrepet autorisasjon for godkjenning på grunnlag av grunnutdanning og begrepet spesialistgodkjenning på grunnlag av videre-/spesialistutdanning, sondres det klart mellom disse to formene for godkjenning. Statens helsetilsyn ser behovet for en gjennomgang av spørsmålet om spesialistgodkjenning ut fra de samme førende premisser som for autorisasjon ".

Om utdanning av spesialsykepleiere

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

Fotnoter

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

Innføring av RETHOS

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

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

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

Retningslinjene skal gi tydelig nasjonal styring, men også sikre mulighet for lokal tilpasning i tråd med utdanningsinstitusjonenes autonomi og profil. Det betyr at den enkelte utdanningsinstitusjon skal, på grunnlag av forskriftene, utarbeide lokale planer med bestemmelser om faglig innhold, organisering, undervisningsformer, vurderingsformer og beskrivelse av praksisstudiene. Revidering av retningslinjene skal skje med intervall på omtrent fire år. RETHOS 3, som omfatter master og videreutdanningene innen helse- og sosialfaglig, er fastsatt i forskrifter[4][5][6][7][8][9][10][11] og under innfasing. Alle de aktuelle utdanningene i dette oppdraget tilbys i dag som fulle mastergrader på 120 studiepoeng, og noen har avstigningsmulighet etter 90 studiepoeng. Det er mulighet for å gjennomføre utdanningene som heltids- eller deltidsstudier. Masterstudiene på 120 studiepoeng er to år ved heltid og fire år ved deltid. Se vedlegg 2.

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

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

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

Fotnoter

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

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

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

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

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

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

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

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

Utdanning og spesialistgodkjenning av avansert klinisk allmennsykepleie

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

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

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

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

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

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

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

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

Innvilget	93
Avslag	36
Under behandling	12
Totalt	141

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

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

Utdanning av spesialsykepleiere i noen utvalgte EØS-land og UK

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

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

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

Land	Mastergrad 120 stp.	Videreutdanninger	Krav til yrkeserfaring	Krav om dokumentert vedlikehold av spesialkompetanse	Myndighets- godkjenning av spesialistkompetans

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

Fagmiljø og karrierevei

Ønske om å være en del av et større fagmiljø er viktig for alt helsepersonell og er pekt på som en av grunnen til at det kan være utfordrende å rekruttere til distrikt (Helsedirektoratet, 2021). Faglige karriereveier for sykepleiere både, i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, er et viktig

incitament for at sykepleiere skal ønske å bli i yrket sitt (Helsedirektoratet, 2021, 14. oktober, Midtsundstad & Nielsen, 2022).

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

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

Innspill fra aktørene

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

Aktørenes innspill på utfordringsbildet

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

1. **Kvalitet:** Tilgangen på helsepersonell er utfordret i alle deler av sektoren, samtidig som krav om spesialisert kompetanse og klinisk fagledelse er en forutsetning for kvalitet i tjenestene. Det er også utfordringer med å beholde sykepleiere i klinisk pasientnær virksomhet. En offentlig spesialistgodkjenning bør bidra til å bygge strukturer som sikrer at spesialisert kompetanse utvikles og vedlikeholdes hensiktsmessig.
2. **Livslang læring:** En utfordring med dagens ordninger for offentlig spesialistgodkjenning er at den ikke inkluderer et offentlig system som ivaretar krav til at spesialistkompetansen holdes faglig oppdatert gjennom hele yrkeskarrieren, dvs. det er ingen offentlige krav til resertifiseringer for å beholde spesialistgodkjenningen[12].
3. **Likeverdig sluttkompetanse:** Det kan være en utfordring at man i RETHOS 3 har valgt å innføre to ulike utdanningsnivåer og ulik sluttkompetanse innenfor samme nasjonale retningslinje (eks. master på 120 studiepoeng med mulighet for avstigning på 90 studiepoeng). Begge nivåer kvalifiserer for samme stillingsbetegnelse (f.eks. intensivsykepleier, anestesisykepleier). Dette skiller seg fra de andre personellgruppene som gis autorisasjon eller spesialistgodkjenning basert på en likeverdig sluttkompetanse.
4. **Bærekraft:** En offentlig spesialistgodkjenningsordning vil kreve økt ressursbruk både i tjenesten og for godkjenningsmyndighetene. En fremtidig ordning må derfor være bærekraftig, kunne effektivt avvike oppgaver innenfor standardiserte format og utvikles fra felles prinsipper/strukturer.

Overordnede betraktninger på utfordringsbildet

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

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

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

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

Utfordringsbildet sett fra NSF perspektiv

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

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

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

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

Utfordringsbildet sett fra kommunenes perspektiv

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

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

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

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

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

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

KS har oppsummert sine betenkeligheter og spørsmålene i følgende kulepunkter:

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

Utfordringsbildet sett fra helseforetakenes perspektiv

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

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

De aktuelle kliniske utdanningene er av stor betydning for driften av spesialavdelingene i sykehusene, og det må være en bevissthet rundt å unngå at man foreslår modeller som etablerer "A-lag og B-lag" uten

realistiske muligheter for etterkvalifisering for sykepleierne som ønsker det. Mange pasienter har ikke behov for spesialsykepleiere, men de har behov for sykepleiere med lang klinisk erfaring som kan tilegne seg ny kunnskap uten at de nødvendigvis skal ta en full mastergrad.

Tidligere var det behovene i tjenesten som var avgjørende for hvem og hvor mange som ble utdannet til spesialsykepleiere. Denne muligheten for påvirkning oppleves av RHF som reduserte etter at utdanningsinstitusjonene har fått større innflytelse på hvem som kommer inn på utdanningene[13]. En annen utfordring er karakterkravet for opptak til videreutdanningene. Dette kan utelukke dyktige kliniske sykepleiere med ikke fullt så gode karakterer fra bachelorstudiene. Denne formen for opptak til videreutdanninger legger ikke vekt på ferdigheter, motivasjon og ønske om å jobbe klinisk etter endt utdanning.

Så lenge det ikke er forskriftsfestet krav i RETHOS 3 om klinisk yrkeserfaring før opptak til videreutdanning, kan kandidater gå rett fra en bachelor til en masterstudie. Når kandidatene som ikke har tilstrekkelig erfaringskompetanse fra sykepleieryrket skal ut i arbeid i større spesialavdelinger etter gjennomført mastergrad, vil kandidatene trenge forsterkede veiledningsressurser, noe som kan oppleves som svært krevende for tjenestene.

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

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

Utfordringsbildet sett fra utdanningssektorens perspektiv

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

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

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

Utfordringsbildet sett fra Statsforvalterens perspektiv

For fremtidens helse- og omsorgstjenester er det viktig med korrekt oppgavedeling. Dette innebærer at oppgaver utføres av rett personell til rett tid og på rett sted, ellers kan man oppleve en kompetansesmuldring og uklarheter i rollene som dermed utgjør en fare for pasientsikkerhet.

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

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

Utfordringsbildet sett fra Fagforbundets perspektiv

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

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

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

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

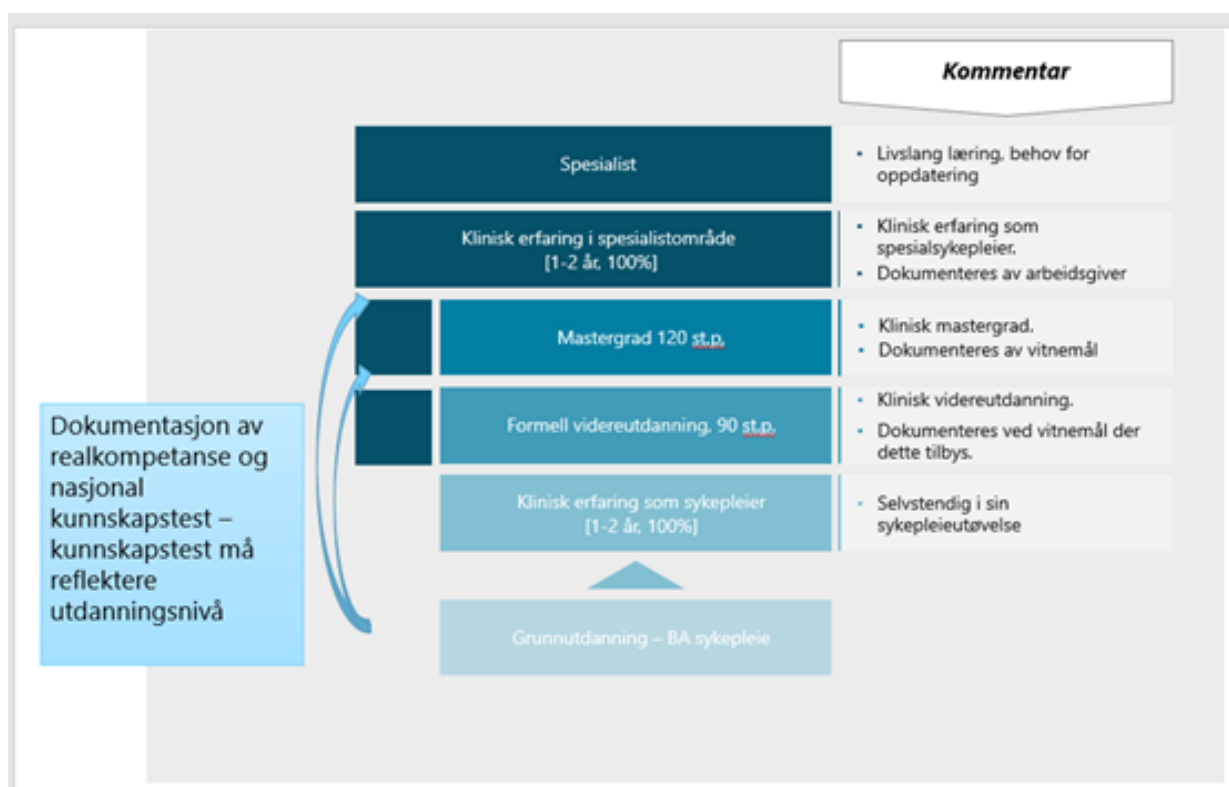
Fotnoter

[12] For spesialister i allmennmedisin vil dato for resertifisering for å beholde tilleggstaksten være synlig i HPR.

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

Aktørenes innspill på innslagspunkt for spesialistgodkjenning

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



Figur 2 Kompetansenivå som skal ligge til grunn for spesialistgodkjenning

Overordnede betraktninger på innslagspunkt for spesialistgodkjenning

Både de skriftlige og muntlige tilbakemeldingene fra aktørene viser at det er til dels ulike oppfatninger av hvor innslagspunktet for spesialistkompetansen trer inn. De fleste aktørene mener at det bør være krav til en periode med yrkeserfaring før man kvalifiserer som spesialist, mens andre mener at det er tilstrekkelig

med en mastergrad. For å få til en god spesialistutdanning, vil man være avhengig av et godt samarbeid mellom aktørene.

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

Aktørenes innspill på forslag til modeller

I forkant av det andre innspillsmøte sendte Helsedirektoratet ut skisser (vedlegg 6) til ulike modeller for spesialistgodkjenning som senere ble omarbeidet og sendt på ny kommentarrunde. Se vedlegg 7 for beskrivelse av de ulike modellforslagene som ble sendt på kommentarrunde. Modellforslagene i kapitel fire er Helsedirektoratets endelige forslag etter innspill fra aktørene. Modellforslaget der spesialistgodkjenning gis på bakgrunn av nasjonal eksamen, er ikke lenger aktuell som hovedmodell, men er foreslått som element i en eventuell overgangsordning.

Overordnede betraktninger på modellforslagene

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

NSFs vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning

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

KS sin vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning

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

Helseforetakene vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning

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

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

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

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

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

Utdanningssektorens vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning

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

Fagforbundets vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning

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

Norsk psykologforening vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning.

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

Statsforvalterens vurdering av modellene og innslagspunkt for spesialistgodkjenning

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

Helsedirektoratets vurdering av innslagspunktet for spesialistkompetanse

I dette kapitlet diskuteres innslagspunktet for spesialistkompetanse.

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

Spesialistgodkjenning skal sikre:

- Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene
- Pasientsikkerhet
- Tillit

Spesialistutdanning skal sikre:

- Tjenestenes behov for spesialisert kompetanse

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

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

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

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

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

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

Tidsperspektivet kan knyttes til tanken om modning i faget som kan gjenfinnes i teorien fra novise til ekspert. Her beskrives utviklingen av sykepleierens handlingsberedskap frem til handlingskompetanse gjennom ulike nivåer^[14] (etter avsluttet utdanning). Det er først når sykepleieren har nådd trinn 5, at man iht. teorien har oppnådd ekspertnivå (Benner, 1995).

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

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

Fotnoter

[14] Trinn 1: Novisen kjennetegnes av at hen ha lite erfaring å bygge på og vil være avhengig av regler og prosedyrer for å kunne utføre ferdigheter på en tilfredsstillende måte. Når man begynner på et nytt sted, vil alle gjennom novisetrinnet for en kortere eller lengre periode.

Trinn 2: Avansert nybegynner vil fremdeles være avhengig av retningslinjer og veiledning for å kunne prioritere det viktigste i de situasjonene man er i. Men man vil gjenkjenne tilbakevendende faktorer som meningsfulle etter hvert som man utfører oppgaver og er i situasjoner gjentatte ganger.

Trinn 3: Etter to-tre år med noenlunde samme arbeid kvalifiserer en som kompetent utøver. Man kan planlegge mål og tiltak frem i tid og begrunne dette ut fra en bevisst, abstrakt og analytisk vurdering av situasjonen eller problemet. Sykepleieren Personen har opparbeidet seg en mer effektiv arbeidsmetode enn tidligere og kan ta på seg mer lederansvar gitt forutsigbare omstendigheter.

Trinn 4: Kyndig utøver er mindre bundet av spesifikke teorier eller regler. Ser helheten i situasjonen og kan raskt fokusere på det viktigste og ta beslutninger ut fra en nyansert og helhetlig forståelse. Erfaringer fra tidligere gjør at en vet hva som er forventet forløp, og raskt kan se og forstå når forløpet avviker fra det normale. Intuisjon og antagelser vil være med på å styre observasjoner og handlinger før de synlige tegnene kan vise seg hos pasienten. Kyndigheten i praksis utvikler seg gjerne hos sykepleiere som har hatt omtrent den samme jobben i tre-fem år.

Trinn 5: Eksperten har en dyp, intuitiv, forståelse av situasjonen, slik at passende tiltak raskt kan velges. Stor erfaringsbakgrunn gjør at sykepleieren er selvstendig, rask og sikker på sin vurdering. Det tar omtrent fem år med analytisk jobbing innenfor samme område for å fungere på ekspertnivå.

Helsedirektoratets forslag til modeller

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

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

Forutsetninger for en god spesialistutdanning

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

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

Nasjonal, standardisert og forskriftsfestet

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

Samhandling

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

Livslang læring

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

Elementer modellene kan bestå av

I innspillsmøtene har følgende elementer vært diskutert:

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

Omfang av teoretisk del og klinisk praksis i studiet

En del av utdanningen må bestå av teori. Den teoretiske delen av en spesialistutdanning kan foregå enten i UH-sektoren, som teoretiske kurs på nasjonalt nivå, eller som en blanding av disse. For eksempel skjer legenes spesialistutdanning i praksisfeltet/klinikken, men inneholder også teoretiske kurs på nasjonalt nivå. Spesialistutdanningen for tannleger skjer ved universitetene[15], men med krav om klinisk allmennpraksis før opptak til masterstudiet. Pasientbehandling under veiledning foregår i hovedsak ved universitetets klinikk for spesialistbehandling. Spesialistutdanningen av avansert klinisk allmennsykepleiere skjer i UH-sektoren, men der store deler av utdanningen er kliniske praksisstudier.

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

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

Omfang av klinisk yrkeserfaring før og etter avsluttet mastergrad

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

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

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

Nasjonal eksamen

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

Fotnoter

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

Modell 1: AKS-modellen: Mastergrad =spesialistgodkjenning

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

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

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

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

Vurdering av modell 1

Spesialistgodkjenning basert på en fullverdig mastergrad, vil være enkel å forvalte da strukturene for utdanningene allerede er etablerte i UH-sektoren, tjenestene og Helsedirektoratet. Spesialistgodkjenningen kan tilnærmet tildeles automatisk ved vitnemål fra godkjent utdanningsinstitusjon via Vitnemålsportalen. En

modell for spesialistgodkjenning som tar utgangspunkt i fullført mastergrad på 120 studiepoeng, vil oppfylle kravene i nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk, det samsvarer med Bologna-prosessen og europeisk samstemming av nivå på høyere utdanning i tråd med våre internasjonale forpliktelser, og det speiler internasjonale trender for utdanningsnivå på spesialsykepleiere. Dette vil legge til rette for at norske sykepleierspesialister holder samme kompetansenivå som land vi sammenligner oss med.

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

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

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

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

Modell 2: Mastergrad + relevant klinisk yrkeserfaring =spesialistgodkjenning

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

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

Dokumentasjon av klinisk yrkeserfaring kan gjøres i etablerte digitale løsninger slik som for eksempel Kompetanseportalen. Eventuelt kan det utvikles tilsvarende funksjonalitet i Tjenesteportalen for helseaktører^[16] for de som ikke har tilgang til Kompetanseportalen. Yrkeserfaringen bør kunne gjennomføres i sykepleiers ordinære stilling.

Vurdering av modell 2

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

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

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

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

Fotnoter

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

Modell 3: Spesialistutdanning SIS (sykepleier i spesialisering)

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

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

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

Vurdering av modell 3

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

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

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

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

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

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

Modeller for overgangsordninger

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

Det har vært diskutert om manglende akademisk kompetanse kan kompenseres av lang klinisk erfaring, teoretisk påbygging eller en kombinasjon av disse to. Denne diskusjonen må tas videre med aktuelle

aktører. En mulig overgangsordning kunne være at alle sykepleiere som har en stilling som spesialsykepleier, får spesialistgodkjenning.

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

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

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

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

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

Realkompetansevurdering av erfarne spesialsykepleiere

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

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

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

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

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

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

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

Tabell 4 Oversikt over sykepleiere med fullført videreutdanninger i perioden 2018 til 2021 og sysselsatte spesialsykepleiere i 2021[1].

Fullførte videreutdanninger perioden 2018–2021	Sysselsatte spesialsykepleiere i 2021
• utdannet til sammen 2836 sykepleier med videreutdanninger i hhv. anestesi-barn-, intensiv, operasjon- og kreftsykepleie • utdannet 538 jordmødre • 953 helsesykepleiere • 2434 sykepleier med videreutdanning i psykisk helse og rus	• 10 799 sysselsatte sykepleier med videreutdanninger i hhv. anestesi-barn-, intensiv, operasjon- og kreftsykepleie • 3 036 sysselsatte jordmødre* • 4 405 sysselsatte helsesykepleier* • 4 905 sysselsatte psykisk helse og rus (psykiatrisk sykepleier)

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

Nasjonal eksamen for erfarne spesialsykepleiere

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

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

Fotnoter

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

Oppsummering av aktørenes preferanser til modellene

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

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

Tabell 5 Aktørenes tilbakemelding på de ulike modellene

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

Fotnoter

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

Kan det være ulike modeller for ulike sykepleiergrupper?

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

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

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

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

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

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

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

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

Fremtidens tjenester krever helsepersonell som har kjennskap til begge nivåer

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

Fagmiljø og karriereveier

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

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

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

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

Økonomiske og administrative konsekvenser

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

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

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

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

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

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

Fotnoter

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

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

Investeringskostnader og drift av digitale systemer i Helsedirektoratet

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

Dersom det skal innføres spesialistgodkjenning for åtte nye sykepleiergrupper med mulige overgangsordninger, vil ikke måten vi arbeider på i dag være bærekraftig. Dagens saksbehandling bærer preg av mye kontroll av dokumenter i etterkant av utdanningen i forbindelse med søknadsbehandlingen. Når søker selv har ansvaret for å sende inn de riktige dokumentene, blir det ofte mye mangler som fører til ekstra arbeide for søker, arbeidsgiver og forvaltningen.

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

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

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

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

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

Spesialistgodkjenning: antagelser og kostnadselementer

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

Ved beregningen av kostnadene er det lagt til grunn ulike antagelser. Disse antagelsene er knyttet til størrelsen på lønnsnivå, tidsbruk, antall søkere og eksamenskostnad, og hvordan disse påvirker de totale kostnadene for modellene. Disse antagelsene utgjør grunnlaget for beregningene av de totale kostnadene og hvordan disse fordeler seg på ulike områder. Det er usikkerhet knyttet til størrelsen på flere av

kostnadene. Dette gjelder blant annet ved valg av ulike eksamensformer og hvor tidkrevende saksbehandlingen blir.

Antall søkere

I beregningene i tabell 6 har vi lagt til grunn at det kan være om lag 18 000^[21] spesialsykepleiere som kan søke på overgangsordningen ved en eventuell innføring av spesialistgodkjenning. Det anslås å ha vært i overkant av 23 000 spesialsykepleiere i tjenestene i 2021. Av disse er det omtrent 10 799 som arbeider i ABIOK-stillinger. Tallene inkluderer ikke sysselsatte spesialsykepleiere med bedriftsintern utdanning. Tallene inkluderer heller ikke søkere med utdanning fra utlandet. Det er derfor en risiko at tallet kan bli betydelig høyere. Bakgrunnen for at vi anslår 18 000 søkere med norsk utdanning er at en del ikke kommer til å søke fordi de ikke ønsker det, eller ikke oppfyller kravene i en eventuell overgangsordning.

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

Eksamenskostnad

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

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

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

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

Lønn

Ved beregning av lønnsstørrelser for spesialsykepleiere og saksbehandlere innen offentlig forvaltning, legges det til grunn lønnstall fra SSB fra 2021. Lønnen til faglige rådgivere er basert på deres timepris ved bistand til AKS. Utover disse beløpene anslås en lønnsvekst på tre prosent frem til innføring av spesialistgodkjenningsordningen. I kostnadsanslagene legges det til grunn brutto reallønn for saksbehandlere innen offentlig forvaltning. Dette er brutto lønn, inklusive arbeidsgiveravgift. I beregningen legges det til grunn at spesialsykepleiere hovedsakelig må bruke egen fritid til å avlegge eksamen, så vil denne kostnaden beregnes basert på netto reallønn. Dette er brutto lønn, eksklusiv marginalsatt^[22] og det antas at marginalsatt utgjør 30 prosent av spesialsykepleieres lønn. Hvis sykepleierne får fri med lønn

til å avlegge eksamen vil det være mer korrekt å ta utgangspunkt i brutto reallønn, som er lønn, skatt, sosiale kostnader og arbeidsgiveravgift[23]. Dette kan føre til kostnaden for modell med nasjonal eksamen i tabell 6 er anslått noe lavt, men det har liten prosentvis påvirkning på den samlede kostnaden.

Tidsbruk

Tid brukt knyttet til nasjonal eksamen

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

Tid brukt til gjennomgang av fagplaner

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

Tid brukt i behandling av enkeltsøknader

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

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

Gebyrinntekter i Helsedirektoratet

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

Fotnoter

[21] Sysselsatte spesialsykepleiere med master eller videreutdanning. 2021-tall fra SSB, se tabell 4. Det er noe usikkerhet knyttet til tallene fra SSB. I enkelte faggrupper kan personer ha blitt oppført basert på stillingstittel og ikke utdanning. Det er også noe avvik mellom SSBs tall og RHFenes og NSF's tall. Blant annet er det langt flere insentivsykepleiere i SSBs tall, men det er færre kreftsykepleiere sammenlignet med RHFenes og NSF's tall.

[22] [Veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser.pdf \(dfo.no\)](#) s 169

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

Årlige kostnader for de tre modellene i Helsedirektoratet

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

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

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

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

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

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

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

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

Kostnader for modeller for overgangsordninger

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

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

Studiegjennomgang av faglig rådgivere (enkeltsaker)	Realkompetanse-vurdering av erfarne spesialsykepleiere	Nasjonal eksamen for erfarne spesialsykepleiere	*1. utvidet nasjonal eksamen for erfarne spesialsykepleiere
Saksbehandlere i Hdir	72 832 494		
Sykepleiere		16 024 615	16 024 615
Eksamensavvikling		36 000 000	270 000 000
Samlet kostnad ved innføring	84 769 912	53 344 856	287 344 856
Saksgebyrinntekt	43 200 000	43 200 000	43 200 000
Kostnad pr søknad	4 709	2 964	15 964

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

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

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

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

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

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

EØS-rettslige konsekvenser

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

I forbindelse med Helsedirektoratets arbeid med avansert klinisk allmennsykepleie[24] ble det redegjort for de EØS-rettslige konsekvensene (Helsedirektoratet, u.å.). Da disse vil gjelde for 7 av de aktuelle utdanningene er store deler av kapitlet fra forrige rapport kopiert inn her, men det er supplert mht. jordmødrene som har automatisk godkjenning jf. artikkel 40 og vedlegg V nr. 5.5.1 (utdanning som jordmor) i Forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits.

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

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

EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EØS-forskriften

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

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

Vurdering

Avsnittene under gjelder ikke jordmor.

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

Samme yrke

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

Individuelt tilpassede utlikningstiltak

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

Lavere utdanningsnivå må aksepteres

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

Krevende vurderinger

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

Fotnoter

[24] [Hdir_Rapportmal-gjeldende 14.2.19 \(helsedirektoratet.no\)](#)

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

Referanser

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Helsedirektoratet (2020). Praksis i kommunene - En økonomisk og administrativ utredning. (IS-2956). Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene/Praksis%20i%20kommunene.pdf/_attachment

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

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

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

Helsedirektoratet (u.å.). Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. (IS-2822). Helsedirektoratet.
[Hdir_Rapportmal-gjeldende 14.2.19 \(helsedirektoratet.no\)](#)

Helse- og omsorgsdepartementet (2019). Høringsnotat Innføring av spesialistgodkjenning for sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie.

[horingsnotat---innforing-av-spesialistgodkjenning-for-sykepleiere.pdf \(regjeringen.no\)](#)

Hejmås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N.M. (2019). Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. Statistisk sentralbyrå.

https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16a9632c1f0

ICN (2008). ICN Nurse Practitioner/Advanced Practice Network (NP/APN Network). Hentet 12.12.2022 fra

<https://www.icn.ch/who-we-are/icn-nurse-practitioneradvanced-practice-network-npapn-network>

INPI (2020, 15. april) Nurse. Hentet 01.12.2022 fra

<https://www.guichet-qualifications.fr/en/dqp/healthcare/nurse.html>

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

Kunnskapsdepartement (2019). Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger og tilhørende forskrifter for hver utdanning– merknad til bestemmelser. (Nr. F04/2019) [Rundskriv].

<https://www.regjeringen.no/contentassets/f89a402a104b4a76a620a27447e448e9/rundskriv-f-04-19.pdf>

Kunnskapsdepartement (2021, 2. september) Direktiv om forholdsmessighetsprøving før regulering av yrker.

Regjeringen. [Direktiv om forholdsmessighetsprøving før regulering av yrker - regjeringen.no](#)

Kunnskapsdepartementet (2021, 6. oktober). Orientering om forslag til statsbudsjettet 2022 for universitet og høyskular. (F-4473). Kunnskapsdepartementet.

[orientering-om-forslag-til-statsbudsjettet-2022-for-universitet-og-hogskular-til-publisering.pdf \(regjeringen.no\)](#)

Kunnskapsdepartement (2022, 26. april). Forskrift om nasjonal retningsline for jordmorutdanninga er nå sendt på høyring. Regjering.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/f89a402a104b4a76a620a27447e448e9/rundskriv-f-04-19.pdf>

Kunnskapsdepartementet (2022, 30. September). Arbeidsgruppe om dimensjonering for framtidens

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

Kunnskapsdepartementet (2022, 8. november). Innspill til Utsynsmeldingen. Regjeringen. [Innspill til](#)

[Utsynsmeldingen - regjeringen.no](#)

Kunnskapsdepartementet (u.å.). Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS).

Regjeringen. Hentet 09.12.2022 fra

<https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse-->

KS (2022, 14. februar). Bedre oppgavedeling skaper fremtidens omsorgstjenester. KS.

<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/bedre-oppgavedeling-skaper>

Københavns Professionshøjskole (u.å.). Specialuddannelse i borgernær sygepleje. Hentet 16.12.2022 fra

<https://www.kp.dk/videreuddannelser/specialuddannelse-i-borgernaer-sygepleje/>

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

Meld. St. 14 (2019–2020). Kompetansereformen – Lære hele livet. Kulturdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20192020/id2698284/>

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

Nokut (u.å.) (1). Nivåa i kvalifikasjonsrammeverket. Hentet 12.12.2022 fra

<https://www.nokut.no/norsk-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/nivaa-i-kvalifikasjons>

Nokut (u.å.) (2). Bakgrunn og historikk. Hentet 12.12.2022 fra

<https://www.nokut.no/norsk-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/bakgrunn-og-historik>

Nokut (u.å.) (3). Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. Hentet 12.12.2022 fra

<https://www.nokut.no/norsk-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/>

OECD (2016, mars) Trends in Nursing Education in Germany.

[OECD-Health-Workforce-Policies-2016-Nurses-Germany.pdf](#)

Rozporządzenie W Sprawie Kształcenia Podyplomowego Pielgniarek (2016, 30. September) Rozporządzenie Ministra Zdrowia Z Dnia 30 Wrzenia 2016 R. W Sprawie Kształcenia Podyplomowego Pielgniarek I Poonych.

[ROZPORZDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 30 wrzenia 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielgniarek i poonych | NIPiP](#)

Socialstyren, (u.å.) Ansök om bevis om specialistkompetens. Hentet 01.12.2022 fra [Ansök om bevis om](#)

[specialistkompetens - Legitimation \(socialstyrelsen.se\)](#)

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Styrelsen for Pasientsikkerhed (u.å.) Sygeplejerske uddannet i Danmark. Hentet 01.12.2022 fra [Uddannet i](#)

[Danmark - Styrelsen for Patientsikkerhed \(stps.dk\)](#)

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

[Sundhedsstyrelsen](#)

Universitets- og høyskoleloven (2005). Lov om universiteter og høyskoler (LOV-2005-04-01-15). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15#KAPITTEL_1-1

USN (u.å.) Fagprøve for sykepleiere utdannet utenfor EU/EØS og Sveits. Universitetet i Sørøst-Norge. Hentet

16.12.2022 fra <https://www.usn.no/studier/fagprove-for-sykepleiere-utdannet-utenfor-eos-og-sveits/>

Verpleegkundig Specialisten Register (u.å.) (1). Herregistratie Hentet 30.11.2022 fra [Herregistratie:](#)

[registratietermijn van vijf jaar | V&VN \(venvn.nl\)](#)

Verpleegkundig Specialisten Register (u.å.) (2). Buitenslands gediplomeerden Hentet 30.11.2022 fra

<https://www.venvn.nl/registers/verpleegkundig-specialisten-register/registratie/buitenslands-gediplomeerden/>

Verpleegkundig Specialisten Register (u.å.) (3). College. Hentet 30.11.2022 fra [College: regelgeving voor](#)

[opleiding en registratie van verpleegkundig specialisten | V&VN \(venvn.nl\)](#)

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

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

Vedlegg

[Last ned vedlegg 1-8 \(pdf\)](#)

