

Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus – Faglige og tjenestemessige behov

Først publisert: 14.10.2021

Sist faglig oppdatert: 14.10.2021



Innhold

1. Forord og sammendrag	3
2. Innledning	6
3. Situasjonsbeskrivelse - kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten	10
4. Utvikling av avansert klinisk sykepleierolle – internasjonale og nasjonale erfaringer	22
5. Dagens utdanningstilbud rettet mot avansert klinisk sykepleie . 34	
6. Behov for klinisk breddekompetanse i sykehus – innspill fra sentrale aktører	40
7. Kompetansebehov hos sykepleiere i sykehus	58
8. Referanser	73
9. Vedlegg	75

Forord og sammendrag

1.1

Forord

I henhold til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 til 2023 (NHSP; Meld. St. 7, 2019-2020) skal behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus utredes. Helse og omsorgsdepartementet har gitt ansvaret for utredningen til Helsedirektoratet og denne rapporten er et svar på dette oppdraget.

I vurderingen av tjenestenes kompetansebehov har det vært viktig og nødvendig å involvere sentrale aktører. Invitasjon til å oppnevne representanter til en referansegruppe ble sendt ut til alle de fire regionale helseforetakene. I tillegg gikk invitasjon til et utvalg av utdanningsinstitusjoner, yrkesorganisasjoner, og pasient- og brukerorganisasjoner. En oversikt over referansegruppen er vedlagt rapporten.

I tillegg til to digitale samlinger med referansegruppen hvor flere av aktørene har hatt bidrag, har alle aktørene hatt mulighet til å gi skriftlig og muntlige bidrag kontinuerlig underveis i utredningen. Helsedirektoratet har også arrangert gruppevis, digitale intervjusamtaler med alle aktørene. Intervjugrupper ble satt sammen av henholdsvis representanter fra tjenestene og utdanningsinstitusjonene. Videre gjennomførte vi egne samtaler med hver av yrkesorganisasjonene. Her satte yrkesorganisasjonene selv sammen gruppene. Gruppesamtale med pasient- og brukerorganisasjonene inkluderte også representanter fra [Helsedirektoratets brukerråd](#). Alle deltagere i gruppesamtalene har gitt innspill på og godkjent referatet fra sin samtale. Referatene er brukt som informasjonskilde i rapporten.

Til slutt har referansegruppen fått forelagt utkast til rapporten. Vi fikk mange gode innspill fra flere av aktørene og disse er brukt til å utarbeide endelig versjon av rapporten. Legeforeningen trakk seg fra referansegruppearbeidet etter å ha blitt forelagt rapportutkastet blant annet fordi "Legeforeningen mener at en eventuell bred implementering av AKS i sykehusene vil påvirke langt flere yrkesgrupper enn sykepleiere. Det vil i betydelig grad utfordre ressursutnyttelser, helhetlig sømløs pasientvaretagelse mm."

Helsedirektoratet takker alle representantene og aktørene for verdifulle bidrag gjennom utredningsarbeidet.

Oslo, juni 2021

1.2

Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt ansvaret til Helsedirektoratet om å utrede behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus. Utredningen inngår i arbeidet som skal understøtte en bærekraftig tilgang på arbeidskraft og rett kompetanse i spesialisthelsetjenesten for fremtiden. Sykepleiere er en av yrkesgruppene som skal gis prioritet i arbeidet med å sikre tilstrekkelig personell med nødvendig og riktig kompetanse (NHSP, Meld. St. 7, 2019-2020). Utredningen skal særlig rettes mot behovet for klinisk breddekompetanse for sykepleiere som jobber ved sengeposter, i poliklinisk arbeid, dagbehandling, ambulante team/tjenester og hjemmesykehus (NHSP, Meld. St. 7, 2019-2020, kapittel

9.4.6). Det er videre avtalt med HOD at utredningen skal trekke veksler på det omfattende utredningsarbeidet som ligger til grunn for forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie spesielt rettet mot kommunehelsetjenesten, samt avgrenses mot ABIOK-utdanning (anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie). Dersom utredningen leder til å anbefale ny videreutdanning rettet mot sykepleiere i sykehus eller eventuell revidering av forskrift om nasjonal retningslinje, vil dette overlates til RETHOS.

Sentrale forhold som påvirker kompetansebehovet

Helse- og omsorgstjenesten er i endring som følge av demografisk utvikling, medisinsk og teknologisk utvikling, og strategiske organisatoriske endringer. Dette påvirker arbeidet med kvalitet, pasientsikkerhet og faglig utvikling i sykehusene. Ofte er det på sengeposten, hjemmesykehus, under dagbehandling og i poliklinikken, pasienten tilbringer mye av sin tid når pasienten og pårørende er i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Sykepleietjenesten står da for en stor andel av sykepleien (pleie og omsorg) og er sentral i oppfølgingen som gis til pasienten mens pasienten beveger seg gjennom et forløp i sykehuset. De ovennevnte tjenestestedene inngår blant tjenestestedene hvor man har sett utfordringer knyttet til blant annet legemiddelhåndtering og andre uønskede pasienthendelser i spesialisthelsetjenesten.

Kompetanse og kompetanseutvikling er viktige tiltak for å øke pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestene, samt er en forutsetning for å kunne gjennomføre nødvendig omstilling av spesialisthelsetjenesten for å møte fremtidens krav til gode tjenestetilbud for pasientene.

Nyere internasjonal forskning peker også på kompetanseutvikling som et effektivt, strategisk tiltak for å beholde og sikre tilgang på sykepleiere i sykehusene.

Vurdering og anbefaling

Klinisk breddekompetanse oppnås i sykepleierutdanningen og er nødvendig for å utøve forsvarlig sykepleie. Klinisk breddekompetanse løftes til et avansert nivå gjennom videreutdanning i avansert klinisk sykepleie (AKS). Utredningen har identifisert kompetansebehov knyttet til klinisk breddekompetanse på to nivåer for sykepleiere ved aktuelle tjenestesteder.

1. Kompetansebehov rettet mot oppdatering og utvikling av grunnleggende, klinisk breddekompetanse for at sykepleieren skal kunne utøve forsvarlig sykepleie i tråd med kunnskapsbasert praksis over tid.
2. Kompetansebehov for å møte endrede oppgaver og ansvar som tilfaller sykepleiere, særlig knyttet til økning av pasienter med sammensatte behov, pasienter med uavklarte og/eller akutte kliniske problemstillinger, pasienter som beveger seg mellom tjenestetilbydere og/eller ut og inn av sykehuset og/eller skal skrives ut tidlig fra sykehuset. Dette har også gitt økt behov for koordinerte tjenester og samhandling, som er ansvarsområder som ofte involverer sykepleiere. Dette gir komplekse kompetansebehov som må dekkes av sykepleierne i en faggruppe. Avansert klinisk sykepleiekompetanse (AKS-kompetanse) kan gi økt kompetanse på disse områdene og anses derfor som et egnet kompetansehevende tiltak.

Vanlige strategier for å gi sykepleiere nødvendig opplæring og oppdatering beskrevet fra gruppesamtalene, inkluderte obligatoriske digitale kurs (e-læringsportal), tverrprofesjonelle og simuleringsbaserte kurs, fagdager og faglunsjer (både dedikert for sykepleiergruppen og felles med leger),

og gjennom systematisk oppdatering av prosedyrer. Særlig ved større, regionale sykehus har man kombinert dette med tilbud innen utvalgte videreutdanninger. Kurs og intern opplæring anses ikke som tilstrekkelig for å møte behovet for AKS-kompetanse.

Aktørene beskriver overlappende kompetansebehov for AKS-kompetanse som identifisert i tidligere utredning for kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Kompetanseområder og sluttkompetanse fra mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie er utviklet spesielt for å møte disse kompetansebehovene (Helsedirektoratet, 2019). Dette videreutdanningstilbudet anses derfor som relevant for å møte behovet for AKS-kompetanse i sykehus. Det vil i så fall være hensiktsmessig å innlemme spesialisthelsetjenesten i formålet til forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie for å sikre videre relevans av utdanningstilbudet.

Sentral ledelse i RHF-ene (Interregionalt fagdirektørmøte og HR/PO direktørmøte) er kritiske til hvorvidt AKS-kompetanse er riktig kompetansehevende tiltak for sykepleiere i sykehus, særlig fordi det ikke ønskes flere mastergradstilbud, forhold knyttet til økonomiske kostnader ved å utvikle AKS-kompetanse og uro for at AKS-kompetanse kan gå på bekostning av rekruttering til ABIOK, samt at RHF-ene er skeptiske til å gi styringen av faglig innhold på opplæring av sine ansatte til utdanningssektoren. Videre ble det også påpekt at AKS-kompetanse kan skape uro knyttet til spørsmål om oppgavedeling.

En komplett økonomisk og administrativ analyse er ikke mulig på nåværende tidspunkt da det er uavklart hvilke oppgaver og rolle en AKS eventuelt skal ha i sykehus. AKS-kompetanse skal ikke erstatte ABIOK-kompetanse i sykehusene, men kan sannsynlig være et viktig supplement, særlig som kompetansehevende og kvalitetsutviklende tiltak spesielt rettet mot tjenester som tilbys av sykepleiere ved vanlige sengeposter, poliklinikker, hjemmesykehus, ambulante team og dagbehandling. ABIOK er godt etablert i sykehusene og vil sannsynlig fortsette å være attraktive uavhengig av AKS. Oppgavedeling er en mulig følge av AKS-kompetansen og er sett i form av lokale modeller, men dette er ikke en forutsetning for å utnytte AKS-kompetansen i møte med identifiserte kompetansebehov.

Generelt kan det sies at kostander til AKS-videreutdanning vil være tilsvarende kostnadene for ABIOK-utdanning, gitt likt utdanningsnivå. Det kan tilkomme økte lønnsutgifter etter endt videreutdanning. Gevinster vil avhenge av rolle og oppgaver, men forskning og erfaring fra tjenestene peker på følgende områder som sentrale:

- Arbeidsmiljø og rekruttering
- Pasienttilfredshet og pasientoppfølging
- Tverrfaglighet og samhandling
- Kvalitetsforbedring, omstilling og utvikling av tjenesten

Innledning

2.1

Kontekst for oppdraget

I henhold til [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 til 2023](#) (NHSP; (Meld. St. 7, 2019-2020)) skal behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus utredes. Dette inngår som ledd i å finne tiltak for å realisere en bærekraftig og realistisk tilgang på arbeidskraft og rett kompetanse i spesialisthelsetjenesten for fremtiden. Spesifikt ønskes det at behovet for klinisk breddekompetanse utredes knyttet til kompetansebehov for sykepleiere som jobber ved tjenestesteder som sengeposter, i poliklinisk arbeid, dagbehandling, ambulante tjenester og hjemmesykehus (kapittel 9.4.6 (Meld. St. 7, 2019-2020). Ansvaret for utredningen er gitt til Helsedirektoratet og denne rapporten er et svar på dette oppdraget.

2.2

Avgrensning av oppdraget og tidligere arbeid med klinisk breddekompetanse

Oppdraget er beskrevet i [tildelingsbrevet 2020](#): "Helsedirektoratet skal utrede behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus". Utredningen er avgrenset etter avklaringsmøter med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Klinisk breddekompetanse er en del av sykepleieres grunnkompetanse som oppnås som del av grunnutdanningen. Det har derfor vært vektlagt om kompetansebehov knyttet til klinisk breddekompetanse strekker seg utover det som oppnås gjennom bachelor i sykepleie. Kompetansebehov for alle sykepleiere generelt eller øvrig helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, ligger utenfor omfanget av denne utredningen og er ikke utredet. Utredningen avgrenses mot videreutdanningene i anesthesi-, barne-, intensiv-, operasjons- og kreftsykepleie (ABIOK). Det er videre lagt som et premiss fra HOD at dersom utredningen anbefaler utvikling av videreutdanning, skal utvikling av endelig innhold i en eventuell ny utdanning eller eventuell revidering av forskrift om nasjonal retningslinje, gjøres som del av RETHOS. Sykepleiere med norsk autorisasjon og som er tildelt graden master i avansert klinisk allmennsykepleie, kan gis offentlig spesialistgodkjenning etter §2, jf. forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere. En konsekvensanalyse av eventuell offentlig spesialistgodkjenning av sykepleiere med slik kompetanse i sykehus, har ikke inngått i utredningen.

En siste avgrensning som ble gitt av HOD er at utredningen skal trekke veksler fra det omfattende utredningsarbeidet bak forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie spesielt rettet mot kommunehelsetjenesten. Følgende sentrale dokumenter er derfor blitt brukt som kunnskapsunderlag for denne utredningen og som grunnlag for begrepsavklaringer, samt som utgangspunkt for å peke ut informasjon som var viktig å supplere med for denne utredningen:

- [Videreutdanning for sykepleiere - Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivarettatt i fremtiden?](#) (IS 2674, 2017)
- [Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie Bakgrunnsdokument for Helsedirektoratets arbeid med masterutdanningen](#) (IS-2822, 2019)
- [Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie](#)

Begrepsbruk knyttet til avansert klinisk sykepleier (AKS) og klinisk breddekompetanse er inngående drøftet i de to foregående rapportene (Helsedirektoratet (2017) og Helsedirektoratet (2019)), og har dannet utgangspunktet for hvordan begrepene ble forstått når denne utredningen begynte arbeidet. Sentrale begreper er listet under [Begrepsavklaring](#).

Avansert klinisk breddekompetanse ble av Helsedirektoratet i rapporten fra 2017, brukt om sykepleiere med avansert vurderings- og handlingskompetanse knyttet til de mest alminnelige lidelsene, inkludert ferdigheter til å søke opp informasjon om andre mer spesielle tilstander som grunnlag for kunnskapsbasert praksis. Videre konkluderte da Helsedirektoratet med at mastergradsutdanning innen avansert klinisk sykepleie ville være et effektivt tiltak for å heve sykepleieres kliniske breddekompetanse slik at fagkompetansen i yrkesgruppen bedre kunne møte behovet for mer avansert kompetanse, i tillegg til å åpne muligheter for nye karriereveier for sykepleiere gjennom kvalifisering til nye fagoppgaver.

Følgende kompetanseområder ble i siste utredning beskrevet som nødvendig å styrke for å underbygge avansert klinisk breddekompetanse i tråd med tjenestenes behov (Helsedirektoratet, 2017, s.7):

- Kunnskaper om sykdom og helse hos ulike pasientgrupper
- Vurderings- og handlingskompetanse
- Tjenestekoordinerings og faglig ledelse
- Kunnskapsbasert fagutvikling og tjenesteforbedring

Det tidligere utredningsarbeidet angir at AKS i en norsk kontekst bør holde samme nivå og kvalitet som tilsvarende roller i land vi vanligvis sammenligner oss med. Aktuelle land som pekes på er Storbritannia, Nederland, Canada og USA. Videre angis følgende internasjonale begreper på AKS-rollen som sentrale: «advanced practice nurse», "clinical nurse specialist" og «nurse practitioner». Disse begrepene er godt etablert og kan brukes som et sammenligningsgrunnlag for å se på utvikling og innhold i AKS-rollen internasjonalt og opp mot utvikling i Norge.

Internasjonalt er det krav til at AKS kvalifiseres gjennom dedikerte masterutdanningsprogram. Dette var viktig for valget om å legge norsk AKS-utdanning som en klinisk mastergrad (Helsedirektoratet, 2017, 2019). I tillegg ble mastergrad vurdert som rett utdanningsnivå gitt [Kvalifikasjonsrammeverket](#) som beskriver tre hovednivå i høyere utdanning – bachelor, master og ph.d. Mastergradsprogram i AKS bygger på bachelor i sykepleie. I dag er innhold i mastergradsprogram innen AKS, regulert av forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. Derfor har denne utredningen sett særlig på relevans av videreutdanningstilbudet innen avansert klinisk allmennsykepleie for sykepleiere i sykehus.

Spørsmål er vektlagt i utredningsarbeidet

- Hva beskrives som viktig kompetansebehov for sykepleiere ved tjenestesteder som sengeposter, i poliklinisk arbeid, dagbehandling, ambulante tjenester og hjemmesykehus, for å møte fremtidige krav til spesialisthelsetjenesten av sentrale aktører og nyere litteratur?
- I hvilken grad er videreutdanning innen avansert klinisk breddekompetanse, inkludert masterutdanning i avansert klinisk sykepleie, egnet for å møte kompetansebehovet for sykepleiere ved aktuelle tjenestesteder i sykehus?
- I hvilken grad møter dagens videreutdanningstilbud innen avansert klinisk sykepleie kompetansebehovet til sykepleiere ved aktuelle tjenestesteder og er det behov for et videreutdanningstilbud spesielt utviklet for spesialisthelsetjenesten?
- Hvilke premisser er særlig viktig å oppfylle for å hente ut gevinster av å møte kompetansebehovet for sykepleiere ved aktuelle tjenestesteder?

- Hvilke effekter (både ønskede og uønskede) av eventuelt å tilføre avansert klinisk breddekompetanse for sykepleier i pasientrettet arbeid ved aktuelle tjenestesteder, er beskrevet i faglitteratur og fra klinisk erfaring?
- I hvilken grad beskrives tilbud om videreutdanning og karriereveier til avanserte kliniske sykepleieroller som relevant for rekruttering og turnover, samt evne og ønske om å bli i klinisk arbeid ved aktuelle tjenestesteder?

Rapportens oppbygning

I kapittel 3 gis en situasjonsbeskrivelse av sentrale forhold med betydning for kompetansebehov for sykepleiere i sykehus, særlig for sykepleiere ved tjenestesteder som sengeposter, i poliklinisk arbeid, dagbehandling, ambulante tjenester og hjemmesykehus.

I kapittel 4 beskrives begrepene klinisk breddekompetanse og avansert klinisk sykepleier (AKS), samt utvikling av AKS-rollen i et internasjonalt perspektiv ut fra tidligere utredningsarbeid og nyere litteratur. Det pekes også på faktorer som påvirker implementering av AKS ut fra beskrivelser gjort i andre land. Dette suppleres av vedlegg 2. I tillegg gis det konkrete eksempler på erfaringer fra å utvikle og innføre AKS i Norge.

I kapittel 5 beskrives forhold ved dagens utdanningstilbud rettet mot avansert klinisk sykepleie (AKS), inkludert sentrale trekk ved kompetansen som oppnås, opptak og uteksaminering av kandidater, praksis, veilederkompetanse og rekrutteringsgrunnlag. Kapittelet suppleres av vedlegg 3.

I kapittel 6 beskrives innspill fra sentrale aktører og deres erfaringer og perspektiver om kompetansebehov for sykepleiere i sykehus. Det er her særlig vektlagt kompetansebehov knyttet til klinisk arbeid ved tjenestesteder som sengeposter, i poliklinisk arbeid, dagbehandling, ambulante tjenester og hjemmesykehus.

I kapittel 7 beskrives Helsedirektoratets vurderinger knyttet til kompetansebehov for sykepleiere i sykehus, særlig knyttet til sykepleier som arbeider ved sengepost, i poliklinikk, dagbehandling, ambulante team og hjemmesykehus.

2.3

Begrepsavklaring

Her listes sentrale begreper slik de anvendes i denne rapporten:

ABIOK. Dette er en mye brukt forkortelse for videreutdanningene i anestesi-, barne-, intensiv-, operasjons- og kreftsykepleie (ABIOK).

Avansert klinisk sykepleie (AKS). Klinisk videreutdanning gir sykepleiere avansert breddekompetanse til å fylle selvstendige og avanserte kliniske roller, inkludert bidra med avansert sykepleiekompetanse i tverrfaglige team, innen primær- og spesialisthelsetjenesten. En avansert klinisk sykepleier omtales som en AKS. En AKS kan utøve kunnskapsbasert, avansert klinisk sykepleie til pasienter i alle aldre, både i sykehus og kommune. Utdanningen omfatter avansert sykepleie ved både akutte, kortvarige og kroniske tilstander, men legger særlig vekt på pasienter med kroniske sykdommer og pasienter med flere og sammensatte tilstander, blant annet med både somatiske, psykiske og rusrelaterte helseutfordringer og sykdommer. En AKS har fullført en mastergrad innen avansert klinisk sykepleie, for eksempel mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie. Slik formell videreutdanning gir **AKS-kompetanse**.

Behov. Begrepet brukes uavhengig av hvor behovene oppstår, om det er pasientenes eller tjenestenes behov, eller om det er et behov knyttet til hvilken kompetanse en sykepleier bør inneha.

Breddekompetanse. Utvikles i grunnutdanningen i sykepleie. Breddekompetanse referer gjerne til samlet kompetanse i særlig basalfagene anatomi, fysiologi, patologi (inkludert etiologi og patogenese), mikrobiologi og farmakologi, samt hvordan bruke denne kompetansen kunnskapsbasert til å gjøre systematiske og sykepleiefaglige undersøkelser/vurderinger. **Avansert klinisk breddekompetanse** betyr at breddekompetansen er forsterket og utvidet gjennom videreutdanning i avansert klinisk sykepleie. Samlet gir dette sykepleieren avansert klinisk vurderings- og beslutningskompetanse til å bruke i pasientnære oppgaver. Rollen til sykepleiere med slik breddekompetanse er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023 (HOD, 2019-2020, s.129): "... vil oftest inngå i et team for pasientbehandling sammen med annet helsepersonell. Disse sykepleierne skal ha utvidet klinisk vurderings og handlingskompetanse, de skal gjøre vurderinger og iverksette tiltak for å fange opp endringer i en pasients helsetilstand, de skal planlegge og gjennomføre spesialisert sykepleie og delegert medisinsk behandling til pasienter. Samtidig skal de bidra til å samhandle og koordinere pasientforløp på tvers av tjenestenivå. De vil også kunne initiere, utvikle og gjennomføre FoU-prosjekter rettet mot innovasjon og kontinuerlig kvalitetsarbeid".

Kompetanse. Utredningen benytter definisjonen på det å være kompetent gitt av [Lai \(2012\) i verktøy for strategisk kompetanseplanlegging. KS](#): "Å være i stand til å møte dagens og morgendagens oppgaver og krav. Det vil si å ha kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som passer til oppgaver og krav. Kompetanse er ikke en egenskap, men situasjonsbetinget". I denne rapporten har begrepet også inkludert hvilke kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som beskrives som viktig for å møte fremtidige utfordringer i sykehus for sykepleiere.

Masternivå og mastergrad. Begrepet masternivå viser til videreutdanning som ligger på et nivå som tilsier at fagene og/eller hele utdanningen kan innpasses i en mastergrad. Mastergrad viser til fullført utdanningsløp jf. Kvalifikasjonsrammeverket. Etter fullført mastergrad kan studenten ta en PhD.

Tjeneste(r) og tjenestene. Begrepet «tjenestene» viser til primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. «Tjeneste(r)» benyttes for de tiltak og tilbud som utføres av helsepersonell eller helsemyndigheter overfor befolkningen og den enkelte pasient/bruker. Spesialisthelsetjenesten favner blant annet helsetjenester som tilbys i sykehus. Tjenester som tilbys gjennom primærhelsetjenesten beskrives som kommunale helse- og omsorgstjenester. Sykepleietjenesten viser til helsetjenester som tilbys av sykepleiere som faggruppe, som regel brukt i kontekst av tjenester som gis av sykepleiere i spesialisthelsetjenesten i denne rapporten.

Videreutdanning. Begrepene videre- og etterutdanning blir ofte benyttet om hverandre. I denne rapporten benyttes videreutdanning om formell utdanning som bygger videre på tidligere grunnutdanning (bachelorgrad), eller tar sikte på å skaffe kunnskaper på nye områder, og som tilbys av en akkreditert utdanningstilbyder. Videreutdanning det her er snakk om er som regel fra 60 til 120 studiepoengs omfang. Etterutdanning forstås som kursvirksomhet av kortere varighet og er vanligvis eksamensrettet. Det gir formell kompetanse i forhold til stillingsstatus og kan gi lønnsopprykk, men er ikke en del av gradsstrukturen gitt av Kvalifikasjonsrammeverket.

Situasjonsbeskrivelse - kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten

I dette kapittelet gis en situasjonsbeskrivelse av sentrale forhold med betydning for kompetansebehov for sykepleiere i sykehus, særlig for sykepleiere ved tjenestesteder som sengeposter, i poliklinisk arbeid, dagbehandling, ambulante tjenester og hjemmesykehus.

3.1

Sammendrag

- Hele helse- og omsorgstjenesten er i endring som følge av demografisk utvikling, medisinsk og teknologisk utvikling, og strategiske organisatoriske endringer. Dette påvirker arbeidet med kvalitet, pasientsikkerhet og faglig utvikling i sykehusene.
- Hovedårsakene til uønsket variasjon er ulikheter om hva som anses som beste praksis, kapasitet og hvor raskt ny kunnskap påvirker praksis.
- Sykepleiere starter ofte sin karriere i spesialisthelsetjenesten. Høy turnover av sykepleiere, gjør at noen avdelinger i sykehus bruker mye ressurser på å lære opp nye og har utfordringer med å bygge sterke fagmiljøer for sykepleierne.
- Det er få kliniske karriereveier for sykepleiere i sykehus, særlig ved sengeposter, poliklinikk og dagheter.
- Kompetanseutvikling er viktig som strategisk tiltak for å beholde og sikre tilgang på sykepleiere i sykehusene.
- Sykepleiere i sykehus behøver endring eller utvikling av kompetanse til å følge opp pasientgrupper med sammensatte behov og økt sårbarhet. Sykepleiere trenger kompetanse til å omstille og oppdatere praksis ut fra teknologisk og medisinsk utvikling, samt kompetanse til samhandling på tvers av tjenestenivåer og mellom behandlingstilbud.
- Kliniske enheter som har høy kompetanse, mislykkes sjeldnere med rekruttering av arbeidskraft og de har lettere for å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær.
- Master i avansert klinisk sykepleie tilbys i dag uten særskilte støtteordninger, slik som for ABIOK.
- De fleste studiesteder som tilbyr AKS-utdanning i dag, oppfyller eller skal oppdatere studieprogrammet slik at det oppfyller kravene gitt i [Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie](#).

3.2

Befolkningens behov for helsehjelp

Ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB) var det færre pasienter i 2019 som fikk døgnbehandling der de måtte overnatte på sykehuset, mens flere gjennomførte polikliniske konsultasjoner^[1]. De innlagte pasientene lå like lenge på sykehus i 2019 som i 2015. I stor grad skyldes skifte fra behandling som krever innleggelse ved en tradisjonell sengepost til poliklinisk konsultasjon og dagbehandling, teknologisk utvikling og endring i behandlingsformer. Det er forventet en økning av behandling i hjemmet (hjemmesykehus) i fremtiden.

I lengre tid har det vært påpekt at endringsbehov hos tjenestene vil påvirke personell og kompetansebehov i helse- og omsorgstjenesten. I 2014 gjorde Helsedirektoratet en utredning som beskrev utfordringsbildet vedrørende personell og kompetansebehov i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2014b). Her beskrives det at (s.39): "*Spesialisthelsetjenesten vil i framtiden få mer spesialiserte funksjoner og oppgaver. Gjensidig veiledningskompetanse i koordinering og kommunikasjon blir gjeldende for begge tjenestenivåer. Fremtidige strukturorienterte reformer, slik som den fremtidige nasjonale helse- og sykehusplanen, vil også gi endringer i både personell- og kompetansebehov.*"

Helt fra Nasjonal helse- og sykehusplan 2011 – 2015 (NHSP 2011-2015) har det vært vektlagt at spesialisthelsetjenesten må utvikle sine tilbud i dialog med kommunene, og få til gjensidig samarbeid. Innholdet i spesialisthelsetjenesten vil også utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning. Dette bildet er bekreftet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023. Kompetansereformen – Lære hele livet (Meld. St 14 (2019-2020) beskriver at prioritering av kompetanseutvikling er et viktig tiltak for å sikre at arbeidslivet har tilgang på rett kompetanse. Sykepleiere er en av flere yrkesgrupper det vil være knapphet på i fremtiden og hvor kompetanseutvikling er et av tiltakene som kan bidra til å mobilisere denne arbeidskraften for å møte samfunnets behov.

Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser til at økt andel eldre i befolkningen, vil gi en betydelig økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester (HO-tjenester) i fremtiden (Leknes, Hjemås, Holmøy, Stølen, 2019). Dette vil sannsynlig også medføre en økt etterspørsel etter flere årsverk blant annet i spesialisthelsetjenesten. De sentrale områdene som Oslo, Trondheim, Bergen og Stavanger har høyest prosentvis vekst i de eldre og yngre aldersgruppene. Tall fra 2018 viser at i distriktene er andelen personer 67 år og eldre en god del høyere i forhold til personer i yrkesaktiv alder (20-66 år) (Leknes et al., 2019). Dette betyr at distriktene kan få utfordringer med å ha nok yrkesaktive i sin befolkning til å dekke kostnads- og ressursbehovet knyttet til HO-tjenesten. Over flere tiår har antallet personer under 67 år som mottar HO-tjenester generelt økt mer enn befolkningsveksten[2]. Samlet sett vil både sentrale strøk og distriktene måtte finne gode løsninger på hvordan HO-tjenestene utvikles kostnadseffektivt og sikre rett kompetanse i tjenesten til å møte befolkningens behov.

I 2017 ble 63 prosent av ressursene i somatisk spesialisthelsetjenester brukt på 10 prosent av pasientene. Disse pasientene blir omtalt som "stormottakere". Denne pasientgruppen er alvorlig syke og de største diagnosegruppene gjelder kreftdiagnoser og sykdommer i sirkulasjonssystemet. Blant stormottakerne er 50 prosent i alderen 67 år og eldre. Eldre stormottakere er en pasientgruppe som i stor grad er avhengig av samarbeid mellom tjenestenivåene[3].

Rapporten *Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivare tatt i framtiden?* (2017) fra Helsedirektoratet peker på tre utviklingstrekk som særlig bidrar til at helse- og omsorgstjenestene er i kontinuerlig endring:

- **Demografiske utvikling**

Den demografiske utviklingen i Norge gir et økende antall eldre med behov for tjenester og befolkningens sykdomsutvikling gir økning i andel pasienter med sammensatte lidelser og komplekse behov.

- **Medisinske og teknologiske utvikling til å møte befolkningens sykdomsutvikling**

Nye behandlingsmetoder og medikamenter gir andre og flere behandlingsforløp. Ny teknologi gjør at pasienter kan få mer oppfølging i hjemmet og vil bruke spesialisthelsetjenesten på en annen måte. Noen pasienter har særlig behov for mye tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

- **Organisatoriske endringer i helse- og omsorgstjenesten**

Sykepleiere som arbeider på sengepost, i poliklinikk, ved dagbehandling, ambulante tjenester og i hjemmesykehus, møter pasienter i alle faser av oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten. Disse sykepleieren en viktig yrkesgruppe å utruste med rett kompetanse for å legge til rette for omstilling og utvikling av fremtidens spesialisthelsetjeneste.

Disse utviklingstrekkene anses som beskrivende for endringsbehov i hele helsetjenesten.

[1] SSB (2020). [Flere pasienter og færre senger - SSB](#)

[2] Helsedirektoratet. Omsorg 2020 – årsrapport 2018. [Statistikk - Helsedirektoratet](#)

[3] Helsedirektoratet. Eldre stormottakere. Omsorg 2020 – årsrapport 2018. [Statistikk - Helsedirektoratet](#)

3.3

Uønsket variasjon i spesialisthelsetjenesten

Variasjon i forbruk av helsetjenester

I 2019-2020 gjennomførte Riksrevisjonen en undersøkelse om årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester i spesialisthelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2019-2020). Undersøkelsen viste en stor variasjon på tvers av opptaksområder når det gjelder beslutninger om utredninger og behandling. Riksrevisjonen konkluderer med at uenighet om beste praksis, kapasitet og hvor raskt ny kunnskap påvirker praksis, er hovedårsakene til uønsket variasjon i helsetjenesten.

Undersøkelsen avdekker variasjon ved samtlige av revisjonskriteriene i de regionale helseforetakene. Hovedpoengene uthevet og oppsummert her:

Uønsket variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester mellom helseforetakenes

opptaksområder: Innenfor medisinske og kirurgiske behandlinger, polikliniske kontakter, dagbehandling og innleggelse forekommer det uønsket variasjon. Variasjonen er noe større når det gjelder polikliniske kontakter og dagbehandlinger, enn for behandlinger som krever innleggelse. I de tilfeller der pasienten søker helsehjelp grunnet tilstander med klare diagnosekriterier, der sykehusbehandling var det eneste behandlingsalternativet og hvor det fantes kjent effektiv behandling, var variasjonen mindre. For de fleste av de undersøkte dagkirurgiske inngrepene, hadde variasjonen økt de siste årene.

Det foretas systematisk ulike vurderinger av like tilstander, og dette bidrar til uønsket variasjon i forbruk av spesialisthelsetjenester: Ulike vurderinger fører til at pasienter behandles ulikt avhengig av hvor de bor, og hvilket behandlingssted de går til.

De regionale helseforetakene utnytter ikke mulighetene til å regulere kapasiteten godt nok for å redusere uønsket variasjon i forbruk: Det er variasjoner i kapasitet mellom opptaksområder, og dette bidrar til uønsket variasjon mellom opptaksområder. Sengekapasiteten for innleggelser er nesten dobbelt så høy i avdelingen med høy innleggesrate som i avdelingen med lav innleggesrate. De

fleste helseforetakene har omtalt variasjon i forbruk i utviklingsplanene sine, men de har i liten grad beskrevet og gjort vurderinger av situasjonen i dag og sammenlignet informasjonen med andre helseforetak.

De regionale helseforetakene har i liten grad brukt informasjon om forbruket av helsetjenester til å følge opp den faglige praksisen og kapasiteten: Helseforetakene har fått god kjennskap om uønsket variasjon i forbruk, men det er fortsatt stor variasjon. Dette kan tyde på at mulige virkemidler ikke har vært brukt godt nok til å redusere uønsket variasjon.

Variasjon i bruken av helsetjenester for den eldre befolkningen

I og med demografiske endringer viser en økning i bruk av helsehjelp for eldre, beskrive vi noen trekk funnet særlig for denne pasientgruppen.

[Helseatlas](#) er en tjeneste som leveres av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord. Her er det gjort en kartleggingsstudie som viser bruken av offentlig finansierte somatiske helsetjenester til den eldre befolkningen, definert som personer 75 år og eldre, slik de ble gitt i perioden 2013 til 2015 (Helseatlas, 2017). Det er størst uønsket variasjonen i bruk av helsetjenester innenfor eldre sin bruk av poliklinisk utredning, behandling og oppfølging. Det er også størst uønsket variasjon innenfor sentrale prosedyrer for eldre innen fagområder som hjerte, ortopedi og kreft.

Helsedirektoratet har også vist variasjon i ø-hjelpsinnleggelser i helseforetaksområdene for flere aldersgrupper, med størst variasjon for pasienter i alderen 80 år og eldre^[1].

[1] Helsedirektoratet. Kapittel 1.3 Eldre tjenestemottakere. Omsorg 2020 – Årsrapport 2018. [Statistikk - Helsedirektoratet](#)

3.4

Helsehjelp og kvalitet

Systematisk arbeid med å sikre nødvendig kompetanse hos helsepersonell, inngår som krav til virksomheter innen helse- og omsorgstjenester, jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og veileder om [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Virksomheten plikter å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette forutsetter at kompetansebehovet hos ansatte kartlegges og møtes, og/eller at det rekrutteres personell med nødvendig kompetanse. Alle medarbeidere må få tilstrekkelig opplæring og etterutdanning.

Aktuelle tiltak som kan bidra til å oppnå rett kompetanse listes i veilederen:

- etablere oversikt over virksomhetens oppgaver og hvilke kompetanser som er nødvendig for å løse disse, herunder kompetanse i forbedringsarbeid
- etablere oversikt over medarbeidernes kompetanse knyttet til de vesentligste oppgavene
- gjennomføre strategisk kompetanseutvikling for å være forberedt på nye oppgavetyper
- sørge for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning innen sitt fagfelt
- gjennomføre opplæring i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet
- rekruttere ansatte med kompetanse tilpasset virksomhetens behov

I dette kvalitetsarbeidet inngår også evaluering, slik at virksomheten identifiserer områder som behøver videre utvikling. Prioritering av områder må vurderes ut fra den enkelte virksomhet.

Eksempler på områder knyttet til pasientsikkerhet som kan være aktuelle å vurdere i sykehus:

En avgjørende faktor for å lykkes med å forbedre helse- og omsorgstjenestene er at ledere og medarbeidere har kompetanse i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, jf. [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 2019 - 2023](#). Dette har vært satsingspunkter over lang tid gjennom blant annet i det 5-årige nasjonale programmet for pasientsikkerhet "I trygge hender 24-7" som ble avsluttet i 2018.

En avgjørende faktor for å lykkes med å forbedre helse- og omsorgstjenestene avhenger av at ledere og medarbeidere har kompetanse i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Tilbakemeldinger fra aktørene i helsetjenesten er at arbeidet i pasientsikkerhetsprogrammet bidrar til å operasjonalisere flere av kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Programmet har også utviklet flere ressurser for hvordan jobbe konkret med pasientsikkerhet i avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

I 2019 var de hyppigste typene av pasientskader i norske sykehus, legemiddelrelaterte skader, annen kirurgisk komplikasjon, urinveisinfeksjon og nedre luftveisinfeksjon. Pasientskader medfører belastning for den enkelte pasient og involvert helsepersonell, og redusert tillitt til helsevesenet, lengre helsekøer og økte kostnader for samfunnet. Nærme utdyping av dette, kan leses i rapporten *Pasientskader i Norge 2019 Målt med Global Trigger Tool* [1].

I 2016 rapporterte helseforetakene til Helsedirektoratet om uønskede pasienthendelser i forbindelse med pasienter som ble plassert på en annen avdeling enn den som hadde det medisinske behandlingsansvaret. Det resulterte til manglende observasjoner og oppfølging av pasienter, manglende tilgang til kompetanse og uklarhet om det medisinske ansvaret. Nærme utdyping av dette, kan leses i det aktuelle læringsnotatet [2].

Legemiddelhåndtering er et område hvor det gjøres feil og pasientsikkerheten kan trues (Helsedirektoratet, 2020). Legemiddelhåndtering er et viktig område når det gjelder kvalitet i helsehjelpen som tilbys i helsetjenestene. Sykepleiere er svært involvert i håndtering av og administrering av legemidler i sykehus. Legemiddelhåndtering er et område sykepleierne selv peker på som viktig å få oppdatert og utvidet kompetanse på (Simonsen, 2017; Wangensteen et al., 2018).

En studie som ser på feil i legemiddelhåndtering i Norge fra 2016 og 2017, viser at 68% av feil skjer under administrering, og 24% ved ordinering av legemidler. I over 60% av tilfellene i denne perioden førte feilen til skade hos pasienten, hvorav 5% var alvorlige skader (Mulac et al., 2020). Studien viser også at de vanligste feil er doseringsfeil. Det er som oftest smertestillende, blodfortynnende og legemidler mot bakterielle infeksjoner som er legemiddelgrupper der det forekommer legemiddelfeil. I 50% av tilfellene hvor legemiddelfeil skjedde, var pasienten eldre enn 65 år.

En doktorgradsavhandling har evaluert og sett på utvikling av legemiddelkompetansen hos autoriserte sykepleiere (Simonsen, 2017). Her vises det at erfarne sykepleiere har signifikant høyere kunnskap og lavere risiko for feil, sammenlignet med sykepleiestudenter. Legemiddelkunnskapen økte signifikant det første året som sykepleier. På den andre siden viste studien at etter det første året ble det ikke påvist endring av kunnskap med økende erfaring. Dette tyder på at sykepleiere har stor læringseffekt av å komme ut i klinisk praksis og at opplæringsprogram for nyutdannede er gode på dette feltet. På den andre siden indikerer studien at sykepleiere generelt kan ha manglende kunnskap på legemiddelområdet til å sikre en trygg legemiddelbruk i helsetjenesten, særlig for området legemiddelhåndtering. En anbefaling som kommer fra doktorgradsarbeidet, er at arbeidsgivere for

sykepleiere i større grad bør tilrettelegge for at fagkunnskap og kontrollrutiner vedlikeholdes og videreutvikles. Dette kan også understøttes ved å tilrettelegge for kursing på utvalgte områder av farmasøyt.

I 2017 rapporterte helseforetakene til Helsedirektoratet om uønskede pasienthendelser. Hendelsene handlet om at det hadde blitt gitt feil legemiddel, og feil styrke/mengde. Legemiddel hadde blitt gitt til feil pasient og det hadde vært i feil administrasjonsform. Hendelsene resulterte i forverret sykdomstilstand og/eller bivirkninger av legemidler. Flere helseforetak beskrev reinnleggelser eller lengre sykehusopphold, overflytting til intensivavdeling eller behov for ekstra prøvetaking. Nærmere utdyping av dette kan leses i det aktuelle læringsnotatet[3].

[1] Helsedirektoratet (2020) [Pasientskader i Norge 2019 - Målt med Global Trigger Tool rapportformat.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

[2] Helsedirektoratet (2016) [Pasientsikkerhet på «feil» avdeling.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

[3] Helsedirektoratet (2018) [Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

3.5

Erfaringer fra korona-pandemien

Den 20. april 2020 oppnevnte regjeringen en uavhengig kommisjon som skulle se på myndighetenes håndtering av koronapandemien. I rapporten til koronakommisjonen kommer det fram at mangel på personell i helse- og omsorgstjenesten under koronapandemien har vært en utfordring[1]. Mangelen på helsepersonell har ført til økt behov for å mobilisere og omdisponere personell som allerede er ansatt i virksomheten. Særlig den spesialiserte kompetansen har vært sårbar under koronapandemien.

I normalsituasjoner i helsetjenesten er det en viss oppgavedeling, hvor oppgaver for eksempel flyttes fra en lege til sykepleiere eller til mindre spesialisert personell. Koronakommisjonen mener regelverket bør åpne for at det i noen større grad tillates å bruke medhjelpere. Det kan bidra til at oppgaver som normalt utføres av helsepersonell med spesialisert kompetanse, i større grad kan løses av andre personellressurser som settes tilstrekkelig i stand til det.

SINTEF har på oppdrag av Norsk sykepleierforbund (NSF) utført en studie om sykepleieres erfaringer med koronapandemien[2]. I rapporten kommer det blant annet fram at sykepleiere som har jobbet under pandemien har opplevd økt belastning på arbeidsplassen og redusert jobbtilfredshet. Seks prosent av sykepleierne svarer at de vurderer å slutte i yrket etter at pandemien er over og det gjelder flest sykepleiere i spesialisthelsetjenesten.

Sykepleiere på sykehus forteller at de kunne bli omdisponert til enheter der de møtte pasientgrupper de ikke hadde erfaring med og arbeidsoppgaver de ikke hadde kompetanse til. Det er særlig i akuttmottak hvor det påpekes at personell som ble tilført enheten i liten eller svært liten grad hadde tilstrekkelig opplæring.

[1] Koronakommisjonen (2021) [Rapport – Koronakommisjonen](#)

[2] SINTEF (2020) Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien. [Microsoft Word - EndeligNSF_rapport_1Des_Innmat_Siste \(sintef.no\)](#)

3.6

Utviklingstrekk som påvirker kompetansebehov for sykepleiere i sykehus

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP 2020 – 2023, kapittel 9.3) beskrives tiltak som anses som nødvendige for å sikre at de ansatte har nødvendig kompetansen for å utføre oppgavene som kommer med fremtidens utvikling og krav til helsetjenesten. For ansatte i sykehus beskrives det en forventning om at arbeidsoppgaver og hvem som håndterer hva vil forandres. Endringer i krav til tjenesten og behov for endringer i oppgavefordeling vil være med å drive frem behov for kompetanseutvikling for sykepleiere i sykehus.

Sykepleiere er involvert i alle faser i pasientforløp og er således en stor og viktig yrkesgruppe i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at kompetansebehov hos denne yrkesgruppen til enhver tid møtes som tiltak rettet mot å mobilisere denne arbeidskraften og som bidrag til kvalitet i tjenesten som tilbys pasienter og brukere. Det er noe av bakgrunnen for at NHSP 2020 – 2023 angir sykepleiere som en av yrkesgruppene som skal gis prioritet i arbeidet med å sikre tilstrekkelig personell med nødvendig og riktig kompetanse. Ut fra endringsbehovet i tjenesten, beskrives det at sykepleiere i sykehus sannsynlig behøver endring eller utvikling av kompetanse innenfor:

- Kompetanse til å følge opp pasientgrupper med særlig komplisert sykdomsbilde, økt sårbarhet og/eller spesielle behov.
- Kompetanse til å omstille og oppdatere praksis ut fra teknologisk og medisinsk utvikling, inkludert mestring av ny arbeidsmetodikk og oppgaver.
- Kompetanse til å drive frem og inngå i samhandling på tvers av tjenestenivåer og mellom behandlingstilbud.
- Kompetanse til å drive frem og inngå i endringsprosesser, både faglige og organisatoriske.

Utvikling av kompetanse gjøres både gjennom strategisk satsning på kompetanseheving og ved at dette tilrettelegges ut fra behovene hos den enkelte ansatte. NHSP 2020 – 2023 fremhever at kompetanseutvikling for den enkelte ansatte gjøres gjennom ulike tiltak som (s. 123): "... formalisert utdanning og opplæring som grunnutdanning, videreutdanning og spesialisering. Det kan også gjøres i etterutdanning som for eksempel i interne kurs og organisert trening i team ved bruk av simulering. I tillegg utvikles kompetansen i den daglige samhandlingen med kolleger".

Nåværende videreutdanningstilbud for sykepleiere som jobber i sykehus

Fleksible sykepleierutdanninger

I rapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) fremgår det at 18 utdanningsinstitusjoner hadde sammenlagt 269 fleksible videreutdanningstilbud for sykepleiere i årene 2013, 2015, 2017 og 2019 (NSDM, 2020). Mellom 2013 og 2017 økte antallet videreutdanningstilbud med 19 prosent.

Videreutdanninger kan både være rent kliniske tilbud eller en del av en master. Flere av de tradisjonelle kliniske videreutdanningene som helsesykepleier, har blitt masterutdanning. Ved noen studiesteder kan studenter ta kliniske masteremnene enkeltvis, som vil gi en videreutdanning med mulighet for påbygging til en master, mens ved andre studiesteder har de ikke det tilbudet. Kliniske spesialutdanninger som ABIOK blir tilbudt på heltid og som deltidsutdanning.

Av rapport fra NSDM (2020) beskrives fleksible sykepleierutdanninger som en utdanning som kan gjelde stedet for undervisningen og/eller praksis, opptak, organisering og progresjon. Studieprogram som ikke er ordinære utdanninger over tre år med fast oppmøte på en sykepleierutdanningscampus omtales med ulike begreper. Disse studieprogrammene omtales som deltid, desentralisert, distriktsvennlig, samlings- eller nettbasert utdanning. Den samme tilpasningen kan også gjelde videreutdanningsprogram.

Mange høyskoler og universiteter har erfaring med å tilby fleksibel utdanning, og landets høyskoler og universiteter har ulike måter å organisere sykepleierutdanningen på. Sånn sett finnes det mange modeller for hvordan utvikle fleksible eller desentraliserte tilbud. Eksempelvis beskriver NSDM (2020) at de som underviser kan ha lokal forankring, for eksempel at de bor der eller at de har en stilling i lokal helsetjeneste, eller om de pendler fra en campus for å undervise lokalt. Flere studiesteder har en modell med tilrettelegging for mest mulig praksis i nær tilknytning av der studentene bor. Undervisning kan gjennomføres ved institusjonen. Med en slik organisering vil undervisningen være campusbasert, og det innebærer at studentene kommer til institusjonens campuslokaliteter for undervisning i bolker. Disse bolkene kan være i helger eller uker.

NSDM (2020) beskriver videre at ved desentralisert undervisning kan studenter fysisk møte opp til undervisning ved andre steder enn institusjonens/avdelingens ordinære campuslokaliteter. Ved en slik organisering gis vanlig klasseromsundervisning med lærer- /studentkontakt. Undervisningen er gjerne inndelt i bolker, som ukesamlinger og helgesamlinger. En annen måte å organisere desentralisert undervisning på er undervisning som utenfor institusjonens lokaliteter. Det vil med andre ord si at undervisning kan for eksempel gjennomføres ved offentlige etater, bedrifter, hoteller, studiesentra mv. Undervisningen blir også her gjerne gjennomført i bolker, som ukesamlinger, helgesamlinger mv.

Digitalisering gir muligheter for fleksible studiemodeller (NSDM, 2020). Flere høyskoler og universiteter tilbyr nettbasert undervisning, både med eller uten samlinger. Studieprogrammet tilbys som ren nettundervisning, eller i kombinasjon med regionale eller campusbaserte samlinger. Denne undervisningsformen kjennetegnes av høy grad av fleksibilitet, der undervisningen i stor grad er organisert innenfor digitale læringsrom med kommunikasjon mellom student og lærested

Tilgang på sykepleier med videreutdanning

I en rapport fra SSB angis det at 33% av alle sysselsatte sykepleiere i 2016 hadde videreutdanning, hvorav videreutdanningene innen anestesi-, barne-, intensiv-, operasjons- og kreftsykepleie (ABIOK), helsesøster- og jordmor utdanningen utgjør størstedelen (Skjøstad et al., 2019). Dette er videreutdanninger som reguleres gjennom statlige tilskudd til universiteter og høyskoler, samt at innholdet i utdanningene er styrt av nasjonale retningslinjer. Med unntak av helsesøster, er alle disse videreutdanningene viktige for funksjoner i spesialisthelsetjenesten. Det er godt kjent at helseregionene har meldt om økende mangel på personell fra ABIOK (Meld. St. 7, 2019-2020).

Helsedirektoratet gjennomgikk videreutdanningstilbudet til sykepleiere i 2017 som del av en vurdering om tilbudet møter tjenestenes behov særlig opp mot behov i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet. 2017. Videreutdanning for sykepleiere). Videre gis en kort oppsummering av funnene relevant for den nåværende utredningen.

I denne kartleggingen (Helsedirektoratet, 2017) ble det vist at blant årsbaserte videreutdanninger (60 studiepoeng (sp), var de største gruppene videreutdanning til helsesykepleiere (36 %), kreftsykepleiere (22 %) og forskjellige utdanninger innen aldring og eldreomsorg (12 %). I tillegg utgjorde en andel på 30% videreutdanninger rettet mot spesialiserte fagområder som kardiologisk sykepleie, akutt-, diabetes-, nevro-, nyre-, nyfødt- og legevaktsykepleie. Det ble funnet at kombinasjonsløsninger med ettårig videreutdanning

og mastergradstillegg er en modell som tilbys flere steder i landet. Mange av videreutdanningene på 60 sp er ikke finansiert av statlige tilskudd, hvilket som oftest medfører at studenten betaler en studieavgift, eventuelt med støtte fra arbeidsgiver.

Innenfor videreutdanninger på 90 sp er videreutdanning innen anesthesi-, barne-, intensiv-, og operasjonssykepleie (ABIO) viktig. Utdanningene er fordelt på studiesteder over hele landet, og tilbys både ved universiteter og høyskoler. Studieplasser (kandidatmåltall) tildeles samlet for ABIOK (K = inkludert kreftsykepleie) over statsbudsjettet, og det er opp til den enkelte utdanningsinstitusjon, i samarbeid med praksisfeltet, å fordele antallet. Ved de fleste utdanningsstedene tilbys ABIO-utdanningene nå på masternivå og lar seg dermed integrere i mastergrader for studenter som ønsker dette.

Tabell 1 viser en trend mot økt antall uteksaminerte kandidater med mastergrad i anesthesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie. Tabellen viser og så en relativt stabil tilførsel av ABIOK-kandidater over tid. For master i avansert klinisk sykepleie ser man en gradvis økning i antall uteksaminerte over samme periode. Master i avansert klinisk sykepleie tilbys i dag uten særskilte støtteordninger slik som for ABIOK.

Tabell 1 Oppnådde kvalifikasjoner for sykepleierutdanning, videreutdanning og mastergrad i anesthesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie, og mastergrad i avansert klinisk sykepleie

Oppnådde kvalifikasjoner	2016	2017	2018	2019	2020
Bachelor i sykepleie	3 786	4 010	4 042	4 121	4 177
Videreutdanninger (90 studiepoeng), anesthesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie	483	445	480	467	316
Mastergrader (120 studiepoeng) anesthesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie	154	130	165	372	290
Master i avansert klinisk sykepleie*	*	34	41	47	52
* Tallene er omtrentlige og tallene for 2016 er for usikre til å vises.					

Rapporten i 2017 beskriver at tilbudet innen masterutdanninger i sykepleie endres og utvikles stadig. Et eksempel var at i 2010 var det tre ulike tilbud sammenlignet med mer enn 20 masterutdanninger i 2016. Utviklingen har vist og viser fortsatt en dreining i retning økt kompetansenivå gjennom mastergrad for sykepleiere.

I tilbudet om videreutdanning innen avansert klinisk sykepleie fra 2016 inkluderte både kortere videreutdanninger helt ned i 30 sp (Høgskulen på Vestlandet) og årsbaserte utdanninger på 60 sp (Høgskolen i Molde og NTNU-Trondheim). De øvrige AKS-utdanningene var mastergrader på 120 sp. Flere av programmene rettet seg mot avgrensede områder innen sykepleie slik som geriatrisk sykepleie, allmenn- eller intensivsykepleie. Felles for de fleste av tilbudene var at de bestrebet å kvalifisere sykepleiere til nye roller i helsetjenesten, og at selvstendig vurderingskompetanse inngikk som en viktig del av utdanningen.

De fleste studiesteder som tilbyr AKS-masterutdanning i dag, har gjennomført endring eller er i ferd med å oppdatere programmet så det oppfyller kravene gitt i [Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie](#) og tilbudet er som mastergrad. Dette er beskrevet nærmere i kapittel 5 og vedlegg 3.

Tilgang på sykepleiere i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten kan deles inn i fire fagområder: Somatikk og rehabilitering, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, hvor somatikk og rehabilitering inkluderer 75% av årsverkene (Leknes et al., 2019).

Ifølge SSB starter ofte sykepleiere sin karriere i spesialisthelsetjenesten, men etter noen år i arbeidslivet er det vanligst å jobbe i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Skjøstad et al., 2019). Skjøstad og kolleger (2019) viser at i 2016 jobbet 45% av sykepleiere som jobber i helsetjenesten i spesialisthelsetjenesten. Yngre sykepleiere jobber i større grad i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det en større andel mannlige sykepleiere i spesialisthelsetjenesten sammenlignet med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det beskrives videre at en av tre har en videreutdanning. De vanligste videreutdanningene er anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleier, som utgjør 15%.

SSB gir framskrivninger av etterspørsel for helsepersonell (HELSEMOD) og her angis det at for lavalternativet vil det i 2035 være en mangel på rundt 13 500 årsverk for sykepleiere (Hjemås et al., 2019). Det beskrives videre at den årlige veksten etter sykepleiere vil tilta fra og med 2021 etter hvert som store befolkningskull når opp i en alder hvor de er pleie- og omsorgstrengende.

3.8

Rekruttering og turnover for sykepleiere

I rapporten Fremtidige kompetansebehov III (NOU, 2020:2) beskrives sykepleiere som en av yrkesgruppene det er høyest mangel på innen helse- og omsorgstjenestene og det er problemer med rekruttering av sykepleiere i dag. Geografisk er det variasjoner i nettomangel på kvalifisert arbeidskraft innen helse- og omsorgstjenesten. Nordland har størst nettomangel av helsefagarbeidere/ andre helseyrker og sykepleiere, og nettomangelen på sykepleiere i antall personer er klart størst i Viken. Rapporten forklarer mangelen på sykepleiere som sammensatt og oppgir følgende faktorer som viktige:

- for lav utdanningskapasitet og/eller for liten rekruttering
- høyt omfang av deltidsarbeid
- tidlig avgang fra yrket, som kan henge sammen med fysiske og psykiske belastninger i yrket

Begrenset tilgang på praksisplasser løftes som en utfordring for å øke utdanningskapasiteten.

Rekruttering og turnover av sykepleiere i helseforetak

Situasjonen knyttet til rekruttering og turnover av sykepleiere i helseforetak er særlig relevant for denne utredningen. Riksrevisjonene har nylig utredet dette. Videre følger oppsummering av viktige funn knyttet til rekruttering og turnover av sykepleiere i helseforetak basert på Riksrevisjonens [undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene](#) (Riksrevisjonen, 2019).

Rekruttering og ubesatte stillinger

Undersøkelsen oppgir at rundt 40% av ledere i helseforetak har forsøkt å rekruttere sykepleiere og spesialsykepleiere uten hell i løpet av de siste tre månedene. Størst utfordring er rapportert for intensivsykepleiere. Enheter som har vedvarende ledige stillinger, oppgir oftere å ha utfordringer med rekruttering.

I enheter med høy andel ubesatte stillinger, er kvaliteten i snitt lavere sammenlignet med enhetene der andelen ubesatte stillinger er lav. I enhetene som har behov for spesialsykepleiere, er det en tydelig negativ sammenheng mellom andelen ansatte i en spesialsykepleierstilling uten formell kompetanse og enhetens score på kvalitetsindeksen. Dette understreker at riktig spesialkompetanse på rett sted, er viktig for kvalitet i tjenestene.

Med hensyn til å utvikle spesialkompetanse fremheves utdanningsstillinger som et viktig tiltak. Dette innebærer at sykepleierne får lønn under videreutdanning og binder seg til helseforetaket i 1,5–3 år i etterkant. Ledere oppgir at utdanningsstillinger kan være vanskelig å fylle. Bindingstiden etter endt utdanning anses som en god måte å rekruttere denne type personale. Få sykepleiere finansierer sin egen spesialisering ved å gjennomføre utdanning utenfor utdanningsstillinger.

Turnover versus å bli i jobben

Gjennomsnittlig årlig ekstern turnover for alle undersøkte enheter er 8 prosent for alle stillingstypene samlet. For sykepleierne oppgis det at halvparten av sengepostene har mer enn 12 prosent turnover og en fjerdedel ligger over 20 prosent. I gjennomsnitt slutter hver 8. sykepleier årlig uten å begynne i ny stilling i helseforetaket.

Riksrevisjonen beskriver det som sannsynlig at både sykepleiere og jordmødre blir rekruttert fra helseforetak til kommunen. I tillegg angis det at ekstern turnover skyldes ønske om å forsøke forskjellig arbeidsplasser og skaffe seg varierende klinisk erfaring. Effekten av ekstern turnover krever økonomiske og organisatoriske ressurser, samt det kan gi økt belastning for gjenværende medarbeidere og enheten mister fagkompetanse. På en annen side fremheves det at dette tilfører verdifull kompetanse til kommunehelsetjenesten og at dette kan bidra til bedre samarbeid og forståelse mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Antallet som vurderer å bytte stilling er høyest blant sykepleiere. I tillegg er andelen som vurderer å bytte jobb, høyest i de yngste aldersgruppene generelt. Andelen som oppgir at de ikke vurderer å bytte stilling er høyest blant operasjonssykepleiere og jordmødre. En årsak til at man ønsker å bli i en stilling oppgis å være at sykepleiere med spesialutdanning har søkt og gjennomført en spesialisering som de selv ønsket. Dette kan tyde på at muligheten for spesialisering og en stilling hvor denne kompetansen brukes etterpå, kan beskytte mot turnover.

Gjennomsnittsalderen for sykepleiere generelt er lavere sammenlignet med spesialsykepleiere. På en annen side oppgir flere at de ikke kommer til å orke å stå i jobb til de når pensjonsalder grunnet høy vaktbelastning. Dette underbygges av rapport fra SSB (Skjæstad et al., 2019) som ser på sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet. Her vises det at den samlede yrkesprosenten for sykepleiere er over 90 prosent fram til 58 år.

Forhold som påvirker mulighet til å mobilisere eksisterende arbeidskraft

Andre utfordringer som knyttes til helseforetakenes mulighet til å mobilisere eksisterende arbeidskraft kobles til sykefravær og stillingsstørrelse i undersøkelsen fra Riksrevisjonen (Riksrevisjonen, 2019). Ledere

oppgir at økonomiske vurderinger spiller en rolle når man vurderer om korttidssykefravær skal erstattes. Personale oppgir at sykefravær som ikke dekkes opp, kan gi økt arbeidsmengde, gi opplevelsen av at situasjonen er sårbar og gjøre at man mangler tilgang på kompetanse på vakt.

Av undersøkelsen kommer det frem at det oppleves fortvilende for ansatte at de ikke klarer å levere det de mener er god nok kvalitet på tjenestene. Dette kan ha uheldig helseeffekter og påvirke hvorvidt de ansatte ønsker å stå i jobben. For sykepleiere var opplevelsen av nok tid til å gjøre en tilfredsstillende jobb sterkt koblet til opplevelsen av å være nok sykepleiere på vakt. Særlig ble det rapportert utfordringer ved lav bemanning og opplevelsen av å ikke ha nok tid til den enkelte pasient. Det var også for lite tid til opplæring av pasienter og/eller pårørende. Oppgaver knyttet til å gi pasientene behandlingen de skal ha, gjennomføre prosedyrer og gi medisiner, samt ha nødvendig kontakt med kommunene, ble opplevd som ivaretatt.

Med hensyn til stillingsstørrelse oppgis det at gjennomsnittlig stillingsprosent for sykepleiere er 80%. Om lag 40 prosent av deltidsarbeidende sykepleiere svarte at de ønsker å øke sin stillingsprosent. Dette kan tyde på at det er mulig å mobilisere mer arbeidskraft blant tilgjengelige medarbeidere ved å øke stillingsprosenten og redusere sykefraværet. Ledere melder også at i en heltidskultur er kompetanseutvikling lettere og planleggingen av arbeidet blir mer forutsigbart. Det finnes også indikasjon på at enheter med høy gjennomsnittlig stillingsprosent og lavt sykefravær, har ansatte som opplever at enheten leverer god kvalitet på tjenestene. På en annen side er det viktig å merke seg at ansattes opplevelse av høy arbeidsbelastning har betydning for økt sykefravær og reduserer ønsket om heltidsstilling.

Undersøkelsen peker på at sykepleiere opplever oftere utfordringer knyttet til tilgang på praktisk veiledning på vakt og nok tid i arbeidstiden til faglig oppdatering, sammenlignet med jordmor og spesialsykepleiere, og at det er store forskjeller mellom de kliniske enhetene. Dette kan indikere et behov for strukturelle endringer og tilførsel av kompetanse som fremmer fagutvikling og økt bruk av kollegaveiledning for sykepleiere i vanlig sengeposter.

I rapporten fra Riksrevisjonen konkluderes det med at arbeidet med kompetanseutvikling er viktig for å beholde nye sykepleiere i jobben. Enheter hvor ansatte har gode muligheter for å utvikle seg og få faglig støtte har flere fordeler. Kjennetegn ved kliniske enheter som scorer høyt på kompetanse er (s.42):

- mislykkes sjeldnere med rekruttering av arbeidskraft
- har høyere gjennomsnittlig stillingsprosent
- har lettere for å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær
- har lavere ekstern turnover
- har færre ansatte som vurderer å bytte jobb

Dette tyder på at det er effektivt å satse på kompetanseutvikling som strategisk tiltak for å beholde og sikre tilgang på sykepleiere i sykehusene.

Utvikling av avansert klinisk sykepleierolle – internasjonale og nasjonale erfaringer

I dette kapittelet beskrives begrepene klinisk breddekompetanse og avansert klinisk sykepleier (AKS), samt utvikling av AKS-rollen i et internasjonalt perspektiv ut fra tidligere utredningsarbeid og nyere litteratur. Det pekes også på faktorer som påvirker implementering av AKS ut fra beskrivelser gjort i andre land. Dette suppleres av vedlegg 2 og 4. I tillegg gis det konkrete eksempler på erfaringer fra å utvikle og innføre AKS i Norge.

4.1

Sammendrag

- En AKS kan jobbe i mange ulike tjenester, alt fra spesialisthelsetjenesten til hjemmesykepleien.
- En AKS har tilegnet seg kunnskaper på ekspertnivå innen sitt fagfelt, og har ferdigheter i kompleks beslutningstaking, er faglig bidragsyter i tverrfaglige team og kan koordinere i pasientnære situasjoner.
- Faglitteratur peker på at innføring av avansert klinisk sykepleierrolle krever omforent begrepsbruk om rollen med egne stillingsbeskrivelser og stillingsbetegnelser for tydelig grenseoppgang av ansvar og myndighet.
- Faglitteratur peker på at avansert klinisk sykepleierrolle krever formell utdanning på minimum mastergradsnivå, som sikrer kvalitet og lik kompetanse.
- Mastergrad i klinisk allmennsykepleier er nyttig kompetanse i det tverrfaglige teamet, som kan åpne for andre måter å løse oppgaver på, samt bidrar til økt fokus på helhetlig oppfølging av pasienter med sammensatte lidelser og veiledning av pasient og pårørende.
- Avansert klinisk breddekompetanse er en sentral del av AKS-kompetansen og brukes ofte som en samlebetegnelse på kompetanse fra basalfagene anatomi, fysiologi, patologi, mikrobiologi og farmakologi.
- Gjennom mastergradsprogram i AKS får sykepleieren økt dybde og innsikt, samt sterkere analytisk evne til å bruke klinisk breddekompetanse i sin kliniske praksis på en mer selvstendig og avansert måte.
- Det kan være gunstig å benytte AKS-kompetansen tilknyttet utvikling av helhetlige pasientforløp, kvalitetsforbedring, prosedyreutvikling, samt som støtte til faglig utvikling for andre sykepleiere og samarbeidede helsepersonell.

4.2

Avansert klinisk sykepleier og klinisk breddekompetanse

Definisjon og rolle

Generelt beskrives det at gjennom avansert og formell utdanning kan en AKS jobbe i mange ulike settinger, inkludert primær helsetjenesten, sykehus (spesialisthelsetjenesten), i spesialiserte klinikker og helsehus, legekontorer og i helsetjenestetilbud utviklet for grisevredte strøk (Schober, 2016). Schober (2016) vektlegger at tilnærmingen som benyttes for å introdusere og innføre AKS-rollen i en gitt klinisk setting, må være sensitiv for den virkeligheten AKS-en skal virke i.

Gjennomgående i litteraturen fremheves det at en vellykket nasjonal innføring av en slik avansert klinisk sykepleierrolle krever omforent begrepsbruk om rollen, og en formell utdanning på minimum mastergradsnivå som sikrer kvalitet og lik kompetanse. Begge premisser er avgjørende for å legitimere eventuell innføring av en ny klinisk rolle med utøkt klinisk ansvar. Avansert klinisk allmennsykepleier rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester fyller disse kravene i Norge i dag.

Både Schober (2016), Maier et al. (2017) og Fagerström (2019) peker på at AKS-rollen ikke bør defineres ut fra et sett av oppgaver, men heller ut fra hva slags klinisk ansvarsområde rollen skal ha og dermed påfølgende krav til kompetanse ("scope of practice"), klinisk setting hvor rollen skal utøve sin praksis og ønsket gevinst fra å innføre rollen, opp mot et aktuelt lands lover og regulering for helsetjenesten. Et viktig poeng med en slik rolledefinisjon er å kunne gi føringer for utdanning, ansvarliggjøring og etterprøvnbarhet.

Avansert klinisk sykepleier (AKS, på engelsk: nurse practitioner/advanced practice nurse) er definert som autorisert sykepleier som (hentet fra [ICN Nurse practitioner/Advanced practice nurse network](#)):

- har tilegnet seg kunnskaper på ekspertnivå innenfor sitt fagfelt
- har ferdigheter i kompleks beslutningstaking
- har klinisk kompetanse til en utvidet funksjon som utformes ut fra konteksten og/eller autorisasjonskravene i det aktuelle land

I tillegg er sju generelle ferdigheter og nøkkelkompetanse beskrevet som tilhørende en «avansert klinisk sykepleier» (Dowling mfl. 2013), s 177:

1. klinisk kompetanse,
2. samhandling,
3. veiledning,
4. forskning,
5. etisk beslutningskompetanse,
6. konsultasjoner
7. og lederskap

Fagerström (2019) sammenfatter spesifikk kompetanse som en AKS har og dermed skiller den fra en sykepleiere med lavere kompetanse. Her fremheves ferdigheter til å gjøre utvalgte fysiske undersøkelser knyttet til hjerte- og lungefunksjon og nevrologisk status. AKS-en bruker dette til å følge opp pasienten og kan bedre evaluere når legen må tilkalles for å ta avgjørelser knyttet til diagnostikk og behandling. AKS-en har fokus på identifisering og vurdering av tidlig uttrykk for sykdom og risikofaktorer, samt kan systematisk samle pasientens helsehistorie (anamnese) når det er aktuelt. AKS-en lærer også mer om hvordan lese og tolke kliniske og andre funn, som resultater fra laboratorieprøver, og radiologiske undersøkelser. AKS-en kan derfor være en viktig samarbeidspartner i tverrfaglige team og kan støtte legens vurdering og avgjørelse knyttet til diagnostikk og behandling av pasienter. Fagerström (2019) peker også på at AKS-en har avansert kompetanse til å opprette individuelle behandlingsplaner med hensyn til både medisin (slik dette er gitt av en lege) og sykepleieaspekter, samt kan utføre kliniske intervensjoner (sette i gang og gjennomføre pleie, omsorg og behandling). I andre land har man sett at AKS-en gis rett til å forskrive behandling, inkludert legemidler basert på tilstrekkelig kunnskap om farmakologi. Dette er ikke vurdert i Norge og vil kreve lovendring.

NHSP 2020 -2023 beskriver at sykepleiere med utdanning innen AKS har vist seg særlig relevant i møte med pasienter med sammensatte lidelser fordi AKS-er er bedre rustet til å ivareta helhetlige sykepleie og samhandling. Tilgang på AKS-kompetanse kan også åpne for nye måter å bruke sykepleiepersonale på og løse oppgaver, samt stimulere til at ny metodikk tas inn i klinisk praksis.

Avansert klinisk breddekompetanse

Klinisk breddekompetanse er en sentral del av AKS-kompetansen og brukes ofte som en samlebetegnelse på kompetanse fra basalfagene anatomi, fysiologi, patologi, mikrobiologi og farmakologi. Klinisk breddekompetanse er en grunnleggende del av sykepleierkompetansen og en bærende pilar for å kunne gjennomføre sykepleieprosessen. At klinisk breddekompetanse inngår i AKS-kompetansen betyr at sykepleieren under AKS-utdanningen bygger videre på den breddekompetansen som er utviklet i grunnutdanningen og fra egen klinisk erfaring, slik at kompetansen heves til et mer avansert nivå (masternivå). Dette er altså ikke bare en repetisjon eller oppdatering av allerede ervervet kompetanse, men en utvidelse og forsterking av et område som inngår i sykepleiefaglige kompetanse. Dette er også noe av forklaringen at det i dag ofte kreves klinisk erfaring som opptakskrav til AKS-utdanning. Det avanserte nivået gir sykepleieren økt dybde og innsikt, samt sterkere analytisk evne til å bruke breddekompetansen i sin kliniske praksis på en mer selvstendig og analytisk måte. Dette er også kompetanse som understøtter tverrfaglig samarbeid fordi det gir sykepleierne et presist klinisk språk som er særlig nyttig i samtale med fagpersoner med annen bakgrunn enn sykepleie, som for eksempel legespesialister. Sykepleiere med klinisk breddekompetanse er av Helsedirektoratet (2017) beskrevet som personell som kan fylle selvstendige og avanserte kliniske roller innen primær- og spesialisthelsetjenesten. Klinisk breddekompetanse ble videre beskrevet i det forrige utredningsarbeidet som at sykepleieren kan anvende avanserte kunnskap om de mest alminnelige lidelsene til å søke opp informasjon om andre mer spesielle tilstander på bakgrunn av denne kunnskapen. I dette ligger det at sykepleieren har handlingskompetanse til å arbeide kunnskapsbasert og at sykepleieren fungerer på et avansert nivå gjennom anvendelse av utvidet klinisk vurderings- og handlingskompetanse. Her er den kliniske breddekompetansen et nødvendig grunnlag for å gjøre gode vurderinger.

Utdanningsnivå for videreutdanning innen avansert klinisk sykepleie

Utdanningsnivå for avansert klinisk sykepleie er inngående drøftet i rapporten fra 2017 (IS 2674). Her konkluderes det med at (s.40):

"Mastergrad i AKS gir klinisk og akademisk kompetanse på et betydelig høyere nivå enn bachelorutdanning. Sykepleiere med mastergrad i AKS skal blant annet være rustet til å kunne påta seg utvidete funksjons- og ansvarsområder, som sykepleiere med lavere utdanning ikke utfører."

Disse argumentene for at en AKS-kompetanse må utvikles gjennom dedikerte masterprogram anses som gjeldene.

4.3

Utvikling av avansert klinisk sykepleier rolle

Schober (2016) beskriver flere momenter som avgjørende dersom AKS skal innføres som del av helsetjenesten. Dette inkluderer blant annet:

- Et indentifisert behov for AKS-rollen begrunnet i befolkningens behov for helsetjenester.
- En robust grunnutdanning for sykepleieren som grunnmur for videreutdanning.
- Fleksibelt og pragmatisk utdanningstilbud, som både utdanner til AKS og hvor moduler kan fylle kompetansehull som kan oppstå i en overgangsfase hvor et land er i ferd med å omstille/oppdatere grunnutdanningen.
- Mulighet for å bruke kompetansen i en klinisk karrierevei.
- Tilgjengelige rollemodeller for AKS og mentorordninger (i en oppstartsfasen bør det vurderes midlertidig å rekruttere rollemodeller/mentorer fra andre land eller andre kliniske settinger).
- Tilrettelegging for samarbeid mellom interessenter og organisasjoner ved integrering av AKS-rollen i helsetjenesten

OECD ga i 2017 ut en rapport (Maier et al., 2017) som beskriver kjennetegn ved utviklingen av avanserte kliniske roller for sykepleiere i primærhelsetjenesten basert på 37 OECD- og EU-land. Vi anser rapportens beskrivelser av kjennetegn ved rolleutvikling, utdanning og klinisk praksis for AKS som sannsynlig overførbart til et bredere helsetjenesteperspektiv og derfor relevant for denne utredningen.

Myndigheters mulighet til å monitorere utbredelse og bruk av avanserte kliniske sykepleieroller beskrives i rapporten som utfordrende fordi rollene enten ikke er rutinemessig inkludert i monitoreringssystem av helsepersonell eller at rollene ikke er systematisk angitt som særskilte roller i institusjonene og dermed er data vanskelig tilgjengelig (Maier et al., 2017). Dette kan gjøre det vanskelig å si noe presist om utviklingen av slike roller i et land.

Rapporten beskriver videre at det er stort sett de samme barrierene som rapporteres mot innføring av en avansert sykepleierrolle på tvers av land:

- Motstand blant interessenter (ofte sett blant medisinske profesjoner)
- Hindringer gitt av juridiske forhold og annet regelverk
- Manglende tilpasning/utvikling av finansierings- og tilskuddsordninger
- Sen aksept av behovet for nye roller på organisatorisk nivå

De viktigste suksessfaktorene er politiske og organisatoriske endringer rettet mot implementering av avanserte sykepleieroller (Maier et al., 2017). I Norge kan Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie og utarbeidelse av offentlig spesialistgodkjenning være eksempler på slike tiltak.

Maier og kolleger (2018) har gjennomført en studie som så på oppgavedeling fra leger til sykepleiere med spesialisert og utvidet funksjon i sykehus med akuttfunksjon i landene Tsjekkia, England, Tyskland, Italia, Nederland, Norge, Polen, Skottland og Tyrkia. Her finner de at Nederland, England og Skottland er land med særlig erfaring og kultur for innovative løsninger for oppgaveglidning og nye tjenestemodeller (Maier et al., 2018). I disse landene hvor avanserte kliniske sykepleiere er utdannet for å ha funksjoner med utvidet medisinsk ansvar (scope of practice), er lovendringer som har støttet utvidelse av funksjon som forskrivning av legemidler, vært viktig for å understøtte innovativ oppgaveløsning. En overvekt av sykepleierne med utvidet funksjon fra disse landene rapporterte at de hadde selvstendige oppgaver innen pasientinformasjon, koordinering av helsehjelp og oppfølging, inkludert utskrivelse, henvisninger, pleieplaner og veiledning rundt livsstilsendringer. Studien viser at dette ser man ikke i de andre landene som Norge, hvor man ikke har hatt samme strategiske tilnærming til oppgaveløsning og bruk av helsepersonell. Det er ikke lagt opp til endringer i ansvar eller myndighet knyttet til AKS i Norge.

Schober (2016) gir en bred presentasjon av hvordan AKS-rollen har blitt utviklet i en rekke land. Her har vi valgt å trekke frem eksempler hun gir fra Nederland, Storbritannia og Canada.

Et eksempel på bruk av nasjonale tilskuddsordninger rettet mot sykehus kan hentes fra Nederland. Her var et viktig tiltak for å øke tilgangen på AKS-kompetanse i sykehusavdelinger, at myndighetene utviklet

tilskuddsordninger for utdanningsstøtte og kompensasjon for lønn under utdanning. Sykehusavdelinger kunne søke tilskudd dersom de kunne dokumentere formelt samarbeid med utdanningstilbyder (universitet/høyskole med AKS-program), at AKS-studenten var ansatt i en utdanningsstilling (2 års stilling) og at avdelingen hadde ansatt en AKS eller en lege som veileder for AKS-studenter knyttet til praksisstudier. I tillegg måtte avdelingen fremvise en stillingsbeskrivelse som sykepleieren skulle tre inn i etter endt kvalifisering til AKS-rollen. Stillingsbeskrivelsen måtte inkludere nasjonale kompetansekrav tilknyttet AKS-rollen. Dette krevde også at en AKS-utdanningen var regulert av en nasjonal forskrift som sikret nivå og innhold i AKS-kompetansen. I Nederland ble det fastsatt at en AKS skulle ha en spesialitet eller fordyping og at den skulle være innenfor en av følgende områder:

- Forebyggende helsehjelp (somatikk)
- Akutt helsehjelp (somatikk)
- Intensivbehandling (somatikk)
- Helsehjelp for somatiske, kroniske lidelser (somatikk)
- Psykisk helsehjelp

Valg av spesialitet begrunnes i den kliniske rollen AKS-en skal fylle. Denne satsningen på utvikling av klare kliniske roller, gjør at i 80% av tiden jobber en AKS med direkte pasientrettede oppgaver. I den resterende tiden har AKS-er oppgaver tilknyttet utvikling av helhetlige pasientforløp, kvalitetsforbedring, prosedyreutvikling, støtte til faglig utvikling for andre sykepleiere og samarbeidede helsepersonell.

I Storbritannia har utvikling av AKS-rollen også kommet langt og et trekk her, er at man har utviklet to spesialiseringer rettet mot akutt (akuttmedisin) og kritisk syke (anestesi- og intensivmedisin) pasienter (Schober, 2016). Schober (2016) beskriver at AKS-kompetansen er delt i to roller (emergency advanced clinical practitioner (EACP) og advanced critical care practitioner (ACCP)). For begge retninger er innholdet i utdanningsprogrammene utviklet gjennom en kartlegging av kompetansebehov opp mot de respektive fagfeltene slik det fremkommer fra klinisk praksis og at lærerkompetansen er tverrfaglig sammensatt.

I Canada er det i hovedsak utviklet to avanserte roller for sykepleiere: "nurse practitioner" (NP) og "clinical nurse specialist" (CNS). NP er autorisert sykepleier med videreutdanning og klinisk erfaring som kan selvstendig diagnostisere, henvise til og tolke diagnostiske tester, forskrive medisiner og kan utføre gitte prosedyrer innenfor et avgrenset praksisfelt. CNS er autorisert sykepleier med master eller PhD innenfor sykepleie, har omfattende sykepleiefaglig kunnskap og ferdigheter, er klinisk ekspert og har erfaring innenfor et gitt fagområde. Det arbeides for forbedret utnyttelse av disse to rollene i helsetjenesten og en bedre tilgang på denne kompetansen nasjonalt.

4.4

Eksempler fra innføring av AKS i helsetjenester i Norge

Ettersom flere AKS-er er utdannet i Norge og flere kommuner og sykehus tar i bruk denne kompetansen, vokser også forskningen på dette området. Utredningen har sett på noen eksempler på innføring av AKS i norske helsetjenestetilbud.

Primærhelsetjenesten

Ledere og fastlegers refleksjoner

Ledere og fastlegers refleksjoner rundt etablering av AKS-rollen i primærhelsetjenesten er beskrevet i en longitudinell, kvalitativ studie som inkluderte tre kommuner i Norge fra 2015 til 2017 (Hansen et al., 2020). Konklusjonen av studien var at både ledere og allmennleger generelt stilte seg positive til ideen om AKS-er. Allmennlegene og lederne var enige om at det å ansette AKS-er ville øke den kliniske kompetansen i primærhelsetjenesten.

Refleksjonene fra sykepleierledere og allmennleger om etableringen av AKS-rollen i primærhelsetjenesten ble inndelt i fire ulike temaer. Temaene var som følger:

- **Behovet for forbedret klinisk kompetanse hos sykepleierne**

Ledere av hjemmetjeneste og ledere på sykehjem mente at det var nødvendig å øke kompetansen hos de ansatte for å gi eldre og sårbare pasienter forsvarlig oppfølging. Videre mente lederne at de ansatte ville med økt kompetanse få en bedre kommunikasjon med allmennlegene. Det var ansett som viktig å øke klinisk kompetanse for å øke kvaliteten i oppfølgingen av pasientene, samt ved oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. Lederne så for seg at AKS-ene har kompetanse til å identifisere forverret tilstand hos pasienter med kroniske sykdommer og sette i gang tiltak for å forhindre reinnleggelse på sykehus. Lederne ønsket at AKS-ene skulle være en ressurs for andre sykepleiere ved at de sørget for opplæring og veiledning.

Allmennlegene presiserte at det var viktig å øke den kliniske kompetansen hos sykepleiere fordi allmennleger ikke er tilgjengelig til enhver tid. Videre rapporterte allmennlegene at det er viktig med bedre og sikrere kommunikasjon for å sikre raskere avklaring rundt behov, og at riktige tiltak blir iverksatt for den enkelte pasient. Allmennlegene hadde en oppfatning av at sykepleiere ofte gjorde mangelfulle vurderinger knyttet til pasientens behov. Dette viste seg når sykepleieren tok kontakt med allmennlegen og pasientsituasjonen ble diskutert. Dette gjaldt for eksempel når sykepleieren skulle beskrive pasientens symptombilde. Dette gjorde at allmennlegene ofte først prøvde å finne ut om sykepleieren hadde god nok kompetanse til å gjøre gode pasientvurderinger, før allmennlegene vendte fokuset mot pasientsituasjonen. Noen ledere i hjemmesykepleien og på sykehjem delte allmennlegenes oppfatning.

- **Omorganisering av avansert praksis**

Diskusjon om reorganisering av arbeidet ble løftet som et tema, blant annet hvordan AKS-ene sin kompetanse skulle bli brukt i organisasjonen og hva de skulle og hva de ikke skulle gjøre. Videre ble fordelingen av ansvar mellom spesialiserte sykepleiere og AKS-ene diskutert. Det ble blant annet diskutert hvem som var mest kvalifisert til å gi oppfølging av eldre pasienter i hjemmesykepleien og ta riktig avgjørelse ved akutte situasjoner. Lederne mente at kompetansen kunne overlappes på noen områder i tilknytning til pasientoppfølgingen.

I primærhelsetjenesten må hver kommune definere AKS-ene sin rolle, oppgaver og hvordan organiseringen bør være. Ofte kom det frem at AKS-ene kan utføre samme oppgaver som sykepleierne, men på en mer avansert måte. Rollen deres var å gi pleie, men nøyaktig på hvilken måte var ikke avklart. I dette lå det underforstått at det ikke var en definert, standardisert rolle for AKS-ene og at de måtte finne frem til arbeidsmodellen som ville fungere best ved oppfølging både i sykehjem og utenfor sykehjem. Det var en oppfatning av at legen skulle utføre medisinsk oppfølging, og at sykepleierne kun skulle ha ansvaret for pleie av pasientene. Lederne foreslo at AKS-en skulle være en profesjonell ressurs på sykehjem med tilsyn, oppgaver og forhindre reinnleggelser. Lederne var tydelige på at det var viktig å definere rollen og oppgavene som AKS-ene skulle ha.

- **Samarbeid mellom profesjoner**

Både allmennleger og ledere i kommunehelsetjenesten uttrykte at AKS-ene ikke burde erstatte allmennlegenes ansvar. Allmennlegene mente også at AKS-ene burde tilegne seg informasjon om hvordan

kliniske tester skal utføres og hvilke symptomer som bør vurderes før de tar kontakt allmennlegene. Det ble ofte påpekt viktigheten av at AKS opparbeidet seg tillitt hos allmennlegene og øvrige sykepleiere i sin nye rolle. Imidlertid kan det være krevende for AKS å opparbeide seg tillit og klinisk troverdighet, fordi rollen som AKS er ny og omorganiseringen ved arbeidsplassen kan være uklar.

En utfordring som ble beskrevet var at det juridiske forhindrer AKS-ene å foreskrive legemidler. AKS-ene burde hatt mer ansvar for å skrive resepter og å bestille tester. Allmennlegene presiserte at de var avhengige av hverandre for å kunne ha et godt samarbeid for å kunne følge opp pasientene på best mulig måte. Samtidig understreket allmennlegene at leger og sykepleiere må sørge for å ikke gjøre hverandres oppgaver. Allmennlegene var klare på at AKS-ene ikke skal gjøre legeoppgaver, mens sykepleierne på den andre siden var villige til å diskutere de overlappende oppgavene og ansvarsområdene.

- **Økonomisk situasjon**

Lederne fra hjemmetjenesten og sykehjemmene forklarte at den trange økonomiske situasjonen i primærhelsetjenesten, sammen med uklare roller hos AKS-ene, gjorde det krevende å velge den mest hensiktsmessige modellen for AKS-ene. Allmennlegene mente at det var behov for AKS-er på fastlegekontorer for å ivareta de ulike pasientsituasjonene. Arbeidsbelastningen for allmennlegene, sett sammen med den økende forekomsten av eldre pasienter med kroniske sykdommer, gjorde at allmennlegene så muligheter for at AKS-ene kan ha oppgaver på fastlegekontorene.

Et eksempel fra Notodden kommune

Jan-Eilert Pedersen er den første sykepleieren med kvalifisert utdanning innen avansert klinisk allmennsykepleie i Notodden kommune. Notodden kommune har, i samarbeid med Jan-Eilert Pedersen, laget en egen stillingsbeskrivelse for AKS-funksjonen som ledd i å utvikle denne funksjonen og sikre at kompetansen brukes målrettet i hjemmebaserte tjenester hvor Jan-Eilert Pedersen arbeider. I stillingsbeskrivelsen står det:

"AKS funksjonen skal bidra til helhetlig og pasientrettet helsehjelp til pasienter med sammensatte og komplekse helseutfordringer. Fokus på å forbygge sykdomsutvikling, bidra til økt selvstendighet, faglig støtte, undervisning i nært samarbeid med de ansatte i virksomhetene og fagutviklingssykepleierne, bidra til økt tverrfaglig samarbeid til det beste for pasienten, og arbeide for de sømløse helsetjenestene med fokus på de gode pasientovergangene, mellom tjenestenivåene."

Jan-Eilert Pedersen har som avansert klinisk allmennsykepleier et særlig ansvar for å kartlegge behov og følge opp pasienter med komplekse helseutfordringer, særlig der pasientens behov antas å være utover det hjemmesykepleien kan møte innenfor sine rammer. Et viktig tiltak er at Jan-Eilert Pedersen utvikler en individuell behandlingsplan basert på omfattende kartlegging og involvering av pasient og pårørende, slik at pasienten får en helhetlig plan for hvordan ulike tjenestetilbud skal jobbe sammen for å gi best mulig tilbud. Jan-Eilert Pedersen utfører sin funksjon som avansert klinisk allmennsykepleier ved å bruke sin kompetanse til å innhente en grundig anamnese, gjøre en legemiddelgjennomgang, samt foreta en interaksjonsanalyse av de pasientene han følger opp særskilt. Gjennom sin kompetanse innen veiledning og kommunikasjon, etablerer han et tett samarbeid med pasienten og pårørende for å kunne gjøre individuelle tilpasninger og støtte pasienten til å drive egenomsorg. I tillegg koordinerer Jan-Eilert Pedersen øvrig tjenestetilbud og legger til rette for tverrfaglig samarbeid slik at tjenestetilbudet virker inn i en helhetlig plan som pasienten kjenner. Utover dette jobber Jan-Eilert Pedersen tett med tjenesteansvarelig og annet helsepersonell fra virksomhetene som pasientene har tilbud fra. I kraft av sin kompetanse som avansert klinisk allmennsykepleier jobber også Jan-Eilert Pedersen daglig med fagutvikling. Dette inkluderer blant annet veiledning av annet helsepersonell innen faglige spørsmål han har ekspertkompetanse på og deltar i refleksjonsgrupper. Det er også beskrevet som et ansvar at en AKS skal bidra inn i endrings- og forbedringsarbeid, og delta i forsknings- og fagutviklingsprosjekter.

I dialog med Helsedirektoratet i forbindelse med denne utredningen svarte Jan-Eilert Pedersen på om han så for seg at AKS hadde en plass i sykehus:

"I mitt arbeid savner jeg virkelig AKS-kompetanse å samarbeide med i spesialisthelsetjenesten. Ved kontakt til for eksempel poliklinikker på sykehuset er sykepleiekompetansen veldig spisset og gir ofte kun godt svar på spesialiseringsbilde. For eksempel vil en spesialsykepleier på lungepoliklinikken svare godt for KOLS, hjelpemidler og spørsmål knyttet til dette, men er mindre egnet til å se ting på tvers og som omhandler andre lidelser som pasienten ofte har samtidig og som også kan være viktig for planleggingsarbeidet videre."

Spesialisthelsetjenesten

Et eksempel fra akuttmottak

Akuttmottaket ved Drammen Sykehus i Vestre Viken var tidlig ute med etablering av et samarbeid med Universitet i Sørøst Norge (USN) for å utdanne AKS til akuttmottaket. Avdelingen har nå en gruppe med sju AKS og fem som er i AKS-utdanning.

Høsten 2015 deltok akuttmottaket i en arbeidsgruppe ledet av USN for å kartlegge behov for oppstart av AKS-utdanning og avklare aktuelle fordypningsmoduler for kompetanse i akuttmottak. Kim Gaarde ble utdannet AKS i mai 2019 og jobber som fagutviklingssykepleier i klinisk praksis. Han gir følgende eksempel på implementering av AKS-rollen og AKS sine funksjoner og oppgaver:

"Siden 2017 har akuttmottaket prøvd ut ulike roller for AKS, og i 2019 var vi godt i gang med AKS-funksjon med prosedyrer for mottak av pasienter i ulike pasientforløp, som for eksempel pasienter med mistanke om brudd eller pasienter med dype venetromboser."

AKS i akuttmottaket i Drammen har økt kompetanse til selvstendig å undersøke og behandle pasienter med skader i muskel- skjelettsystemet i skadepoliklinikken. Dette gir kortere ventetid for pasienten og raskere avklarings tid for videre behandling. Pasienter med mistanke om hoftebrudd får for eksempel tilbud om lokalbedøvelse for å redusere bruken av opiater som smertelindring.

Utdrag fra funksjonsbeskrivelsen:

- Avansert klinisk sykepleier skal ved hjelp av relevant kunnskap og sin kliniske kompetanse ivareta pasientens behov for avansert sykepleie:
 - i den pre- og postoperative periode hos innlagte pasienter i observasjonsposten med screening av: delir, ernæringsstatus, væskestatus, fallrisiko, legemiddelbehandling mm
 - ved undersøkelse og behandling ved akutt poliklinikken, for eksempel oppgaver som utredning av brudd og suturering av kuttskader
 - mottak av ortopediske fasttrack-pasienter og pasienter som innlegges til øyeblikkelig hjelp operasjon
- Veiledning av kollegaer og studenter er en del av AKS-funksjonen.

Til slutt vektlegger Kim Gaarde det samme som Jan-Eilert Pedersen fra Notodden kommune har sagt om samarbeid på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kim Gaarde tror også AKS, gjennom planlegging og oppfølging av pasientforløp, aktivt kan bidra til å redusere antall reinnleggelser og bidra til helhetlig behandling.

Et eksempel fra poliklinikk

For å få en beskrivelse av hvordan det kan oppleves for en sykepleier å utvikle kompetanse som avansert klinisk allmennsykepleier og anvende denne kompetansen i hverdagen ved en poliklinisk avdeling, har vi bedt Veronica Håheim gi sine refleksjoner. Veronica Håheim er avansert klinisk allmennsykepleier og fagutviklingssykepleier ved Medisinsk Poliklinisk Senter (Drammen sykehus, Vestre Viken HF), samt deltatt i referansegruppen til utredningen:

"Master i Avansert Klinisk Allmennsykepleier har gitt meg som sykepleier en solid faglig tyngde innenfor blant annet generell patofysiologi, farmakologi og klinisk undersøkelsesmetodikk. Dette har gitt meg en bredde og vurderingskompetanse med høyt fokus på å tenke helhetlig og personsentrert. Klinisk undersøkelsesmetodikk innebærer ikke bare undersøkelsesteknikker, men også vurdering av funnene, differensial diagnoser, faresignaler og bivirkninger. Dette ser jeg er spesielt nyttig opp mot behandling av multimorbide eldre med komplekse og sammensatte behov. På Medisinsk poliklinisk senter har jeg en stilling som fagsykepleier, men etter utdannelsen fungerer jeg i tillegg som AKS ute i klinikken. Breddekompetansen gjør det mulig for meg å koordinere, samarbeide, veilede og bidra inn klinisk på tvers av fagområder."

I sin funksjonsbeskrivelse som AKS/fagsykepleier på Medisinsk poliklinisk senter rapporterer hun til avdelingssykepleier og er ikke tilknyttet et eget fagområde eller poliklinikk. Hun fungerer overordnet på tvers og har fagansvar for de ulike medisinske poliklinikkene innenfor lunge, hjerte, diabetes, mage-tarm, geriatri og en dagenhet. Her er et utdrag fra funksjonsbeskrivelsen:

- Hovedansvar for undervisning og veiledning av ansatte og studenter
- Stimulerer til å arbeide med fagutvikling og forskningsprosjekter
- Deltar i utarbeidelse og gjennomføring av kvalitetssikringsrutiner/prosjekter
- Medvirker i utvikling av planer for pasientforløp
- Samhandle med primærhelsetjenesten, spesielt koordinere og være et bindeledd ut til AKS i kommunene

I tillegg til faglig og administrativt arbeid fungerer Veronica Håheim som AKS ved behov ut mot poliklinikkene, både selvstendig og i team med spesialsykepleiere og leger. Hun bidrar inn i ambulante team, hjemmemonitorering og videokonsultasjoner, samt gjennomfører pasientkonsultasjoner etter avdelingens rutiner og behov på tvers av fagfelt.

Ut fra egen erfaring, gir Veronica Håheim følgende råd til avdelinger og sykehus som vil innføre AKS-roller: AKS burde organiseres over avdelingsstrukturen, slik at AKS ikke går inn i selve driften på hver avdeling. Da mister man fleksibiliteten som AKS trenger for å kunne bidra inn til multimorbide pasienter og ha en ambulerende funksjon på tvers av fagområder.

Et eksempel på utvikling av AKS-utdanning med forankring i tjenestene

Det finnes flere utdanningstilbud innen AKS i Norge. Dette er beskrevet mer i kapittel 6. For å gi et eksempel på hvordan en utdanningsinstitusjon har jobbet systematisk mot å treffe kompetansebehovet i tjenestene, er Universitetet i Sørøst-Norge (USN) spurt om å dele noen av sine erfaringer. De har siden 2015 hatt et tett samarbeid med blant annet Drammen sykehus (Vestre Viken, Helse Sør-Øst) for å utvikle masterutdanning i AKS på 120 studiepoeng.

Linn Hege Førsum er programkoordinator for masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie ved USN. Hun forteller at AKS-utdanningen hos de var opprinnelig bygget opp etter International Council of Nurses (ICN) sine anbefalinger for utdanning av Advanced Practice Nurses/Nurse Practitioners (APN/NP).

For å sikre bred klinisk relevans, etablerte de tidlig kontakt med aktører i tjenestene. Hun beskriver her erfaringer fra å involvere tjenestene, både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, i arbeidet med å utvikle programmet:

"For å sikre at utdanningen svarte til praksisfeltets behov for sykepleiefaglig kompetanse samarbeidet USN tett med representanter fra praksisfeltet. Det ble etablert en referansegruppe med representanter fra akuttmottaket i Drammen (Vestre Viken HF), samt samarbeidende kommuner; Lier, Sandefjord, Larvik og Drammen. Representantene bidro som viktige premissleverandører for å sikre en utdanning som kunne møte kompetansebehovet i helsetjenestene.

Det var fra oppstart av utviklingsarbeidet bred enighet om betydningen av å etablere en utdanning som kunne gi kandidatene en kontekstuavhengig og generisk klinisk breddekompetanse for sykepleiere, som kunne dekke den økende kompleksiteten av helsebehov i helsetjenesten. Videre så man også behovet for spesialisering for å svare ut behovet for en mer fordypet klinisk kompetanse på områder der breddekompetanse er nødvendig. Det ble ved oppstart etablert utvalgte emner for spesialisering tilknyttet utdanningen, disse var særlig rettet mot områder av helsetjenesten hvor behovet for breddekompetanse er stort, og har senere blitt videreutviklet til fordypningsemner for AKS."

Videre beskriver Linn Hege Førstund hvordan de har jobbet med å videreutvikle innholdet i utdanningen til å treffe forskriftskrav og ut fra det erfaringer viste var viktig kompetanse for AKS som jobber i en norsk kontekst:

"I forbindelse med lovfestingen av krav til innhold og kompetanse i forskrift om avansert klinisk allmennsykepleie så man behovet for å etablere fordypningsemner som i enda større grad møter kravene til AKS-ens vurderings- handlings- og beslutningskompetanse i klinisk virksomhet. Pasientgruppen som AKS retter seg mot er ofte preget av multisystemisk sykdom og har behov for avansert helsehjelp med omfattende vurderinger og tiltak. Dette medfører behov for en fordypet kompetanse på områder der breddekompetanse er sentralt.

Allerede fra etablering og oppstart har USN i samarbeid med praksisfeltet vurdert særlig to områder i helsetjenesten med særlig behov for avansert kompetanse. Det ene er behov for avansert kompetanse rettet mot det å kunne observere, vurdere og ivareta multisystemiske skrøpelige eldre pasienter. Det andre området er avansert vurderingskompetanse knyttet til akuttmedisinske situasjoner. Begge områder kjennetegnes av behov for sykepleiere med avansert klinisk breddekompetanse, og evnen til å kunne gjøre grundige sykepleiefaglige vurderinger av pasienters behov for helsehjelp i pasientforløpet, identifisere, kartlegge og vurdere symptomer og tegn til sykdom, og ta selvstendige beslutninger om videre nødvendige oppfølgingstiltak. Særlig evnen til å kunne gjøre en helhetlig vurdering av pasientens situasjon og identifisere og vurdere mulige problemer som kan oppstå når sykdom, funksjonssvikt, alder og medisiner samvirker. Dette er et nytt og viktig bidrag til den etablerte helsetjenesten."

Ulike synspunkter på masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie

Som en kilde til informasjon om ulike synspunkter på mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie, har vi sett på et utvalg av høringsinnspill fra aktører innenfor spesialisthelsetjenesten som ble gitt til ["forslag til forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie"](#).

Flere høringsinnspill fra aktører i spesialisthelsetjenesten tydet på at de var positive til utdanningen og kompetansen som skulle utvikles. Helse Sør-Øst peker særlig på at kompetansen som utvikles i en slik utdanning, vil være nyttig for å styrke fokus på pasientoppfølging i overgangene mellom

spesialisthelsetjenesten og kommune. Det ble av flere også vektlagt betydningen av å ha en nasjonal retningslinje som tydelig bygget på bachelor i sykepleie og sikret likt innhold i sluttkompetansen uavhengig av utdanningsinstitusjon. Det ble også påpekt at det er viktig at ikke AKS-utdanning påvirker ABIOK-utdanning uheldig.

Av kritiske spørsmål ble det særlig fremhevet at innholdet i utdanningen fremstod svært omfattende. Det var stilt spørsmål ved hvorvidt det var mulig å oppnå både bredde og dybde innenfor alle aktuelle fagområder, inkludert mulighet til valgfri fordypning, innenfor et løp på to år. Kapasiteten knyttet til praksisplasser ved flere sykehus er svært presset. Det ble derfor av noen pekt på som vanskelig å tilby ytterligere praksisplasser til nye mastergradsprogram. Det ble også reist kritikk av det som ble oppfattet som uklartheter rundt beskrivelser av kompetanse som ble ansett som overlappende med leger, og som mulig uheldig utfordring av ansvar og myndighet.

4.5

Oppsummerende forskning om avansert klinisk sykepleier

I dette underkapittelet oppsummeres en samlet presentasjon av sentrale funn fra gjennomgang av 10 oversiktsartikler som ser på effekter av AKS-kompetanse. En oversikt over artiklene og mer detaljert om funnene fra hver artikkel gis i vedlegg 2.

Oversiktsartiklene bygger på blant annet data fra kontekster innen sykehus eller omhandlet intervensjoner rettet mot større pasientgrupper. En overvekt av oversiktsartiklene presenterer funn fra vestlige land. Funnene er i stor grad relatert til en moderne og avansert helsetjeneste hvor personalet er kvalifisert gjennom formelle utdanningssystemer. Tjenesten er også organisert gjennom statlige lover og regler, og både teknologisk og medisinsk utvikling påvirker helsetjenestene som tilbys. På den annen side er helsetjenester generelt svært ulikt organisert og finansiert, og få vestlige land har modeller som ligner den Skandinaviske modellen. Dette gjør at overføring av funnene til norsk kontekst må gjøres med noe varsomhet.

Samlet sett beskriver oversiktsartiklene mange ulike kliniske settinger, dimensjoner av spesialisering og sertifisering av sykepleier generelt og til nye kliniske roller spesielt, samt effekter dette har på oppgavefordeling, pasienttilfredshet, pasientbehandling og oppfølging. Administrative og økonomiske effekter beskrives som lite utforsket og generelt et område som behøver mer forskning, men det finnes noen oversiktsartikler som har sett på studier hvor funn knyttet til dette er presentert.

Gjennomgående i alle oversiktsartiklene fremheves viktigheten av spesialisert og avansert kompetanse hos sykepleieren som gir klinisk breddekompetanse til å gjøre helhetlige vurderinger av pasientens funksjonsnivå og oppfølgingsbehov.

Oppsummert viser gjennomgangen av oversiktsartikler at AKS-kompetansen åpner for å bruke nye tjenestemodeller og bidrar sånn sett til målrettet omstilling av tjenestetilbud. Det ser ut til at oppgavedeling og nye tjenestemodeller kan være viktige deler av intervensjonen når den kliniske rollen for AKS-en utformes, men at dette er en prosess som krever tverrfaglig forankring og tar tid før gevinster kan hentes ut til et fulle.

Viktige suksessfaktorer er klare rolle- og ansvarsbeskrivelser forankret i fagmiljøet fra start. Tydelige mål er viktig for å gi en god tjeneste som kan brukes til å evaluere intervensjonen, samt en klar

forankring i ledelse både ved aktuelle avdeling og oppover i organisasjonen. I tillegg bør det skapes tverrfaglige fagmiljø rundt AKS-ene som tilbyr strukturerte arenaer for konferering om kliniske spørsmål etter behov, samt mentorordninger.

Flere studier viser at AKS-er gir positive gevinster knyttet til bedret, individuelt tilpasset pasientbehandling og økt evne til egenomsorg hos pasienten, samt bedret relasjon til både pasient og pårørende. Kompetansen som tilføres gjennom AKS-er og tilsvarende spesialiserte sykepleiere, er nyttig og viktig for å gi mer helhetlige og tilgjengelige tilbud til sårbare og komplekse pasientgrupper. Økonomiske og administrative gevinster kan ses der man ser effekt i form av redusert liggetid, redusert antall reinnleggelser, redusert dødelighet, færre uheldige hendelser, samt raskere og mer presise intervensjoner knyttet til pasientoppfølging. I hovedsak tilskrives gevinstene fra innføring av AKS som følge av at sykepleiere settes i stand til å gjøre mer avanserte sykepleietiltak, eventuelt kan påta seg andre mer avanserte oppgaver. I tillegg vises det til funn i form av forbedret generell sykepleieutøvelse i for eksempel en avdeling som følge av overføring av kompetanse fra AKS til øvrige sykepleiere. Det er også pekt på bedret ressursutnyttelse i hele personalgrupper etter innføring av mer effektiv tjenestemodell og at AKS-kompetanse bidrar til å styrke sykepleierkompetansen i tverrfaglige team.

Gevinster vil avhenge av rolle og oppgaver, men oppsummert er følgende områder aktuelle for gevinstrealisering ved innføring av AKS:

- Arbeidsmiljø og rekruttering
- Pasienttilfredshet og pasientoppfølging
- Tverrfaglighet og samhandling
- Kvalitetsforbedring, omstilling og utvikling av tjenesten

Dagens utdanningstilbud rettet mot avansert klinisk sykepleie

Dette kapittelet beskriver forhold ved dagens utdanningstilbud rettet mot avansert klinisk sykepleie (AKS), inkludert sentrale trekk ved kompetansen som oppnås, opptak og uteksaminering av kandidater, praksis, veilederkompetanse og rekrutteringsgrunnlag. Kapittelet suppleres av vedlegg 3.

5.1

Sammendrag

- Ved landets universiteter og høyskoler tilbys videreutdanninger og master for sykepleiere med ulikt omfang, innhold oppbygning og organisering, en stor andel relevant for spesialisthelsetjenesten.
- Ved mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie vektlegges integrert utvikling av klinisk og vitenskapelig kompetanse. Utdanningsinstitusjonene tilbyr også valgfrie fordypninger.
- Mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie dekker følgende kompetanseområder:
 - Klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse
 - Helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning
 - Faglig ledelse og koordinering
 - Kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og innovasjon
- Mastergradsprogram i avansert klinisk allmennsykepleie rekrutterer fra både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Programmene har kvalifiserte søkere og god gjennomføring.
- Tilpasning av studieløp gjøres gjennom deltidsstudier, samlingsbasert undervisning, valgfrie fordypningsemner og det er mulig å søke permisjoner underveis. Alle programmene inkluderer noe obligatorisk praksis, ferdighetstrening og studentaktive læringsformer.
- I praksis brukes særlig AKS og leger som veiledere og sensorer.
- Flere studiesteder har samarbeidsavtaler med kliniske virksomheter fra tjenestene og utvikler programmet i nært samarbeid, inkludert ved kombinasjonsstillinger som også fremmer høy klinisk relevans i studiet.

5.2

Relevante momenter fra tidligere utredningsarbeid

Kartleggingen gjort av Helsedirektoratet (2017) ved forrige utredning, peker på at tjenestene var opptatt av tydelig innholdsmessig sammenheng mellom bachelor- og masterutdanningsnivået. Fagområdene i bachelorutdanningen har etter dette gjennomgått en omfattende revidering på bakgrunn av arbeidet med Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) og det er etablert en ny [Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning](#) gjeldende fra 2019. Et viktig mål med denne revideringen var å sørge for en grunnutdanning som rustet sykepleiere til å møte fremtidige behov i helsetjenesten. I

referansegruppen for den nåværende utredningen inngikk leder av programgruppen for sykepleieutdanning for [RETHOS, fase 1](#). Hun beskriver at innspill fra tjenestene vektla at en fremtidsrettet sykepleieutdanning burde sikre en styrket klinisk vurderings- og beslutningskompetanse, inkludert det å jobbe kunnskapsbasert. Videre at det er viktig at utdanningen forbereder kandidaten på å møte komplekse problemstillinger i en travel hverdag. Selv om grunnutdanningen utvikles dynamisk for å møte behovene hos tjenestene, kan en grunnutdanning kun gi sluttkompetanse tilsvarende bachelornivå (1.syklus), jf. [kvalifikasjonsrammeverket for høyere utdanning](#). Kunnskap på avansert nivå som selvstendig kritisk-analytisk tilnærming til faglige problemstillinger og kompetanse til å selvstendig bidra i innovasjonsprosesser tilhører mastergradsnivået. For å gi sykepleiere denne type avansert kompetanse, er det i Norge lagt opp til at man bygger på en bachelorutdanning med mastergrad (2.syklus) og Ph.d. (3.syklus).

Videre viste kartleggingen ved forrige utredning at tjenestene ønsket at noen generelle kompetanseområder skulle videreføres i eventuelle nye videreutdanninger på masternivå (Helsedirektoratet. 2017. IS 2674, s. 22):

- Rehabilitering, læring og mestring, pasient/pårørende, opplæring, brukarmedvirkning
- Kulturforståelse, det flerkulturelle Norge
- Selvstendig vurderingskompetanse, standardiserte vurderingsverktøy
- Medisinsk teknologi, velferds- og informasjonsteknologi
- Systemforståelse og samhandling på tvers av grupper, sektorer, instanser og nivåer

Denne utredningen tyder på at disse kompetansebehovene er fortsatt like relevant for tjenestene generelt, her også for sykepleiere i sykehus.

Videreutdanningstilbud relevant for sykepleiere i sykehus

Sykepleiere kan ta videreutdanning og master, og spesialisere seg innen mange ulike retninger. Ved landets universiteter og høyskoler tilbys videreutdanninger og master med ulikt omfang, innhold oppbygning og organisering. En detaljert liste over noen aktuelle utdanningstilbud gis i vedlegg 3.

Etter gjennomgang av studieprogrammer rettet mot ulike spesialistområder for spesialsykepleiere, ser det ikke ut til at disse har samme brede kliniske undersøkelsesmetodikk som man ser i programmene innenfor avansert klinisk sykepleie/allmennsykepleie. Undersøkelsesmetodikk er naturlig spisset mot det aktuelle spesialistområde for spesialsykepleiere. For programmene innen avansert klinisk sykepleie/allmennsykepleie er det vektlagt å gi kandidaten en mer generisk klinisk kompetanse som er mindre spiss, men ivaretar avansert klinisk breddekompetanse. Dette er en sentral del av kompetansegrunnlaget som gir AKS-er en avansert og bred sykepleiefaglig beslutningskompetanse. Dette innebærer at kandidaten får innføring i utvalgte, strukturerte kartlegginger, observasjoner og undersøkelser. Dette gir grunnlag for å gi avansert sykepleie knyttet til pasientrettet arbeid som gjøres blant annet ved sengeposter, poliklinikk, dagbehandling, ambulante team og hjemmesykehus.

5.3

Utdanningstilbud og geografisk spredning

Tabell 2 gir en oversikt over universitet og høyskoler som tilbyr både ABIOK-utdanning og AKS, eller tilbyr enten ABIOK-utdanning eller AKS. Tabellen viser at flere utdanningsinstitusjoner tilbyr både ABIOK og AKS, og at flest studenter tas opp til ABIOK-utdanning.

Tabell 2 Utdanningsinstitusjoner som tilbyr ABIOK-utdanning og/eller AKS-utdanning, samt uteksaminerte kandidater for 2020

Oppnådde kvalifikasjoner, 2020	ABIOK - uteksaminerte kandidater	AKS - uteksaminerte kandidater
Høgskolen i Innlandet	30	5
Høgskolen i Østfold	36	
Høgskulen på Vestlandet	136	
Lovisenberg diakonale høgskole	97	8
Nord universitet	28	
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet	30	14
OsloMet – storbyuniversitetet	62	
Universitetet i Agder	37	
Universitetet i Oslo		6
Universitetet i Stavanger	51	
Universitetet i Sørøst-Norge	35	19
Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet	14	
VID vitenskapelige høgskole	50	

Tabell 3 viser utdanningsinstitusjoner som tilbyr eller har tilbudt AKS-utdanning mellom 2016 og 2020, og opptak av studenter. Tallene er innhentet fra utdanningsinstitusjonene direkte. Likevel kan det være dobbeltføringer av studenter på tvers av studieretninger. Tallene kan derfor ikke ses som absolutte, men tyder på en trend mot stabilt opptak av studenter. Tabell 3 viser at det årlig tas opp studenter til AKS-utdanning. Dette kan tyde på at det er et stabilt grunnlag for rekruttering av studenter til denne type mastergradsprogram nasjonalt sett, men utdanningsinstitusjonen rapporterer at de lokalt kan erfare variasjon i etterspørsel fra år til år. Etter dialog med utdanningsinstitusjonenes er det forventet at etterspørsel fortsetter. Tabell 3 viser også at det ikke er tilbud om AKS-utdanning ved utdanningsinstitusjoner nord for Trøndelag.

Tabell 3 Utdanningsinstitusjoner som tilbyr eller har tilbudt AKS-utdanning og opptak av studenter

Utdanningsinstitusjon	Opptak av studenter				
	2016	2017	2018	2019	2020
Høgskolen i Innlandet (Campus Elverum)		10	9	3	25
Lovisenberg diakonale høgskole. Studieretning: Allmennsykepleie	16	12	15	14	7
Uspesifisert studieretning		1	28		17
NTNU Campus Gjøvik. Studieretning: Avansert klinisk sykepleie				21	28
NTNU Uspesifisert studieretning	26	42	25		
NTNU Campus Ålesund. Studieretning: Avansert klinisk sykepleie				5	11
NTNU Uspesifisert studieretning	9	12	8	1	
NTNU Øya				1	

Universitetet i Oslo (avansert geriatrisk sykepleie)	14	11	9	10	
Universitetet i Sørøst-Norge (Campus Drammen)	24	17	16	31	25
Sum	89	105	110	86	113
* Tallene kan inneholde usikkerheter ved at studenter kan feilaktig være oppført flere steder.					

5.4

Forskriftskrav til mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie

Krav til mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie er at studiet skal være bygget opp så det bidrar til at kandidatenes kliniske og vitenskapelige kompetanse utvikles og integreres, og at det legges til rette for et valgt fordypningsområde. Kandidatene skal fullføre praksisstudier på minimum 12 uker à 40 timer per uke.

Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie har kompetanseområder innen:

- Klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse
- Helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning
- Faglig ledelse og koordinering
- Kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og innovasjon

Kunnskap og ferdigheter innen klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse

Kandidatene har kunnskap om de mest vanlige akutte og kroniske sykdommer og helseproblemer hos pasienter og brukere, både med somatiske, psykiske og rusrelaterte problemer. Kandidatene har kunnskap om hvordan ernæringsmessige og sosioøkonomiske forhold påvirker helse, sykdom, behandling og sykepleie. Videre har kandidatene kunnskap om farmakologiske problemstillinger og om systematiske kliniske undersøkelsesmetoder og standardiserte vurderingsverktøy for alle pasientgrupper. Kandidatene har kunnskap om pasienters, brukeres og pårørendes reaksjoner og behov i et alders-, kjønns-, sosialt- og flerkulturelt perspektiv, samt kunnskap om kritiske overganger i pasientforløpet. Kandidatene har også kunnskap om hvordan variasjoner i helsekompetanse påvirker ulike pasient- og brukergruppers sykdomshåndtering, mestring og egenomsorg.

Kunnskapen tilegnet etter masterutdanningen gjør at kandidatene kan anvende kunnskap om sykdomslære og farmakologi for å gjennomføre selvstendige, systematiske, helhetlige og faglig relevante undersøkelser som grunnlag for avanserte sykepleievurderinger. Kandidatene kan også bruke relevante metoder for å vurdere helsetilstanden til pasienter, og kunne identifisere, vurdere og analysere tegn til endring i tilstand, samt gjøre kvalifiserte vurderinger, og iverksette relevante tiltak. Analyse av sammensatte og komplekse pasientsituasjoner for å kunne planlegge og gjennomføre helhetlig helsehjelp og foreslå oppfølgingstiltak, er en ferdighet som øves gjennom studiet. Kandidatene utvikler ferdigheter i å anvende avansert kunnskap for å håndtere akutte situasjoner i samarbeid med andre profesjoner og tjenester.

Kunnskap og ferdigheter innen helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning

Når det gjelder helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning skal kandidatene ha kunnskap om pasienters, brukeres og pårørendes reaksjoner og behov ved sykdom i et alders-, kjønns-, sosialt- og flerkulturelt perspektiv. Videre skal kandidatene ha kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering, for å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester for alle grupper i samfunnet. Kandidatene skal ha kunnskap om helsepedagogikk. Hvordan variasjoner i helsekompetanse påvirker ulike pasient- og brukergruppers sykdomsforståelse, sykdomshåndtering, mestring og egenomsorg er kunnskap kandidatene skal ha. Videre skal kandidatene kunne bruke helsepedagogiske metoder for å undervise og veilede pasienter, brukere og pårørende, tilpasset deres helsekompetanse, slik at det kan bidra til mestring, funksjon og livskvalitet. Veiledningskompetanse er også nyttig for kollegaveiledning.

Kunnskapen gir kandidatene ferdigheter i å bruke kartleggingsverktøy for å vurdere ressurser, helsekompetanse og grad av psykisk, fysisk og sosial mestring. Kandidatene har også ferdigheter i å analysere pasienters, levevaner, ressurser, mestringsevne og sosiale situasjon.

Kunnskaper og ferdigheter innen faglig ledelse og koordinering

Kandidatene har oppdatert kunnskap om helse- og omsorgstjenestens oppbygning, organisering, rammer og styring, og om relevant lovverk. Kandidatene har også inngående kunnskap til hva som kjennetegner helhetlige pasientforløp og risikofylte overganger. Videre har kandidatene inngående kunnskap om samhandling, tverrsektorielt samarbeid og tjenestekoordinering som er relevant for yrkesutøvelsen. Kandidatene har kunnskap om pasientsikkerhet, og ha kunnskap om faglig ledelse og veiledning som er relevant for yrkesutøvelsen. Kandidatene har kunnskap om å analysere faglige problemstillinger med utgangspunkt i fagområdets kunnskapsgrunnlag, historie, tradisjon, rolle og funksjon i samfunnet.

Kandidatene har ferdigheter til å bidra til økt brukermedvirkning i tjenestene. Kandidatene skal også kunne bruke anerkjente pedagogiske prinsipper til å veilede og undervise personell i komplekse pasientsituasjoner.

Kunnskaper og ferdigheter innen kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og innovasjon

Kandidatene har kunnskap om kunnskapsbasert praksis og om sentrale sykepleievitenskapelige perspektiver. Kandidatene har spesialisert innsikt i et valgt fordypningsområde innenfor avansert klinisk allmennsykepleie. Kandidatene har også kunnskap om pasientsikkerhet, faglig ledelse og veiledning i arbeid med tjenesteforbedring og innovasjonsprosesser, inkludert systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og forutsetninger for vellykkede endringsprosesser. Videre har kandidatene kunnskap om vitenskapsteori, metode og forskningsetikk, inkludert kunnskap om brukermedvirkning i forskning, utviklings- og forbedringsarbeid.

Kandidatene kan gjennomføre utviklings- og forbedringsarbeid med utgangspunkt i relevant fag- og forskningskunnskap, brukerkunnskap og erfaringskunnskap. Dette er mulig fordi kandidatene trenes til å analysere kliniske, faglige og etiske problemstillinger innenfor eget fagområde. Kandidatene øves i analytisk tilnærming ved bruk av relevante teorier, metoder og fortolkninger, og gjennomfører til slutt et vitenskapelig arbeid i tråd med forskningsetiske retningslinjer. Kandidatene har etter mastergradsutdanning ferdigheter til å innhente, systematisk vurdere og anvende kunnskap i fagutvikling og forbedringsarbeid, her inkludert forhold av betydning for pasientsikkerhet og behov for forbedring av tjenestene.

5.5

Rekruttering, gjennomføring og bruk av praksis knyttet til avansert klinisk allmennsykepleie

Helsedirektoratet ba utdanningsinstitusjoner som tilbyr mastergrad innenfor avansert klinisk sykepleie om å rapportere på ulike forhold knyttet til rekruttering, studiemodell og bruk av praksis i studiet. Universitetet i Sørøst Norge, Høgskolen i Østfold, Høgskulen på Vestlandet, Høgskolen i Molde, Vitenskapelig høgskole i logistikk og NTNU sendte tilbake opplysninger om sine program.

Ut fra tilbakemeldingene vi fikk ser det ut til at mastergrad innenfor avansert klinisk sykepleie rekrutterer størstedelen av sine studenter fra kommunehelsetjenesten, men de fleste steder har en klar andel fra spesialisthelsetjenesten også. Alle har karakterkrav på gjennomsnittlig C fra bachelor i sykepleie og krav om relevant klinisk praksis (fra 2-3 år). De fleste utdanningsinstitusjonene melder om god rekruttering og kvalifiserte søkere til disse programmene, men at det kan variere fra år til år. Kullstørrelsen ved de fleste utdanningene ligger fra 20-30 studenter slik at det er relativt små kull. Det er ikke dokumentert hva som er årsaker til frafall, men flere av utdanningsinstitusjonene kommenterer at dette erfaringsmessig handler om at det er vanskelig for studentene å kombinere jobb og studier, eller at studentene endrer arbeidssted underveis og da velger å avslutte utdanning. Et studiested oppga at lang avstand til studiestedet førte til frafall.

Alle utdanningsinstitusjonene tilbyr enten valgfri fordypning eller ulike studieretninger etter en felles del.

Alle mastergradsprogrammene i avansert klinisk sykepleie tilbyr praksis i varierende omfang. Praksisplasser reguleres gjennom intensjonsavtaler med praksis. Det benyttes praksisplasser både i kommuner og sykehus. Veiledere er ofte leger, men også tidligere studenter ved masterprogrammet (ferdig utdannet AKS). AKS-studentene kan også ha kortvarig praksis med fysioterapeut, ergoterapeut og farmasøyt som veileder. Da typisk en dag eller noen dager.

Behov for klinisk breddekompetanse i sykehus – innspill fra sentrale aktører

Dette kapittelet beskriver innspill fra sentrale aktører og deres erfaringer og perspektiver om kompetansebehov for sykepleiere i sykehus, særlig for sykepleiere ved tjenestesteder som sengeposter, i poliklinisk arbeid, dagbehandling, ambulante tjenester og hjemmesykehus.

6.1

Sammendrag

- Utvikling og omstilling av spesialisthelsetjenesten i tråd med regjeringens målsetninger, krever endret sammensetning av kompetanse for å løse nye oppgaver og drive endringsprosesser. Dette vil kreve satsning på kompetanseutvikling og strategisk kompetanseplanlegging for å sikre helsepersonells mulighet til oppdatering i bredden av sitt fagfelt og eventuelt utvikle ny kompetanse som behøves.
- Sykepleiere i sykehus behøver kontinuerlig oppdatering innenfor grunnleggende, klinisk breddekompetanse for å gi forsvarlig og kunnskapsbasert sykepleie.
- Det erfares endringer i sykepleierrollen i sykehus grunnet endringer i befolkningens behov for helsehjelp, medisinsk og teknologisk utvikling, flere oppgaver knyttet til samhandling, koordinering og arbeid i tverrfaglige team, samt høy arbeidsbelastning og endringstakt.
- Avansert klinisk breddekompetanse pekes på som viktig for å sette sykepleiere bedre i stand til å følge opp ustabile og multisyke pasienter, pasienter med kroniske lidelser og pasienter med sammensatte behov. Dette inngår i AKS-kompetansen.
- AKS-kompetanse svarer godt på behovet for avansert sykepleiekompetanse som tiltak for å møte endringer i sykepleierrollen (ansvar og oppgaver) i sykehus.
- AKS skal ikke erstatte annen fagkompetanse, men være en supplering og forsterkning gjennom å gi sykepleier blant annet **avansert** klinisk breddekompetanse.
- Et egnet tiltak for å rekruttere og beholde ambisiøse sykepleiere ved sengeposter, i poliklinikk, dagbehandling, ambulante team og hjemmesykehus, kan være å tilby kliniske karriereveier som leder til nye funksjoner og ansvar rettet mot pasientnært arbeid, eksempelvis AKS.
- Tilgang på AKS-kompetanse har gjort avdelinger mer omstillingsdyktige, stimulert faglig utvikling, bidratt til økt faglighet i sykepleiergruppa og forbedret pasientoppfølging, samt gjort avdelingen mer attraktiv i rekrutteringsprosesser.
- Videreutdanningstilbud må være tett på klinisk praksis og lede til pasientnært arbeid for å være klinisk relevant. Dette krever tett samarbeid mellom tjenestene og utdanningssektoren for å gi gode videreutdanningstilbud.
- Mastergradsutdanning innen avansert klinisk sykepleie og avansert klinisk allmennsykepleie spesielt, beskrives som nyttig og relevant kompetanse for sykehus.

6.2

Kilder til informasjon

Skriftlig innspill fra aktørene er i hovedsak meldt inn via representanter i referansegruppen (referansegruppen listes i vedlegg 1) som ble opprettet tilknyttet utredningen, og gjennom to digitale samlinger for referansegruppen. I tillegg er synspunkter og erfaringer innhentet gjennom gruppesamtaler og andre møter med aktører som enten har meldt interesse for utredningen til Helsedirektoratet direkte og/eller er blant interessenter invitert inn i referansegruppearbeidet.

De videre underkapitlene utdyper innspill, erfaringer og synspunkter som er løftet av aktørene. Det gis konstruerte sitater som illustrerer viktige momenter. De konstruerte sitatene er skrevet som utsagn for å vise et perspektiv som er løftet av en aktør, eksempelvis pasienter og brukere, ledere, sykepleiere, samarbeidende helsepersonell, og/eller fagpersoner innen utdanning. Det er ikke uttrykk for enkeltpersoners utsagn.

6.3

Krav til endring og kompetansebehov i sykehuset

Kompetanseområder som krever utvikling i spesialisthelsetjenesten

Oppsummert fremhever aktørene endringer knyttet til 1) befolkningens behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten og 2) en rask medisinsk og teknologisk utvikling som særlig viktig for at sykepleiere i sykehus opplever et behov for mer kompetanse og faglig utvikling:

Ledere: Vi trenger sykepleiere med avansert og spesialisert kompetanse til å bidra til utvikling og endring av tjenestene i takt med befolkningens behov, teknologisk og medisinsk utvikling. Vi trenger sykepleiere som kan jobbe systematisk med fagutvikling, pasientsikkerhet og endringsarbeid nær pasienten. Vi trenger sykepleiere som bidrar til helhetlige pasientforløp, særlig for pasienter med sammensatte lidelser. Det er behov for faglig utvikling rettet mot hvordan drive god og oppdatert sykepleie i en klinisk hverdag preget av endring og korte møter med pasienten og pårørende.

Dette fremheves også som faktorer av særlig betydning for endrede kompetansekrav for helsepersonell i sykehus generelt. Noe som også er i tråd med de strategiske behovene for endring som tegens i NHSP 2020 - 2023.

I skriftlig innspill fra noen av representantene fra tjenestene, er det påpekt at kompleksiteten og presset på sengeposter og poliklinikker har endret seg etter hvert som kapasiteten ved intensiv- og overvåkningsenhetene har blitt for liten. For liten utdanningskapasitet og framtidig mangel på sykepleiere beskrives som årsaker til et behov for å heve kompetansen i hele eller deler av sykepleierteam som tiltak for å mobilisere arbeidskraft.

Det beskrives videre, særlig fra ledere og representanter fra fagavdelinger, at endrede kompetansekrav gir behov for mer strategisk kompetanseplanlegging, sammen med økt satsning på kompetanseheving, for å støtte helsepersonells mulighet til å oppdatere og eventuelt utvikle fremtidsrettet og ny kompetanse som behøves:

Ledere og representanter fra fagavdelingene: Helseforetakene må ha en utviklingsplan for å sikre tilstrekkelig personell med rett kompetanse. Dette krever gode kompetanseplaner helt ned på

avdeling/klinikknivå. Sykehusene må analysere kompetansebehov som kommer og hvordan møte kravene med de ressursene som er. Personalet er viktigste nøkkel til å nå målene, da må det satses på kompetanse for alle faggrupper.

Sykepleiere ved sengepost og poliklinikk blir ofte brukt som eksempler på viktige grupper i alle gruppesamtalene, men flere peker også på at økt bruk av dagbehandling, ambulante team og hjemmesykehus vil gi samme behov her med tiden.

Ut fra gruppesamtalene virker aktørene rimelig omforent om at områdene som løftes i NHSP 2020-2023 er viktige å jobbe med for å møte fremtidige krav til spesialisthelsetjenesten. Disse områdene beskrives gjennomgående i gruppesamtalene som sentrale drivere for at sykepleiere i sykehus har kontinuerlig behov for å oppdatere eller utvikle kompetanse. Oppsummert gjelder dette særlig:

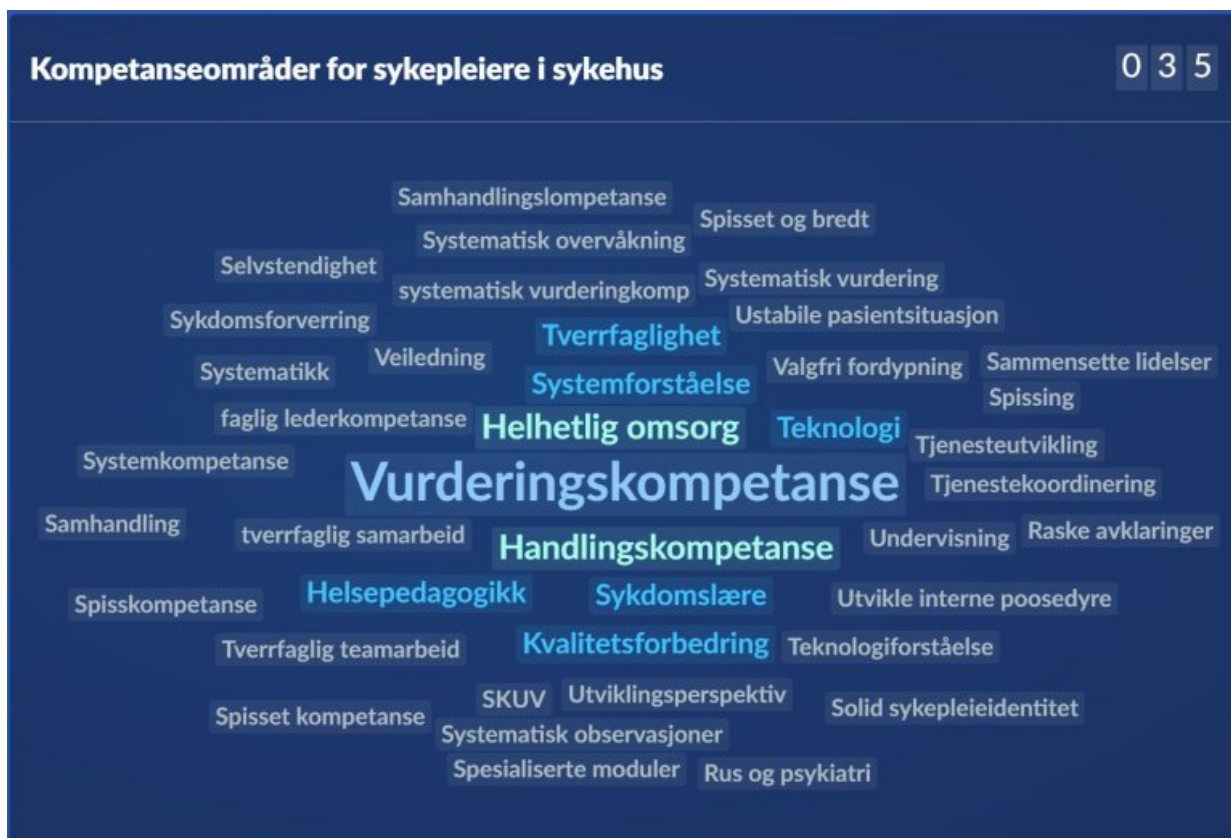
- Kompetanse til å følge opp pasientgrupper med særlig komplisert sykdomsbilde, økt sårbarhet og/eller spesielle behov.
- Kompetanse til å omstille og oppdatere praksis ut fra teknologisk og medisinsk utvikling, inkludert mestring av ny arbeidsmetodikk og oppgaver.
- Kompetanse til å drive frem og inngå i samhandling på tvers av tjenestenivåer og mellom behandlingstilbud.
- Kompetanse til å drive frem og inngå i endringsprosesser, både faglige og organisatoriske.

At sykepleier erfarer økt krav om bred kompetanse for å klare å møte pasient og pårørende på en måte som oppleves god, samt styrket faglig trygghet for å kunne jobbe selvstendig og ta sykepleiefaglig ansvar, kom også frem i flere av samtalene, særlig fra sykepleiere i tjenestene og Norsk sykepleierforbund:

Sykepleiere: Pasienter og pårørende etterspør tjenester mer enn før, og pasienter og pårørende virker ofte mer oppdatert både med hensyn til egne rettigheter og hva de mener er riktig og god helsehjelp. Vi [sykepleierne] skal bidra og følge opp rundt pasienter som er i hurtige utredninger, vi skal observere og tilrettelegge for pasienter som ofte er svært syke og har komplekse behov, vi skal mestre pakkeforløp og stadig nye teknologiske løsninger. Endringer er blitt en del av hverdagen. Dette krever en annen type og bred kompetanse for å se helhet. Det er større krav til sykepleiere, større ansvar og det krever større selvstendighet for å kunne stå i situasjonene som oppstår. I dag mangler mange av oss gode rollemodeller og fagmiljø hvor vi kan strekke oss etter ny kompetanse og føle oss stolte av jobben vi gjør for pasientene.

Identifiserte kompetansebehov

Det ble avholdt to referansegruppemøter hvor aktørene ble bedt om å skrive inn kompetansebehov for sykepleier som jobber ved for eksempel sengepost, i poliklinikk, dagbehandling og hjemmesykehus i en ordsky. Bildet 1 viser resultatet fra første samling (januar 2021) og bilde 2 viser resultat fra andre samling (mars 2021).



Bilde 1 Ord som beskriver kompetansebehov for sykepleier i sykehus – samling 1



Bilde 2 Ord som beskriver kompetansebehov for sykepleier i sykehus – samling 2

Ut fra bildene ser man at vurderingskompetanse er et begrep som går igjen som det ordet flest meldte inn ved begge samlinger, sammen med tverrfaglighet. Ellers er det under første samling mange som peker på behovet for økt handlingskompetanse og det å gi helhetlig omsorg, sammen med behovet for systemforståelse, teknologi, helsepedagogikk, sykdomslære og kompetanse til å bidra med kvalitetsforbedring. Under andre samling er mange av de samme momentene løftet, om enn med litt andre

ord. Et skifte som kommer frem i andre samling, er at akademisk kompetanse og mulighet for valgfrie moduler løftes som særlig viktig for at kompetansebehov møtes hos sykepleier i sykehus. Dette indikerer at formell videreutdanning er et sentralt virkemiddel for å møte kompetansebehovene.

Hvilke fagområder som burde bli forsterket ble spurt om direkte i alle gruppesamtaler. Dette ble klarest svart på i samtalene med representanter fra tjenestene og de ulike yrkesorganisasjonene. Konkrete fagområder som ble løftet frem var ofte knyttet til bestemte pasientgrupper og disse pasientenes særlig behov for oppfølging eller tilrettelegging. Flere sykepleiere som jobbet i sykehus, oppsummerte dette slik:

Sykepleiere: Innføring av hurtige utredninger, pakkeforløp og komplekse pasienter er en del av hverdagen nå. Dette krever en annen type og bred kompetanse for å se helhet.

I tillegg ble sykepleieres evnen til samarbeid og kjennskap til andre faggruppers kompetanse beskrevet som viktig for at sykepleieren skulle kunne ta ansvar for avansert pasientoppfølging og bidra til å utvikle klinisk praksis. Eksempler på hvorfor dette var viktig, ble diskutert blant annet i samtalene med yrkesforbundene og pasient- og brukerrepresentanter. Vi har oppsummert dialogen rundt dette slik:

Samarbeidene personale, pasienter og brukere: Vi trenger faglig sterke sykepleier på sengepost, i poliklinikk, dagbehandling og i hjemmesykehus, som kan samarbeide med andre faggrupper, som kan inngå i tverrfaglig team, men selvstendig gjør gode kliniske observasjoner og formidler sine vurderinger tilbake til teamet, så vi får gode tverrfaglige diskusjoner rundt pasientens utvikling og behov. Når det tverrfaglige fungerer, får pasienten absolutt best hjelp.

Oppsummert fra alle samtaler og innspill er følgende områder etterspurt som del av avansert sykepleiekompetanse:

- **Kompetansebehov knyttet til pasientgrupper og forhold ved pasientene:**
 - Identifisere og følge opp behov hos pasienter med kroniske lidelser som får oppfølging hjemme og/eller er ut og inn av flere avdelinger ved sykehuset
 - Geriatri – særlig eldre med sammensatte lidelser
 - Akutt syke pasienter med behov for overvåking (intermediær poster)
 - Bariatri – særlig for å sikre god pasienthåndtering (forflytning) og mobilisering av pasienter ved innleggelse.
 - Alvorlig syke pasienter/ sårbare pasienter som skal skrives ut tidlig fra sykehuset
 - Kombinasjon av rusproblematikk, psykiske lidelser og annen somatisk sykdom
 - Innsikt i ulike former for seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, samt veiledningskompetanse til å støtte pasienten om pasientens seksuelle helse påvirkes av aktuell behandling/sykdomsforløp.

Flere vektla relevansen av AKS-kompetanse i tjenester som retter seg mot pasienter med psykisk helse og rusproblematikk, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

- **Kompetansebehov på avansert nivå som er relevant for alt arbeid en sykepleier er involvert i:**
 - Avansert klinisk vurderings- og handlingskompetanse (sykdomslære, fysiologi og farmakologi, inkludert psykisk helse og rusmiddelbruk).
 - Økt veiledningskompetanse (rettet mot både pasient og pårørende, og kolleger)
 - Kompetanse til å møte mennesker med minoritetsbakgrunn og innsikt i hvordan språkbarrierer kan hindre gode pasientforløp.
 - Økt kompetanse innen samhandling og koordinering, samt funksjonsvurdering og dokumentasjon for å trekke inn både medisinsk og annen fagkompetanse fortløpende ved behov.
 - Drive fagutvikling og endringsarbeid som del av kvalitetsutvikling og pasientsikkerhetsarbeid.
 - Kunne bidra i innovasjonsprosesser og implementering av medisinsk-teknologisk verktøy.

- **Forskningskompetanse** - Bidra i forskningsteam, rette fokus mot kliniske problemstillinger fra et avansert sykepleiefaglig perspektiv.

Gjennomgående ble det fremhevet at grunnutdanning ikke er egnet til å utvikle avansert klinisk kompetanse. Dette må komme som eget videreutdanningsløp. Gjennomgående ble det pekt på at dersom dette skal gjøres gjennom mastergrad, må dette programmet være klinisk relevant og gi styrket fagkompetanse innen pasientnært arbeid i sykehuset. Dette beskrives som at krever kombinasjonen av fordypet innsikt innenfor et fagfelt (valgt av tjenesten), sammen med mer avansert kompetanse innen mer generelle fagområder (eksempelvis veiledning, samhandling, kunnskapsbasert praksis, mm.). Flere ønsket at sykehusene/avdelingene skulle ha en klar strategisk tanke bak kompetanseheving for sykepleiere som ga grunnlag for å velge fordypning og bedre pekte ut behov for styrket generell sykepleiefaglig kompetanse. I dette siste ble klinisk breddekompetanse, veiledning, samhandling, tverrfaglighet, kunnskapsbasert praksis, teknologi og innovasjon, og forskningsmetodikk, gitt som eksempler. Denne kombinasjonen var viktig for å styrke sykepleiernes evne til raskt å omstille seg og for at sykepleiergruppen skulle kunne bidra i forbedringsarbeid gjennom å identifisere områder som bør inkluderes i kvalitetsutviklingen av klinisk praksis.

Behovet for økt kompetanse i helsepedagogikk og veiledningskompetanse til å møte pasient og pårørende ble også vektlagt i samtalen med brukerrepresentanter. I tillegg fremhevet brukerrepresentanter at sykepleieren var en viktig samarbeidspartner for pasienten som pasienten møtte i mange faser av et sykdomsløp. Det var derfor veldig viktig for pasient og pårørende at de opplevde at alle sykepleiere var kompetente. Dette inkluderte at pasienten ble sett som et helt menneske, at sykepleieren ikke snevert vektla å gi omsorg og pleie ut fra en avgrenset klinisk problemstilling, diagnose eller behandling:

Brukerrepresentanter: Det er viktig med rett kompetanse der pasienten er på sykehuset. Poliklinikk for eksempel er ofte veldig spisset i sin tilnærming. Sykepleieren må kunne se helheten i pasientbehandlingen ikke bare detaljene knyttet til en bestemt klinisk problemstilling. Når pasienten har andre utfordringer, må sykepleiere kunne oppdage og håndtere det også.

6.4

Områder med særlig behov for forsterket kompetanse hos sykepleiere

Kompetanse utover grunnutdanning

I flere gruppesamtaler ble det gitt eksempler på typiske situasjoner hvor sykepleieren med kun grunnutdanning, ofte nyutdannet, opplever å komme til kort. Her er et konstruert sitat som illustrer dette poenget:

Sykepleiere: Det er ikke før sykepleieren kommer ut i klinikken at man lærer yrket og rollen å kjenne. Man lærer i arbeid, men det er ikke nok for å gi god behandling til pasientene. Ledere må se på kompetansebehov ut fra hva som må være tilgjengelig som helhet i en avdeling. Det er for skjørt å basere seg på at en yrkesgruppe utvikler nødvendig kompetanse gjennom erfaring i klinikken alene.

Flere fremhever AKS-kompetansen som sannsynlig nyttig og relevant for samtlige av de tjenestestedene som denne utredningen har sett særlig på.

Løftet bredt i gruppesamtaler: Fordypning innenfor avansert klinisk breddekompetanse, med særlig vekt på sykdomslære og farmakologi, samt observasjons og handlingskompetanse til å følge opp den multisyke pasienten, vil være nyttig kompetanse i sykehus. Dette kan brukes på tvers av alle behandlingsopplegg og gir grunnlag for raskere å tilegne seg ny kunnskap eller kunne omdisponeres som del av en beredskapssituasjon.

Aktørene hadde ulike synspunkter på om kompetansebehov ble møtt best gjennom interne kurs, formell utdanning eller i kombinasjon. De fleste fremhevet en kombinasjon som beste løsning og som vanligst i dag, særlig ved de store regionale sykehusene. Hvilket akademisk nivå som best møter kompetansebehovene hos sykepleiere i sykehus, ble også diskutert i gruppesamtalene. Representantene hadde ulik erfaring selv med å gjennomføre mastergradsløp, og de som hadde en mastergrad eller jobbet med sykepleiere med mastergrad, hadde gjennomgående en klar oppfatning av at dette var nødvendig for å komme på et nytt nivå i sin kliniske kompetanse og utvikle nye måter å tenke på. Under gis fire eksempler som ofte gikk igjen blant flere aktører som eksempler på utfordringer som finnes i sykehusene i dag og hvor klinisk relevant masterkompetanse hos sykepleier kan legge til rette for god praksisutvikling.

Oppfølging av den akutt syke pasienten

Flere beskrev i gruppesamtaler at det kunne være krevende å finne trygge og kompetente sykepleiere som kunne stå ansvarlig for å bemanne intermedieposter og oppfølging av akutt syke pasienter på "vanlig" sengepost. Oppfølging av pasienter som kunne være ustabile og ha akutte kliniske problemstillinger er beskrevet som del av oppgaver og ansvar som er overført til "vanlige" sengeposter i større grad i dag. Flere beskriver dette som tiltak for å fristille kapasitet ved intensivavdelingene slik at disse sengene er strengere forbeholdt de virkelig syke pasientene. Dette gjør at flere pasienter med uavklarte problemstillinger og behov for overvåking, blir liggende på vanlig sengepost. Sykepleiere uten særskilt trening i å følge opp disse pasientene, opplever at de behøver stor støtte av legen for å følge opp disse pasientene forsvarlig. Flere peker på at dette gjør at legen blir mer avbrutt i sine oppgaver. Samlet gir dette lite effektiv oppgavefordeling og ressursutnyttelse. Videre påpekes det at forverrelse hos pasienter kan få gå uoppdaget for lenge når sykepleieren ikke klarer å fange opp dette tidlig gjennom sine observasjoner eller mangler handlingskompetanse til å sette i gang riktige tiltak. Sykepleiere med avansert breddekompetanse er kompetent til å gjøre bedre helhetlige vurderinger og raskere fange opp eventuell forverrelse hos pasienten. Sykepleiere med masterutdanning innen AKS ble løftet som bedre egnet for å påta seg slikt ansvar sammenlignet med sykepleiere med kun grunnutdanning eller kun intern opplæring.

Dersom et team skal settes sammen av AKS-er til dedikert å følge opp gitte pasienter, pekes det på at dette vil kreve nok AKS-er til å fylle en turnusordning så denne kompetansen er tilgjengelig hele døgnet. Dette ble særlig av ledere påpekt som lite aktuelt gitt de økonomiske og personalmessige ressursene dette vil kreve. Da anses det som et bedre tiltak å legge til rette for at AKS-kompetansen bygges i faggruppen over tid og at man legger til rette for systematisk kompetanseoverføring i faggruppen. Flere beskrev også erfaring fra at avdelingene hadde satt sammen tverrfaglige team som lærte opp sykepleiere til å overvåke og følge opp pasienter, rettet mot en avgrenset pasientgruppe med gitt klinisk problemstilling, typisk knyttet til en spesiell behandling eller gitt avdeling. Noen hadde også erfaring med at dette kompetansebehovet ble møtt ved å tilby intern opplæring i gitte oppgaver, understøttet av spissede og kortere videreutdanningsløp på 30-60 studiepoeng.

Større kompleksitet og variasjon i pasientenes behov krever mer tverrfaglig samhandling

Flere sengeposter blir satt sammen slik at sykepleieren opplever å følge opp pasienter med større variasjon i kliniske problemstillinger og flere pasienter med sammensatte behov. Dette ble fremhevet som en utfordring særlig ved mindre lokalsykehus hvor man hadde mindre tilgang på spisset og avansert kompetanse. Ved slike komplekse avdelinger må hver sykepleier ha oversikt og kompetanse innen et svært bredt felt. Disse sengepostene er ofte satt sammen av flere spesialiteter, slik at pasientene som er til

utredning eller behandling, har ofte svært ulike problemstillinger og behov. Dette stiller store krav til kompetanse for å gi helhetlig sykepleie, individuelt tilpasset den enkelte pasient. Dette gjør også at sykepleieren må ha faglig bredde til å kunne inngå i faglig diskusjon med annet helsepersonell, som for eksempel ulike legespesialister, fysioterapeut, psykolog, sosionom eller logoped, mfl. Sykepleieren må kunne formidle observasjoner som er særlig relevant for akkurat den fagpersonen sykepleieren diskuterer med der og da, om akkurat en spesiell klinisk problemstilling som gjelder for akkurat denne pasienten.

Det forventes at alle sykepleierne skal kunne gi sykepleiefaglig begrunnede anbefalinger som andre fagpersoner kan ta inn i sine vurderinger. Likevel er det lite sannsynlig at særlig nyutdannede sykepleiere eller sykepleiere som er nye i slike avdelinger, har tilstrekkelig faglig bredde til å håndtere de mest komplekse kliniske problemstillingene og pasientbehovene som sykepleietjenesten skal favne her. Sykepleiergruppen er derfor helt avhengig av et robust fagmiljø og tilgang på rollemodeller som støtte for disse sykepleierne så de kan utvikle trygghet og kompetanse til å stå støtt i denne kliniske hverdagen. Flere fremhever at for å bli rollemodell og bygge fagmiljø trengs det noen sykepleiere med formell utdanning, og her anses AKS-kompetanse som et egnet tiltak for å løfte faggruppen. Erfaringsbasert kompetanse vil være preget av tilfældigheter og det etablerte kliniske miljøet som erfaring utvikles fra. Erfaringsbasert kompetanse ble derfor beskrevet som at det ikke gir samme kompetansegrunnlag som en AKS-utdanning. En faglig rollemodell ved slike komplekse avdelinger bør ha avansert klinisk breddekompetanse, ferdigheter i å innhente systematisk klinisk informasjon og kritisk analysere hva dette har å si ut fra individuelle pasientvurderinger i et sykepleiefaglig perspektiv. Dette krever en avansert tilnærming til sykepleie. En AKS foreslås av flere som kompetanse som kan settes inn i slike avdelinger med ansvar for et gitt antall pasienter med særlig komplekse problemstillinger eller at de kan lede sykepleierteam som sammen følger opp en gruppe pasienter, samt bidra til kollegaveiledning som vil gi økt faglighet i hele sykepleiergruppen.

Forberede og lette overgangen fra sykehus til hjemmet - samhandling på tvers av sektorer

Flere beskriver at samhandlingen mellom sykehus og andre sektorer som for eksempler andre institusjoner og hjemmesykepleien, kan forbedres, særlig med hensyn til informasjonsflyt. Bedre informasjonsflyt kan gi bedre og sikrere overganger for pasientene som beveger seg mellom tjenestetilbydere. Flere av aktørene mener sykehusene kan bli flinkere til å tenke hva som skal skje med pasienten når de kommer hjem, særlig siden pasienter skrives ut mye tidligere enn før, og at dette må starte allerede ved innleggelse eller ved første konsultasjon. Flere etterspør en systematisk utvikling av et felles språk ut til kommunene fra sykehuset. Her ønskes det informasjon og dialog vektlegger hva pasienten behøver av oppfølging, slik at dette skrives til kommunen så de kan prioritere ressursene sine rett opp mot pasientens behov. Dette løftes som særlig viktig for å unngå reinnleggelser og forverring hos kronisk syke. Pasienter med langvarige forløp gjør at man trenger spesifikk kompetanse for å forebygge forverring, styrke at pasienten kan leve med tilstanden, se helhetlig behov for oppfølging, og dette må sykehuset gjøre sammen med tjenestene der pasienten bor. Rollen som skal koordinere må være nær pasienten, kjenne pasientene godt på en måte som strekker seg utover diagnose eller klinisk problemstilling – her kreves både avansert klinisk breddekompetanse og avansert sykepleieforståelse for å kunne se problemstillinger for den enkelte pasient. En AKS foreslås av flere som egnet kompetanse til å understøtte et slikt ansvar og som en bidragsyter i å utvikle modeller for hvordan slike tjenester skal utvikles. Dette vil også kreve at AKS-en jobber tverrfaglig, slik at fagkompetansen det trekkes på, er tilpasset de behov pasientene til enhver tid har.

Systematisk tverrfaglig og holistisk oppfølging

Flere aktører peker på at der avdelingen har en koordinerende sykepleier, er det bedre pasientforløp. Ofte fordi dette styrker avdelingens vekt på helhetlig oppfølging ved at noen har ansvar for å løfte blikket opp fra det veldig spissede som kanskje er det pasienten skal behandles for. Det understrekes i flere av gruppesamtalene at for å lykkes med helhetlig tjenestetilbud må pasienten og pårørende møtes holistisk. En strategi kan være å sørge for felles møtepunkter for tverrfaglige team med en koordinerende sykepleier.

Denne sykepleieren må ha avansert og bred kompetanse (kan være en AKS) med ansvar for å følge gitte pasienter, samt tenke langsiktig og holistisk. Tverrfaglig samarbeid med flere faggrupper fungerer bra, men det er mange steder fortsatt for lite systematisk tatt i bruk og mangler ofte faglig koordinering. Det å kunne jobbe tverrfaglig og vite når man skal dra inn andre yrkesgrupper er viktig for helhetlig pasientbehandling og god kvalitet. En sterk, klinisk breddekompetanse og strukturer til å jobbe i tverrfaglige team, samt at man opplever seg selvstendig og trygg i fagrollen (autonomi), er viktig grunnlag for å bidra i faglige diskusjoner og ta egne avgjørelser. Det er også her viktig å legge til rette for at sykepleiere i en avdeling utvikler kompetanse på dette som gruppe, om man ønsker at sykepleiere skal være aktive bidragsytere til å utvikle og oppdatere praksis.

Utvikling av klinisk praksis

Medisinsk og teknologisk utvikling beskrives som en drivende kraft mot endring og utvikling av nye tjenestetilbud og måter å løse oppgaver på. Ny teknologi og digitale løsninger påvirker alle områder spesialisthelsetjenesten jobber med og alt sykepleieren gjør i sitt daglige virke. Dette er sånn sett et eksempel på kompetanseområde som krever bred tilnærming for å møte kompetansebehovet i praksis.

Sykepleiere og ledere: Formell kompetanse er beste strategi for å gi systematisk fagutvikling. Erfaringsbasert kompetanse er for tilfeldig til å heve analytisk tilnærming og fremmer i liten grad innovative måter å bruke ny kompetanse på.

Omstilling til nye tjenestemodeller, som økt bruk av hjemmesykehus og ambulante team, er også eksempler på faktorer som krever en bred kunnskapssammensetning for at sykepleiere skal ha rett kompetanse til å bidra til å utvikle gode tjenestetilbud. I denne forbindelse ble det pekt på behov for kompetanse innen innovasjonsprosesser, implementering og endringsmetodikk, for å kunne ta i bruk ny teknologi eller nye arbeidsprosesser på en måte som bringer frem nye, hensiktsmessige løsninger og økt kvalitet. Dette gir også et behov for trening i å identifisere faktorer som påvirker en prosess både på individ- og systemnivå, og kompetanse til å identifisere gode resultatmål. For å få til det, må sykepleieren trenes i metodikk utviklet for å skape en kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedringsarbeid. Dette gjøres i mastergrader og PhD-løp i det norske utdanningssystemet. Kompleksiteten i de endringsprosessene som beskrives at spesialisthelsetjenesten står overfor, peker mot behovet for å utvikle mer avansert kompetanse hos sykepleierne. Dette ble påpekt i flere av gruppesamtalene og under referansegruppemøtene.

Gjennomgående virket aktørene svært enige om viktigheten av at sykepleiere fikk tilbud om nødvendig fagutvikling slik at de opplevde seg trygge i rollen og at faggruppen har rett kompetanse. Videre var det enighet om at standardisert oppbygging av en mastergrad for AKS, er førende for hvordan utdanningsinstitusjonene skal utforme sine utdanningstilbud, og er sentral for at tjenestene skal kunne vite hvilken sluttkompetanse en sykepleier med mastergrad i AKS har.

6.5

Strategi for å oppnå rett kompetanse for sykepleiere

Vanlige strategier for å gi sykepleiere nødvendig opplæring og oppdatering som ble beskrevet i gruppesamtaler inkluderte obligatoriske digitale kurs (e-læringsportal), tverrprofesjonelle og simuleringsbaserte kurs, fagdager og faglunsjer (både dedikert for sykepleiergruppen og felles med leger), og gjennom systematisk oppdatering av prosedyrer. De som satset på interne fagdager, hadde ofte dedikerte faggrupper som stod ansvarlig for å holde kurs i avdelingen rettet mot gitte tema. Dette kunne for

eksempel være hjerte-lunge redning, forflytning, legemiddelhåndtering, medisinskteknisk utstyr, journalføring og rapportering, nye verktøy rettet mot økt pasientsikkerhet, etc.

Kompetanseportalen fremheves i gruppesamtalene med tjenestene som et viktig verktøy for å identifisere kompetansebehov og dokumentere gjennomført opplæring, inkludert kurs. Det varierer mellom sykehus og avdelinger hvor godt dette verktøyet er tatt i bruk. Kompetanseportalen er også utviklet som verktøy for å dokumentere gjennomførte læringsmål, samt veiledning for leger i spesialisering.

Uenighetene som kom opp fra gruppesamtalene handlet i stor grad om i hvorvidt mastergrad var rett utdanningsnivå å satse på for sykepleiere ved aktuelle tjenestesteder, samt om avansert klinisk breddekompetanse like gjerne kan utvikles gjennom interne program ved helseforetaket. Slike program var ofte beskrevet som kliniske stiger eller "trainee-program".

Mastergrad versus kortere videreutdanninger

Her kom det opp særlig to ulike perspektiver på hovedformålet med videreutdanning: De som fremhevet mastergradskompetanse som viktigste strategi for å heve sykepleierfaglig kompetanse til et mer avansert nivå, og de som mente videreutdanninger må brukes til å "fylle på" og oppdatere sykepleiere fortløpende gjennom modulbaserte, kortere videreutdanninger hvor masteroppgaven inngikk som en egen modul. Begge synspunkt var til stede bredt blant aktørene, men en overvekt mente det var riktig å satse på mastergrad nå.

De som hevdet mastergrad er riktig, inkluderte i hovedsak representanter blant brukerrepresentanter, ledere, universiteter og høyskoler, sykepleiere og samarbeidene personell som fysioterapeutene. Flere av disse representantene hadde erfaring med å samarbeide med AKS eller var utdannet som AKS selv. Her ble ofte behovet for å øke kompetansen til et avansert nivå fremhevet som nødvendig utvikling av sykepleiere som faggruppe. Dette ble pekt på som et tiltak rettet mot faggruppen for å legge til rette for at faggruppen har nødvendige verktøy til å møte de overordnede behovene for omstilling og utvikling som spesialisthelsetjenesten står ovenfor. Mastergrad ble ansett som det mest egnede tiltaket for å oppnå bedre integrering av akademisk og klinisk kompetanse i faggruppen for sykepleiere i sykehus. I disse samtalene var man særlig opptatt av at dette var grunnleggende for å møte fremtidens krav til endring og omstilling. Det ble uttrykt ønske om at helseforetakene satser på utvikling av fagpersoners kritisk-analytiske evner, inkludert ferdigheter til å bidra selvstendig med kunnskapsbaserte metoder og delta i kompleks tverrfaglig problemløsning, som ledd i å utvikle praksis i tråd med ønskede mål for fremtiden.

De som var mer skeptiske til at mastergrad var rett tiltak, inkluderte blant annet ledere fra større og spesialiserte sykehus hvor man erfarte tilstrekkelig tilgang på spesialsykepleiere og annet spesialisert fagpersonale i sin avdeling. Ingen av representantene fra disse samtalene beskrev egne erfaringer fra å samarbeide med AKS. I disse samtalene ble det vektlagt at arbeidsgivere i spesialisthelsetjenesten hadde lite økonomiske midler å legge i videreutdanning for sykepleiere utenfor satsning på ABIOK, og at det var vanskelig å rekruttere sykepleiere til lange mastergradsløp, samt at mastergradskompetanse erfaringsmessig førte til at sykepleiere ville inn i administrative roller, vekk fra turnus og pasientnære oppgave. Her var fokus at arbeidsgiver heller trenger nødvendig fleksibilitet til å bygge kompetanse raskt i hele faggruppen fremfor å utvikle mastergradskompetanse hos enkelte sykepleiere. Her ble det ofte beskrevet et behov for å kunne tilby sykepleiere kortere, spissede videreutdanninger i moduler som kan bygges fleksibelt etter som kompetansebehov melder seg. For eksempel kunne dette være moduler rettet mot å styrke grunnleggende klinisk breddekompetanse, oppfølging av ustabile, multisyke pasienter (ofte foreslått som moduler rundt 30-60 studiepoeng). I disse samtalene ble det foreslått at kortere videreutdanninger kunne fleksibelt inngå som moduler i utdanningsprogram rigget på samme måte som for

spesialsykepleiere, og at masterprosjektet var en selvvalgt del man kunne ta til slutt etter ønske. Hovedpunktet for å satse på denne løsningen var å sikre raskere progresjon i kompetanseheving og at dette ville være vesentlig billigere enn toårige masterprogram (fire år som deltid). Noen få representanter satte også spørsmålsteget ved behovet for mastergradskompetanse for sykepleiere og mente det var liten klinisk nytte av dette.

Erfaringsbasert utvikling av klinisk breddekompetanse

Kliniske stiger er omfattende lokale, standardiserte opplegg som både inkluderer at sykepleieren får veiledning fra kolleger på områder og leverer skriftlige oppgaver som blir vurdert. En gjennomgående kritikk som ble løftet av kliniske stiger, var at dette kun ga lokal uttelling for sykepleieren. Denne formen for kompetanseheving er ressurskrevende, men gir likevel sykepleieren ingen formell kvalifisering slik studiepoeng og vitnemål gjør. Gruppesamtalene hvor dette kom opp, konkluderte derfor ofte med at dette ikke er en hensiktsmessig måte å utvikle kompetanse på for sykepleiere og at utdanningssystemet er å foretrekke.

Trainee-program er også lokale løsninger, men her handlet fagutviklingen i større grad om at sykepleiere som viste særlig interesse og som leder vurderte som egnet, fikk tilbud om å inngå i et halvårs- eller årsbasert utviklingsprogram hvor sykepleieren arbeidet ved ulike avdelinger i sykehuset over gitte tidsintervall. Dette ga sykepleieren en bred erfaring som styrket klinisk breddekompetanse. Etter endt program, kunne sykepleieren ønske seg til en av avdelingene ut fra egen faglig interesse. Svakheten ved disse løsningene, er at det gir kun erfaringsbasert kompetanseheving som vil være svært avhengig av det fagmiljøet som er tilgjengelig ved de ulike avdelingene.

Behov for å utvikle kompetanse på rett akademisk nivå for å kunne hente ut gevinster

Styrken ved å satse på kompetansebygging gjennom formell utdanning innenfor gradsstrukturen beskrives av flere aktører. Her løftes frem som en sentral styrke, at gjennom formell utdanning oppnås en annen type kompetanse enn det som gis gjennom interne kurs, faglunsjer eller e-læringsprogram. Sykepleiere blir gjennom formell videreutdanning, gitt mulighet til å bygge på sin ervervede kompetanse og erfaring slik at h*n oppnår et høyere kompetansenivå, samt at arenaen for læring som tilbys gjennom formell videreutdanning, ikke er begrenset til den kliniske erfaringen ved det enkelte tjenestestedet. Dette læringsmiljøet tilfører sykepleiere impulser fra andre fagpersoner og innsikt i andres kliniske praksis. Dette beskrives som at gir mulighet for å se sin egen erfaring og praksis i lys av ny kunnskap. Noe som inviterer til samlæring og nytekning blant studentene i et program. Dette kan igjen stimulere til kritisk refleksjon og fordypning på en måte som overgår det som kan oppnås gjennom kortere lokale kurs. Dette fremheves av sykepleiere og ledere som viktige gevinster av et utdanningsprogram, fremfor internt kvalifiseringsprogram.

I samtalen med universitet og høyskoler ble det av flere fremhevet et ønske om at tjenestene i større grad skulle være med på en dialog om nivået ny kompetanse burde ligge på (styrking av grunnkompetanse eller heving til mastergrad eller PhD). Det pekes på at investering i kompetanse koster uansett om det er gjennom kurs eller gradssystemet. Så et viktig premiss for at denne investeringen skal være hensiktsmessig, ligger i at man investerer i rett kompetanse som kan utløse ønskede gevinster.

Representanter fra utdanningssektoren beskrev her et ønske om at særlig strategisk ledelse i helseforetakene burde skifte fokus fra "rask kompetanse" til "rett kompetanse". I dette lå det et ønske om at det i større grad skulle vektlegges vurderinger av hva slags nivå kompetanseheving burde tilfredsstille, for at kompetansehevede tiltak skulle sette helsepersonellet i stand til å møte endrede kompetansekrav på en dokumentert måte. Et eksempel som ble gitt var at dersom man kun ønsker en sykepleier som er oppdatert på det å ta blodtrykk eller kan teste lungefunksjon i tråd med en intern rutine, trenger man selvsagt ikke mastergrad, men dette gir heller ingen nytenking eller fagutvikling eller endringskompetanse. Med dette ble det ment at dersom kompetansebehovet handler om opplæring i isolerte oppgaver, et nytt medisinskteknisk utstyr eller innføring i enkeltstående sjekklister, er interne kurs å foretrekke, men at slike kurs i liten grad møter behovet for økt omstillingsevne eller ruster sykepleiere til å kunne påta seg nye funksjoner som ledd i å få implementert mer fremtidsrettede tjenestemodeller som bedre møter behovet hos befolkningen.

Det fremheves videre at dersom helseforetakene ønsker at det som et minimum skal finnes fagpersoner blant sykepleierne i sykehusene som kan være pådrivere for å utvikle kunnskapsbasert praksis innen sine felt, kunne bidra til å innføre innovative måter å løse oppgaver på og fremstå som rollemodeller som nyutdannede sykepleiere kan strekke seg etter, må man tilby erfarne og ambisiøse sykepleiere videreutdanninger som kan kvalifisere dem til dette. Gjennomgående pekes det på at masterprogram i AKS som kompetansehevede tiltak, vil møte mange av kompetansebehovene som er hos sykepleiere og bidra til at tjenestene kan omstille spesialisthelsetjenesten i takt med de endringer man allerede opplever. Masterprogram i avansert klinisk allmennsykepleie beskrives av de som tilbyr slike program, at både rekrutterer fra spesialisthelsetjenesten i dag og dekker aktuelle kompetanseområder.

At tilførsel av sykepleiere med mastergradskompetanse har gitt flere sykepleiere som i det daglige søker og bedriver kunnskapsbasert informasjonsinnhenting for å utvikle egen praksis, ble det gitt flere eksempler på i samtaler med flere av aktørene. Videre også at AKS-kompetanse har vært viktig for å kunne omstille drift etter nye metoder og som grunnlag for at sykepleierne skal være kvalifisert til å påta seg utvidet ansvar. Det ble også gitt eksempler på at AKS-er ble brukt til å veilede kolleger, særlig nyutdannede. Her så man en generell heving av sykepleiefaglig praksis i avdelingene. Der man hadde erfaring med AKS-er så man også at det å ha en AKS ved sykehuset, inspirerte til at flere sykepleiere ønsket å sette i gang med tilsvarende videreutdanning, samt at man fikk bedre innsikt i hvordan denne kompetansen kunne brukes i sykehuset.

Utdanningssektoren peker på at å lage utdanningsprogram med klar klinisk relevans er kostnads- og ressurskrevende, både for utdanningsinstitusjonene og klinisk praksis. I Norge plikter utdanningsinstitusjoner å følge kvalifikasjonsrammeverket. Det betyr at all videreutdanning etter bachelor, skal ligge på mastergradsnivå eller høyere, og prinsipielt skal derfor slik utdanning ha endepunkt som mastergrad eller PhD. Det betyr at utdanningsinstitusjonene må ha et akademisk fagmiljø som både dekker fagområdene som etterspørres fra praksisfeltet for å gjøre programmet oppdatert og relevant, og ha akademisk kompetanse til å møte krav fra NOKUT for å tilby rett nivå på undervisere, veiledere og sensorer. Derfor krever utvikling av et klinisk relevant mastergradsprogram betydelig investering for å bygge nødvendig fagmiljø. Flere peker på at det kan være store svakheter ved et fagmiljø om dette kun er sammensatt av fagpersoner fra academia. Det beskrives som nødvendig og viktig å involvere fagressurser fra klinisk praksis, men ressursene fra klinisk praksis må også oppfylle kravet om akademisk kompetanse for at programmet skal oppfylle kravene satt av NOKUT. Dette betyr igjen at utvikling av klinisk relevante masterprogram krever at også praksisfeltet planlegger for å ha kvalifiserte fagressurser å legge i utdanningsprogrammet og at man avsetter tid til å bidra inn i utvikling av program (når klinisk kompetanse er viktig). Dette inkluderer fagressurser til undervisning og veiledning, samt å tilby praksisplasser. Det fordrer også en klar strategisk tanke fra ledelsesnivå ved helseforetakene mot å identifisere systematisk kompetansebehov som så kan spilles inn til utdanningssektoren i et tidsperspektiv som tillater utvikling eller omstilling av utdanningstilbud slik at tilbudet møter tjenestenes behov over tid.

Videre fremhever lærere ved AKS-program og andre videreutdanningsprogram, at det er viktig at sykehusene legger til rette for gjennomføring for sine ansatte. Representanter som jobber med videreutdanning generelt, sier de ser at få klinisk aktive sykepleiere makter å gjennomføre en videreutdanning uten støtte fra sin nærmeste leder. Dette handler om å bli sett og verdsatt for den innsatsen sykepleieren legger ned for å øke sin kompetanse og at kompetansen som sykepleieren bygger er ønsket og viktig, at det gis tid til å fordype seg, inkludert praktisk tilrettelegging av turnus og fri til å delta på samlinger. Til slutt handler det også om opplevelsen av at kompetansen planlegges brukt i avdelingen etter fullført videreutdanning.

Det finnes eksempler på at oppgaver er delegert til sykepleiere fra for eksempel leger gjennom intern opplæring og at økt samhandling er oppnådd gjennom dedikerte utviklingsprosjekt uten å tilføre ny eller avansert kompetanse. Dette brukes av noen som eksempel på at spisset og oppgaveorientert kompetanse, kan oppnås gjennom lokale tiltak. En viktig styrke her er at kompetansehevingen kan gå relativt raskt.

Andre fremhever at dersom hensikten er å utvikle praksis mot nye og mer innovative tjenestemodeller, kreves tverrfaglig samarbeid, og at man nå må satse på bygging av avansert kompetanse som oppnås gjennom mastergradsprogram. Dette vil være mer fremtidsrettet da det gir en kompetanse som kan benyttes fleksibelt på tvers av settinger ut fra behov, og ikke låses til en gitt prosedyre eller rutine som vil bli utdatert ettersom utviklingen går fremover.

Et flertall peker på at endringskompetanse og omstillingsevne sikres best gjennom mastergrad og etter hvert PhD-kompetanse, men det må ha klinisk relevans og kan ikke fjerne fagressurser fra pasientnært arbeid. Særlig representanter fra tjenestene (både ledere, rådgivere ved fagavdelinger og sykepleiere), Norsk sykepleieforbund og utdanningsinstitusjonen etterspør tydelig strategisk arbeid ved hvert sykehus og i de regionale helseforetakene, rettet mot hvordan man skal sikre at avansert kompetanse (mastergrad og PhD) blir brukt målrettet i klinisk arbeid.

Tabell 4 gir eksempler som ble løftet av flere av aktørene i gruppesamtale på ønskede effekter fra kompetansehevede tiltak sammen med forutsetninger ved kompetansen som skal utvikles, og om dette sannsynlig dekkes gjennom mastergrad i AKS og/eller som en kortere videreutdanning (30-60 studiepoeng). I henhold til kvalifikasjonsrammeverket har alle videreutdanninger som bygger på fullført bachelor, læringsutbytter som ligger på mastergradsnivå. Sluttkompetanse tilsvarende mastergrad kan kun oppnås etter fullført mastergradsprogram (120 studiepoeng). I eksemplene i tabell 4, er dette lagt til grunn.

Tabell 4 Ønskede effekter fra kompetanseheving, forutsetninger ved kompetansen som utvikles og utdanningstilbud

Ønskede effekter og mål	Type kompetanse og forutsetning for effekt	Mastergrad - AKS	Videre-utdanning 30-60 sp
Økt kapasitet til å bemanne intermedieposter/senger. Redusert bruk av intensivsenger / reinnleggelser på intensiv.	Avansert vurderings- og beslutningskompetanse rettet mot akutt syke pasienter i alle aldre og med sammensatte lidelser.	X	Innenfor avgrenset klinisk område
Avansert oppfølging gis av sykepleier med spesialisert kompetanse (kan inkludere delegert medisinsk oppfølging, nye tjeneste modeller ut fra lokale behov)	Som over + avansert kompetanse innen tverrfaglig samarbeid, selvstendighet til å drive fagutvikling og kunnskapsbasert praksis, trygghet i rollen.	X	Innenfor avgrenset klinisk område / prosedyre

Omstilling av pasientforløp for å implementere teknologisk nyvinning (planlegge, gjennomføre og evaluere)	Teknologisk forståelse. Kompetanse innen endringsmetodikk, koordinering, innovasjon og tverrfaglig samarbeid. Har en klinisk rolle som kan lede endringsarbeid knyttet til implementering av ny teknologi.	Krever sannsynlig spisset innhold mot aktuelle tjeneste-steder	-
Økt tilgang på endringskompetanse / drive endringsprosesser rettet mot kvalitetsarbeid.	Kompetanse innen forsknings- og endringsmetodikk, koordinering, innovasjon og tverrfaglig samarbeid. En klinisk rolle som kan drive målrettet endringsarbeid knyttet til pasientforløp.	X	-
Økt systematisk samhandling både innad i sykehuset og på tvers av tjenestenivå, eksempelvis realisere målsetninger gitt av Helsefelleskapene	Krever tverrsektoriell forståelse, kompetanse innen forsknings- og endringsmetodikk, koordinering, innovasjon og tverrfaglig samarbeid. En klinisk rolle som kan drive systematisk endringsarbeid knyttet til pasientforløp.	X	Innenfor avgrenset klinisk område / forløp

Implementering av teknologiske løsninger er av flere beskrevet som krevende og at innebærer systemforståelse og tverrfaglig samarbeid som gjør det mulig å kritisk vurdere om og hvordan en løsning kan best utnyttes i en klinisk prosess. Flere peker på at kompetanse innen implementering og bruk av teknologi sannsynlig må læres ut fra en gitt klinisk setting. Dette taler for at man må spesialisere denne kompetansen inn mot for eksempel sykehus og at dette må tas høyde for i utviklingen av et utdanningstilbud. Dette kan være en utfordring i mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie i dag siden det i formålsparagrafen styres mot behovene i primærhelsetjenesten.

6.6

Ønsker for et utdanningsløp og utvikling av utdanningsprogram

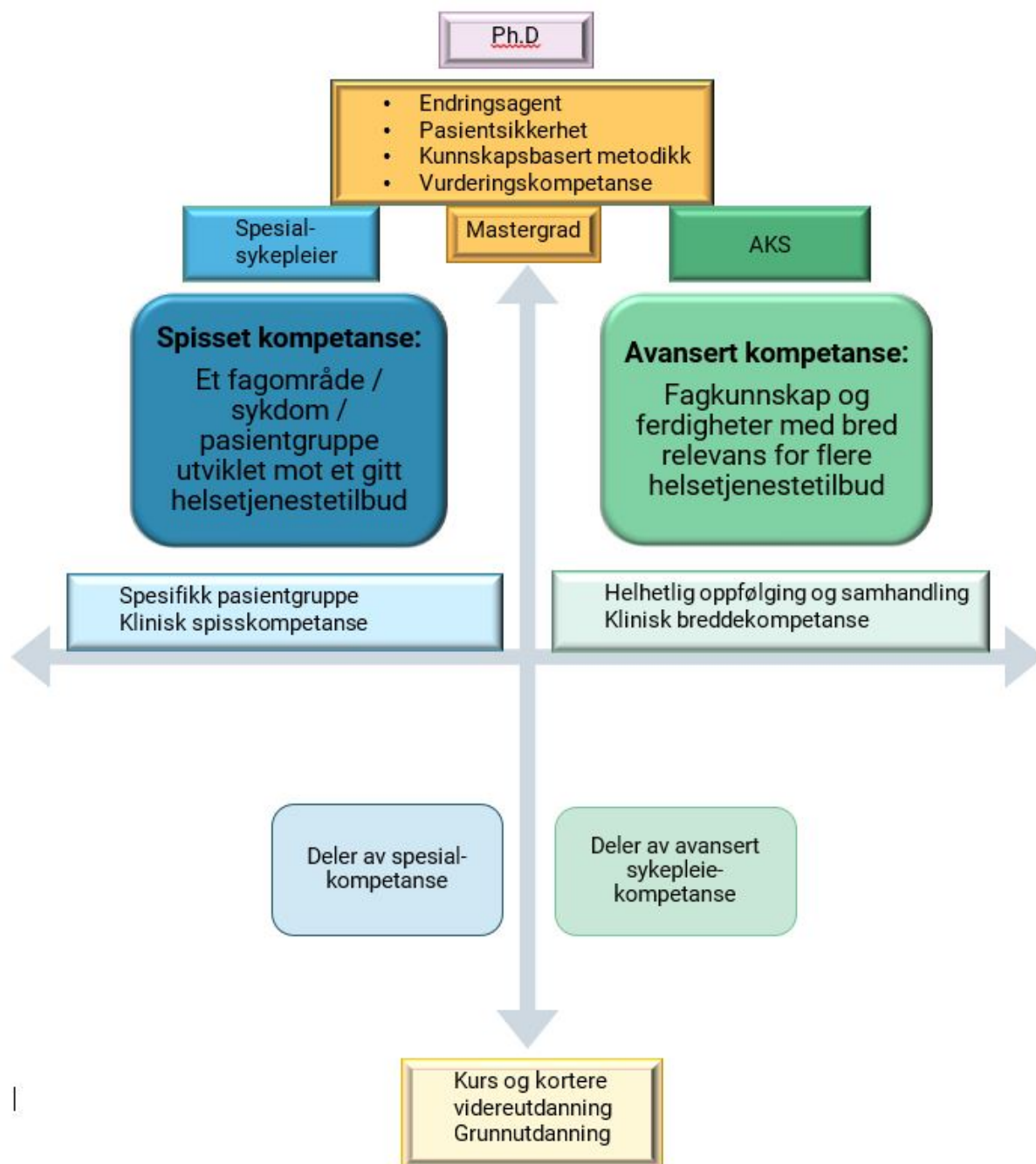
Eksempler på ønsker for utdanningstilbudet og studieprogram

I alle gruppesamtalene spurte vi etter beskrivelser av kompetansebehov og utdanningstilbud som kan møte behovene hos sykepleiere ved aktuelle tjenestesteder i sykehus. Generelle forutsetninger for at videreutdanning anses som egnet tiltak var:

- All videreutdanning må utvikles med mål om å møte behov for kompetanse identifisert i klinisk praksis. Dette oppnås som følge av tett samarbeid mellom tjenestene og utdanningssektoren.
- Utdanningen må kvalifisere til kliniske roller, kompetansen må bli brukt i pasientnært arbeid.
- Masterutdanning i klinisk avansert allmennsykepleie må gi mulighet for selvvalgt fordypning identifisert ut fra behov i den avdelingen eller sykehuset som studenten er rekruttert fra.

- Klinisk erfaring vil styrke sykepleierens læringsprosess og anses som en fordel.

Figur 1 viser en modell som er utledet basert på innspill fra gruppesamtaler og referansegruppemøter. Modellen skisserer ønsket om bredde i videreutdanningstilbudet. Aksene illustrerer bredden videreutdanningen må fordele seg rundt for å møte behovet for spisset og generell kompetanse på ulike akademiske nivå.



Figur 1 Bredde og dybde i videreutdanningstilbudet fordelt over ulike akademiske nivå ut fra klinisk funksjon og kompetansebehov

Den vannrette aksene viser at kompetanseheving for sykepleiere i sykehus strekker seg fra behovet for fordypning innenfor et spisset kompetansefelt, typisk rettet mot et spesialistområde (ABIOK), pasientgruppe eller diagnose på den ene siden. Til den andre siden hvor behovet er avansert kompetanse spesielt utviklet for å treffe bredt i klinisk praksis og lede til en generalistkompetanse, eksemplifisert som AKS. Dersom man velger å satse på svært spisset kompetanse, vil gevinster typisk handel om forbedret

pasientoppfølging for pasienter med en gitt diagnose eller i forbindelse med en gitt behandling eller tilstand. Dersom man velger å satse på generalistkompetanse gjennom områder innenfor AKS, er det bred fleksibilitet i hvor kompetansen vil være nyttig. Avansert klinisk breddekompetanse er sentral for å gjøre AKS bredt relevant i sykehuset. Mastergrad i AKS gir sterkest kompetansegrunnlag til å jobbe for helhetlig oppfølging av pasienter på tvers i sykehuset og systemforståelse til å fremme samhandling generelt.

I den nedre delen av koordinatsystemet viser den mindre lysegrønne og lyseblå ruten at omfanget i oppnådd kompetanse er mindre sammenlignet med i den øvre delen. I tillegg er spesialkompetansen eller sykepleiekompetansen som oppnås svakere ved at kun deler oppnås.

Akademisk nivå på utdanningen vises ved den loddrette aksene. All videreutdanning skal bygge på grunnutdanningen. Aksene strekker seg fra kurs og kortere videreutdanninger til mastergradsutdanning som kvalifiserer til PhD-løp. Det nedre sjiktet av akademisk nivå, vil gi gevinster knyttet til styrking av etablerte roller, tilførsel av oppdatert kompetanse og økt trygghet for sykepleieren i nye, avgrensede oppgaver. I det øvre sjiktet vil gevinster være at man tilføres ny og mer avansert kompetanse som skaper endringsagenter og økt selvstendighet, gir avansert kompetanse til å øke pasientsikkerheten gjennom praksisutvikling, styrker evne til å ta i bruk kunnskapsbaserte metoder, og styrker sykepleierens vurderingskompetanse både i pasientrettet arbeid og som del av fagutvikling.

I eget møte med representanter fra Helse Sør-Øst (HSØ) ble det pekt på behovet for å kunne utvikle kompetanse hos ansatte fleksibelt. Fleksibilitet ble eksemplifisert gjennom muligheten til å bygge på kortere videreutdanninger som moduler, slik at den ansatte oppnådde gradvis mer avansert kompetanse innenfor et felt, men var ikke nødvendigvis avhengig av å følge et bestemt studieløp. Utfordringen med en slik modell er å sikre at kompetansen som det bygges på, ikke er utdatert før neste modul settes i gang. Et annet forslag til økt fleksibilitet var å bygge videreutdanninger på lesten til spesialsykepleiere med avstigning etter 60 og/eller 90 studiepoeng. Utfordringen med en slik modell, er at dette kan utfordre sluttkompetansen som AKS, jf. tidligere utredning (Helsedirektoratet, 2017, 2019).

HSØ ser også behovet for videreutdanning spisset mot å øke kompetansen hos sykepleiere som jobber i akuttmottak. Her ble det beskrevet at en fagspesifikk masterutdanning med avstigning ved 90 studiepoeng, kan sikre tilstrekkelig dybde og spissing av kompetansen tilpasset denne kliniske settingen og at tjenestene har fleksibilitet til å velge om mastergrad er nødvendig i alle tilfeller. Sykepleiere med slik fagspesifikk kompetanse vil kunne jobbe i team med AKS. AKS-kompetansen alene ble ansett som i noen tilfeller som for lite spisset til å gi tilstrekkelig dybde for gitte kliniske problemstillinger i akuttmottaket. Dette ble særlig påpekt at er en følge av at tilgjengelige AKS-mastergradsprogrammer i dag, styres mot allmennsykepleie og kompetansebehov som etterspørres i kommuner. Det pekes også på som utfordrende at valgfrie fordypninger ikke møter behovet for spisset kompetanse relevant for sykehuset i tilstrekkelig grad innenfor det som tilbys ved aktuelle masterprogram i avansert klinisk allmennsykepleie i dag. Dette kan presse frem behovet for egne fagspesifikke videreutdanningsprogram utviklet for spesialisthelsetjenestens behov på et gitt felt.

6.7

Behov for rollemodeller og karrierevei

Fra tjenesten ble det beskrevet at ved mange sykehus hadde fagutvikling ved sengeposter og poliklinikker vært nedprioritert fordi sykehusene ikke har hatt økonomiske midler til å gi sykepleiere utdanningsstøtte eller avsette midler til å sette inn vikarer når en sykepleier trenger fri til å delta i samlinger, eksamen eller andre studieaktiviteter. Dette ble spesielt beskrevet som en utfordring ved mindre lokalsykehus.

I alle gruppesamtalene ble det pekt på utfordringer ved høy turnover og svake fagmiljø. Dette inkluderte særlig mangel på rollemodeller og et fagmiljø som ikke ga trygghet til uerfarne sykepleiere. Fra

gruppesamtalene med tjenestene kom det frem at ved avdelinger hvor sykepleierne samarbeider godt internt, har bred og oppdatert kompetanse i faggruppen, og formidler gode kliniske observasjoner, kunne man se at dette også virket ressursbesparende for andre faggrupper. Et eksempel var at når sykepleierne kunne bedre støtte hverandre i komplekse sykepleiefaglige vurderinger, behøvde de i mindre grad å henvende seg til legene. Da kunne man unngå unødvendige henvendelser til legene som i sin tur kunne fokusere uforstyrret på sine oppgaver. Her ble det også løftet frem at etter omstillinger i helseforetakene hvor man har fjernet støttepersonell som merkantile stillinger, har man noen steder sett en uheldig dreining mot at annet fagpersonale må gjøre disse administrative oppgavene. Dette stjeler tid fra pasientoppgaver og reduserer effektiv oppgaveløsning.

Ledere og sykepleiere beskriver at noen steder opplever nyutdannede sykepleiere manglende faglig støtte, særlig på kvelds- og nattevakt, og i helger. Dette kan være en stor stressfaktor og noen ledere har opplevd at nyutdannede sykepleiere har sluttet ved avdelingen på grunn av at disse sykepleierne opplever at de må ta for stort ansvar for raskt.

Flere sykepleiere og ledere har i gruppesamtaler pekt på at de opplever det noen steder som at det oppover i organisasjonen, er en holdning om at sykepleiere ved sengeposter ikke behøver kompetanseheving gjennom videreutdanning, og i alle fall ikke mastergrad eller doktorgrad. Dette kan oppsummeres slik:

Sykepleiere og ledere i sykehus: Det er behov for tiltak som øker statusen for de som "bare jobber" på sengeposten. For pasientenes skyld må det gjøres noe som hever statusen for dette arbeidet. Sykehusene må innse at de ikke har råd til å miste de ambisiøse sykepleierne. Det er de som vil ta mastergradsutdanning. Her må det satses, og disse må gis stillinger hvor nyervervet kompetanse utnyttes til å skape bedre og mer effektive tjenester. Det vil vi tjene på, på lang sikt.

Noen av sykepleierne som opplever at de ikke får brukt kompetansen sin i virksomheten, beskriver dette slik:

Sykepleiere i sengeposter og poliklinikker: Det er behov for en kulturendring. Dersom ledere hadde vært klarere på hva man trenger sykepleiere med masterkompetansen til, kunne man utvikle stillinger hvor man tar i bruk avansert sykepleierkompetanse på sengeposter og poliklinikker. Da ville man fått utnyttet denne avanserte kompetansen til å skape bedre tjenester for pasientene og økt det faglige nivået på sykepleien.

I alle gruppesamtalene ble det påpekt at en forutsetning for kvalitet i tjenestene er at fagpersoner opplever å ha riktig og nødvendig kompetanse for å gjøre jobben sin. Dette gjør at man føler seg trygg og da gir man "det lille ekstra" når det behøves, man søker utvikling og man bidrar i arbeidsmiljøet på en god måte. Det fremstod i samtalene som at aktørene var enige om at opplevelsen av å være faglig kompetent, fører til arbeidsglede og kan redusere turnover.

Sykepleiere og ledere som jobbet ved sengeposter beskrev en hverdag preget av høy arbeidsbelastning. Her mente mange at en karrieremulighet mot spennende oppgaver og utvidet ansvar, ville bidra til at sykepleiere ønsker å bli lengre på sengeposten. Særlig ledere var opptatt av at dette ville gi bedre fagmiljø fordi man ville bevare erfaring i avdelingen. Dette var viktig fordi det ga bedre grunnlag for å ta imot nyansatte, flere rollemodeller og mindre ressurser vil behøves til rekruttering og å "fylle hull i turnusen". Flere ledere mente også at det å kunne vise til at avdelingen hadde AKS-roller og at dette var en karrieremulighet, er en fordel i rekrutteringsøyemed.

Ved spørsmål i gruppesamtalene om hvordan man kunne rigge en slik AKS-rolle, kom det opp flere forslag. De fleste handlet om at AKS-rollen måtte ha en egen stillingsbeskrivelse med særskilte ansvarsområder knyttet opp mot pasientoppfølging og veiledning, samhandling, kollegaveiledning og

fagutvikling. Dette motvirker uro som følge av uklare grenseoppganger knyttet til ansvar og myndighet mot andre faggrupper også. Videre løftet flere nytten av å ha AKS-er i kombinasjonsstillinger både på tvers av avdelinger internt, sektorer og mellom sykehus og utdanningsinstitusjon.

Et enkeltstående forslag gitt i en gruppesamtale, var knyttet til bruk av kombinasjonsstilling mellom sykehus og utdanningsinstitusjon. Her så man for seg at AKS-en kunne ha ansvar inn i utdanningsprogrammet og i avdelingen fordelt som i en turnus. AKS-en kunne fylle sin stilling som AKS i sykehuset gjennom vakter hvor h*n fungerte som faglig ressurs ved tider det ellers var få spesialister tilgjengelig til å støtte sykepleierne. Hovedansvaret kunne da være knyttet til å lede sykepleierteam eller at AKS-en gikk "på toppen" og ble tilkalt av sykepleiere når en pasient behøvde særlig avansert sykepleieroppfølging. Stillingsdelen tilknyttet utdanningsinstitusjonen kunne legges til dagtid og her kunne AKS-en fungere som underviser/veileder/sensor. AKS-en kunne ha undervisning som foregikk på sykehuset for studenter i praksis eller man brukte sykehusets arenaer til undervisning i videreutdanningsprogram. Dette ble påpekt som en fordel dersom fulltidsreformen gir overtallighet på dagtid, samt gi en svært tett kobling mot klinisk praksis i alt man gjorde.

6.8

Rollen som sykepleier med avansert klinisk breddekompetanse og gevinstrealisering

Gjennomgående ble det pekt på viktigheten av å tilby sykepleier med AKS-kompetanse en stilling som beskrev funksjon og ansvarsområder etter endt utdanning. Dette ble sett på som en forutsetning for å realisere gevinster og målsetninger hvor faglig funksjon og kompetanse var del av virkemidlene. Dersom endret kompetanse ikke ble etterfulgt av endrede oppgaver ga dette svake rammer for endring og utvikling, og førte stort sett til at sykepleiere som hadde tatt videreutdanning så seg om etter en arbeidsplass hvor kompetansen ble verdsatt. Det var også nødvendig at ved innføring av AKS-rolle, ble det gitt rammer som la grunnlag for endret sykepleiepraksis. Slike rammer var dedikerte ansvarsområder hvor AKS-kompetansen skulle brukes, samt et tverrfaglig miljø hvor AKS-en kunne utvikle seg, støttet av mentorordninger. Dette la til rette for at AKS-en kunne gå fra novise til ekspert på sitt felt. Dette ble særlig fremhevet av sykepleiere og ledere som arbeidet i helseforetak hvor de hadde innført AKS-roller.

Eksempler på særlige roller og ansvar aktuelle for avansert klinisk sykepleier i sykehus

Sykepleiere som hadde oppnådd AKS-kompetanse beskrev at utvidet ansvar og funksjon gjennom stilling som AKS var viktig motivasjonsfaktor for å bli i sykehuset.

Det ble gitt flere eksempler på utvidede funksjoner og ansvarsområder som kan følge etter kvalifisering som AKS og mulige gevinster dette kan gi både for sykehuset og/eller avdelingen, for pasientoppfølging, helse og tilfredshet, og for fagmiljøet til sykepleierne og ønske om å bli i jobben for den aktuelle sykepleier. Eksemplene samsvarte godt med beskrivelser fra faglitteratur og forskning.

Kompetansebehov hos sykepleiere i sykehus

Dette kapittelet beskriver Helsedirektoratets vurderinger knyttet til kompetansebehov for sykepleiere i sykehus, særlig knyttet til sykepleier som arbeider ved sengepost, i poliklinikk, dagbehandling, ambulante team og hjemmesykehus.

7.1

Sammendrag

- Kompetansebehovet i sykehus er i endring fordi oppgaver og ansvarsområder utvikles ut fra endringer i befolkningens behov for helsetjenester, endringer i behandlingsformer, pasientforløp og metoder, samt teknologisk og annen medisinsk utvikling. Dette er utviklingstrekk som vil fortsette i fremtiden. Investering i utvikling av ny og avansert kompetanse kan være et tiltak som bidrar til å gi nødvendig sykepleiekompetanse og mobilisere denne arbeidskraften i framtiden.
- Få muligheter til kliniske karriereveier for sykepleiere ved vanlige sengeposter, dagenheter og i poliklinikk, kan bidra til at særlig erfarne og ambisiøse sykepleiere søker seg vekk fra avdelingene. Dette kan tappe fagmiljøet for viktig kompetanse og bidra til økt turnover.
- Sykepleiere som faggruppe må ha mulighet til å bevare bredden i den sykepleiefaglige kompetansen fra sin grunnutdanning, samt kontinuerlig oppdatering knyttet til utstyr, rutiner og prosedyrer.
- Avansert klinisk sykepleiekompetanse (AKS) kan bli viktig i sykepleiergruppen for å møte en hverdag som preges av stort mangfold og bredde i kliniske problemstillinger og pasientbehov. Særlig i oppfølging av pasienter med komplekse behov og ved akutt eller alvorlig sykdom, samt som supplement i tverrfaglige team og som styrking av kompetanse innen koordinering og samhandling. Dette gjelder særlig ved sengepost, i poliklinikk, dagbehandling, ambulante team og hjemmesykehus.
- Det kan være en styrke for kvalitetsforbedringsarbeidet å involvere AKS som jobber pasientnært i arbeid med å indentifisere og teste områder i klinisk praksis.
- AKS brukes i kliniske og pasientnære oppgaver innenfor sykepleietjenesten, men har også kunnet understøtte oppgavedeling etter lokale behov og ønsker.
- Det er sannsynlig at ABIOK-utdanning vil fortsette å være attraktivt og rekruttere godt, selv om man åpner for AKS-kompetanse i sykehus.
- Videreutdanningstilbud i avansert klinisk allmennsykepleie kan være relevant for sykepleiere i sykehus generelt og ved de nevnte tjenestestedene spesielt.

7.2

Kompetansekartlegging og -planlegging

Arbeidet med kompetansekartlegging og planlegging for faggrupper beskrives av representanter fra HF/RHF-ene som noe helseforetakene satser på og jobber med. Arbeidet som gjøres med kompetanseplanlegging er under utvikling, så Helsedirektoratet har ikke hatt tilgang til denne informasjonen som del av utredningen. I gruppesamtaler med tjenestene pekes det på at kompetanseplanlegging på avdelingsnivå, vil være et viktig verktøy for å sikre rett

kompetansesammensetning ved den enkelte avdeling på både kort og lang sikt. Dette vil også bidra til å sikre at sentral kompetanse legges opp så det er tilgjengelig hele døgnet der dette kreves.

Et viktig verktøy som flere fremhever i forbindelse med å møte behovet for faglig oppdatering, er Kompetanseportalen. Kompetanseportalen er flere steder et viktig verktøy i arbeidet med å gi ansatte nødvendige interne kurs. Flere ledere og sykepleiere peker på at ikke alle sykehus unnytter potensiale i dette verktøyet til det fulle per i dag, men at det gjennomgående er et fokus på å få til en større bruk av Kompetanseportalen i alle helseforetakene. Særlig representanter fra fag og forskningsavdelinger ved de regionale helseforetakene fremhever at Kompetanseportalen kan brukes til å samle informasjon om kompetansesammensetning i en faggruppe og kompetansebehov hos den individuelle sykepleier. Dette kan igjen legge til rette for at lederen og sykepleieren kan finne frem til individuelt tilpassede kompetanseplaner, inkludert valg av kursing og eventuell videreutdanning.

7.3

Fagmiljø og karrierevei

Endringer i befolkningens behov for helsetjenester, sammen med stadig teknologisk og medisinsk utvikling, gir endring i oppgaver som sykepleietjenesten må håndtere i sykehus. Dette er også utviklingstrekk som vil fortsette å prege sykepleietjenesten i sykehus i fremtiden. Videre stilles det krav til ledere om at sykepleietjenesten skal være effektiv. Dette har gjort at for særlig sykepleiere som jobber ved sengeposter, kreves det kompetanse til å møte pasienter med et stort mangfold og bredde i kliniske problemstillinger som speiles i komplekse pasientbehov. I tillegg er det økende antall pasienter med alvorlig sykdom og/eller pasienter med uavklarte kliniske problemstillinger som mottar hjelp i fra spesialisthelsetjenesten. Dette er hovedargumenter for at det er behov for avansert sykepleiekompetanse ved særlig sengepost, poliklinikk og dagenheter.

Representanter som jobber i lederstillinger eller som fagsykepleier ved store, regionale sykehus beskriver at man her ofte har tilgang på mer spesialisert og avansert kompetanse i faggruppen sammenlignet med mindre, lokalsykehus. Dette medfører at fagutvikling ivaretas lettere gjennom erfaringsutveksling eller gjennom hospitering internt på sykehuset. Sånn sett er det mulig at det er et særlig behov for bredere og mer avansert fagutviklingstilbud for sykepleiere som jobber ved sengepost, poliklinikk og dagenheter på mindre sykehus og/eller avdelinger hvor sykepleierne i større grad kun har grunnutdanning som kompetansenivå.

Riksrevisjonen (2019) beskriver hvordan høy turnover av sykepleiere, gjør at noen avdelinger i sykehus bruker mye ressurser på å lære opp nye. Disse avdelingene har utfordringer med å bygge sterke fagmiljøer for sykepleierne. Videre er det pekt på at ved sengeposter finner man ofte en stor andel nyutdannede sykepleiere. For å gi nyutdannede sykepleiere økt trygghet i egen rolleutvikling i et arbeidsmiljø som fremmer mestring og gode faglige holdninger, er det behov for mentorordninger, kollegaveiledning og faglig sterke rollemodeller. Noen beskrev slike rollemodeller som "faglige fyrtårn".

Representantene fra tjenestene som vi snakket med, peker på at det mange steder er få kliniske karriereveier ved vanlige sengeposter, dagenheter og i poliklinikk som gir endret ansvar og nye utfordringer innenfor pasientrettede oppgaver og klinisk virksomhet. Flere fremhever at som sykepleier ved disse tjenestestedene, er mulighetene for karriereutvikling ofte begrenset til fagutviklingssykepleier eller leder. Flere representanter fra tjenestene mener at dette kan gjøre at ambisiøse og erfarne sykepleiere som ønsker nye utfordringer, søker overføring til andre avdelinger, administrative stillinger eller slutter ved sykehuset. Dette bidrar til å holde turnover høy ved noen avdelinger og kan tappe avdelingen for kompetanse. Oppsummert beskrives avansert klinisk sykepleiekompetanse av flere aktører som nødvendig kompetansehevendetiltak for å bygge et fagmiljø som møter fremtidig krav til tjenesten, samt for å utvikle rett kompetanse til å gi helhetlig og avansert sykepleie. Det understrekes

også av flere sykepleiere at det ikke er snakk om et ønske om å ta over oppgaver fra andre fagprofesjoner som for eksempel legeoppgaver, men et kompetansehevende tiltak for å sikre faglig forsvarlige sykepleie tilpasset en mer avansert sykepleiertjeneste.

Noen av sykepleierne og lederne vi snakket med opplever manglende annerkjennelse av behovet for avansert sykepleiekompetanse ved vanlige sengeposter og i poliklinikk. Dette kan gi sykepleierne ett inntrykk av å være mindre verdsatt sammenlignet med for eksempel spesialsykepleiere. Disse sykepleierne og lederne peker også på at bedriftsintern opplæring ofte er det mest brukte kompetansehevende tiltaket rettet mot denne delen av sykepleietjenesten. Dette beskrives som utilstrekkelig for å møte kompetansen som behøves i møte med nye og mer avanserte sykepleieoppgaver og at dette må suppleres av formell videreutdanning for å skape robuste sykepleiefaglige arbeidsmiljø ved en avdeling. Flere av representantene i referansegruppen etterspør videre en økt satsning på å utvikle kliniske karriereveier som målrettet tar i bruk avansert sykepleiekompetanse for å utvikle hele sykepleiertjenesten i tråd med de endringer man ser i spesialisthelsetjenesten generelt. Noen av representantene mener det mangler anerkjennelse av behovet for å utvikle sykepleiere med avansert, sykepleiefaglig kompetanse (særlig mastergrad) ved vanlige sengeposter, poliklinikker og dagenheter, fra blant annet de regionale helseforetakene. Fra særlig ledere ved større regionale sykehus fremheves det at kombinasjonen av bedriftsinterne kurs og kortere videreutdanningstilbud, har lenge vært brukt som tiltak for å utvikle sykepleiekompetansen i sykehus. Dette løftes frem som et mer tidseffektivt tiltak sammenlignet med et mastergradsløp som AKS. Lederne mener dette har fungert særlig godt der tjenestene har vært tett involvert i utvikling av det aktuelle videreutdanningstilbudet, for eksempel gjennom kombinasjonsstillinger. Dette har sikret at ledelsen i sykehuset har vært sikker på den kliniske relevansen av videreutdanningen, og sykepleierne som gjennomfører utdanningen har fått kvalitetssikret og dokumentert sin fagutvikling.

Jobbtilfredshet, engasjement i jobben, opplevd mestring og ønsket grad av autonomi, er vist å sammenfalle med lav intensjon om å skifte jobb for sykepleiere, samt bidra til økt pasienttilfredshet (De Simone et al., 2018; Sasso et al., 2019). En oversiktsartikkel som ser på funn fra flere studier peker på engasjement knyttet til egen karriere som viktig for hvorvidt sykepleieren blir værende i stillingen som sykepleier (Flinkman et al., 2010). Manglende kliniske karriereveier eller få muligheter til lønnsutvikling, samt stress og moralske kvaler som følge av opplevde utilstrekkelige rammer for god sykepleieutøvelse, er sentrale faktorer som fører til at sykepleiere trer ut av sykepleierrollen. Dette tyder på at det er både forskningsmessig grunnlag og erfaringskunnskap som tilsier at kliniske karriereveier for sykepleiere kan være et viktig virkemiddel for å beholde sykepleiere i klinisk arbeid for helseforetakene.

Situasjonsbeskrivelsen (kapittel 3) fra denne utredningen peker på at kompetanseutvikling er effektivt som tiltak for å beholde og sikre tilgang på sykepleiere i sykehusene. Helsedirektoratet mener derfor at investering i kompetanse og utvikling av ny kompetanse for sykepleiere i sykehus som jobber ved sengepost, i poliklinikk, dagbehandling, ambulante team og hjemmesykehus, kan være et tiltak som bidrar til å sikre sykehusene tilgang på nødvendig sykepleiekompetanse og kan mobilisere arbeidskraft i framtiden. Eventuelle kostnader til kompetanseutvikling og kompetanseheving, må ses i sammenheng med forventede gevinster av styrket faglighet. Dette kan for eksempel bety bedre tjenester til pasientene, samt realisering av målsetninger om økt samhandling, omstilling og effektiv bruk av teknologiske løsninger.

7.4

Kompetanseutvikling og kompetanseheving som tiltak rettet mot kvalitetsforbedring

I veileder om [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) er nødvendig fagkompetanse en viktig del av det å gjennomføre kvalitetsforbedring. Kompetanse hos fagpersonale som inkluderer ferdigheter til å identifisere og arbeide systematisk med områder for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet, er viktig forutsetning for å lykkes med å skape forbedring. I samtaler med tjenestene beskrives det at det er gjort et stort arbeid for å skape både holdninger og forståelse rundt hvordan man skal bedre pasientsikkerheten i sykehuset generelt og i hver avdeling. Det legges også stor vekt på å ha oppdaterte prosedyrer og rutiner for behandlinger/forløp, utstyr og dokumentasjon. Disse tiltakene beskrives som gode og relevante, men ikke tilstrekkelig til å gi avansert kompetanse i kunnskapsbasert praksis. Masterkompetanse hever kritisk-analytiske ferdigheter og setter sykepleieren i stand til å anvende kunnskapsbasert metodikk til å gjennomføre systematiske analyser for å identifisere bedre løsninger for pasienthåndtering og sykepleieutøvelse. I avdelinger hvor sykepleietjenesten er sentral for pasientsikkerheten og kvalitet, vil det sannsynligvis være en styrke om man kan involvere sykepleiere med klinisk relevant masterkompetanse, eksempelvis kan dette være en AKS. Helsedirektoratet tror det kan være en styrke at sykepleiere med avansert kompetanse arbeider pasientnært når de skal indentifisere og teste ut områder for kvalitetsforbedring. Dette vil også gjøre at sykepleiere med masterkompetanse arbeider tett med vanlige sykepleiere, som kan bidra til både erfaring- og kunnskapsoverføring.

Oppsummert kan man si at faglig oppdatering for sykepleiere beskrives som at ofte møtes gjennom bedriftsinterne kurs eller i kombinasjon med interne kurs og kortere, formelle videreutdanninger. Flere av representantene fra sykehusene som Helsedirektoratet har snakket med beskriver at helseforetaket har særlig satset på kurs for å forbedre sider ved pasientsikkerheten i sykehuset og for å utvikle gode "onboarding-program" for å ta imot nyutdannede sykepleiere. Særlig de større regionale sykehusene og universitetssykehus har også tilbud om simuleringsbaserte øvelser, samt kliniske stiger eller trainee-program for erfarne sykepleiere. Kompetansebehov som strekker seg utover det som dekkes internt, beskrives av representantene fra tjenestene som tilstrekkelig dekt innenfor dagens videreutdanningstilbud for sykepleiere. Dette sammenfaller godt med funn fra tidligere utredning (Helsedirektoratet, 2017).

Kompetanse og kompetanseutvikling er viktige tiltak for å øke pasientsikkerheten og kvalitet generelt, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og veileder om [ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Videre er rett kompetansesammensetning pekt på i NHSP 2020 – 2023 som forutsetning for nødvendig omstilling av spesialisthelsetjenesten i møte med fremtidens krav til gode helsetjenester for pasientene. Fagutviklingen som tilbys sykepleiere ved sengepost, i poliklinikk, dagbehandling, ambulante team og hjemmesykehus må legges opp så bredden i fagområdene favnes og kompetansenivået dekkes i tråd med endrede eller nye oppgaver og ansvar.

Siden befolkningens behov for spesialisthelsetjenester er i endring og helsetjenestene endres av medisinsk og teknologisk utvikling, er det en forutsetning for kunnskapsbaserte tjenester at disse endringene speiles i tilgjengelig kompetanse i sykepleiergruppen i hele sykepleietjenesten i sykehus. Ut fra gruppesamtaler med aktørene varierer det mellom avdelinger og mellom sykehus, hvor stor satsning det er på kompetanseheving rettet mot sykepleiere som jobber ved vanlige sengeposter, poliklinikker og dagenheter. Begrenset økonomisk spillerom og presset tilgang på sykepleiere ved avdelingene, beskrives som faktorer som kan bidra til prioritering av driftshensyn på bekostning av satsning på bred fagutvikling for sykepleierne som jobber ved de nevnte tjenestestedene. Flere ledere beskriver i gruppesamtalene at bedriftsinterne kurs ikke er tilstrekkelig alene når man skal utvikle fagkompetansen i sykepleiergruppen til å dekke metodikk innen kvalitetsforbedring. Det gis eksempler på at man ser slike ferdigheter hos sykepleiere med klinisk masterkompetanse. Bedriftsintern kursing alene gir også få impulser fra miljø utenfor sykehuset. Inspirasjon og innsikt fra andre fagmiljø beskrives som viktig for blant annet innovasjon og nytenkning, samt nettverksbygging og økt samhandling. Representantene beskriver videre erfaringer med at helseforetakene ønsker å prioritere tilbud om formell videreutdanning innenfor ABIOK-utdanning, fremfor annen videreutdanning rettet mot for eksempel avansert klinisk breddekompetanse. Dette kan da oppleves som at kompetansebehov ved sengeposter, poliklinikk og dagenheter ikke vektlegges i samme

grad som for avdelinger som trenger spesialsykepleierkompetanse. Helsedirektoratet er enig i at det er sentralt at helseforetakene vektlegger rekruttering til ABIOK-utdanning, men ser samtidig at det kan være uheldig for kvaliteten på sykepleietjenesten generelt om det ikke også avsettes midler til kompetansehevede tiltak ved for eksempel vanlige sengeposter, poliklinikker og dagenheter.

7.5

Oppdatering og utvikling av grunnleggende sykepleiekompetanse

Klinisk breddekompetanse fremheves bredt blant aktørene som et område som må oppdateres for å sikre kunnskapsbasert og faglig forsvarlig sykepleie. Oppsummert kan vi si at alle sykepleiere har klinisk breddekompetanse, men denne utredningen og tidligere utredningsarbeid (Helsedirektoratet, 2017, 2019) viser at det er en distinksjon mellom det som 1) oppnås i grunnutdanningen og må følges oppdateres, og 2) avansert klinisk breddekompetanse som må bygges eller utvikles for å gjøre sykepleiere kompetente til en sykepleieutøvelse på et faglig avansert nivå. Dette utdypes mer i vedlegg 4.

Helsedirektoratet mener at sykepleiere som faggruppe, i tillegg til kontinuerlig oppdatering knyttet til utstyr, rutiner og prosedyrer, må ha mulighet til å bevare bredden i den sykepleiefaglige kompetansen fra sin grunnutdanning. Dette vil kunne bidra til at sykepleiere som faggruppe kan fortsette å møte pasienten forsvarlig, kunnskapsbasert og helhetlig. Det er også ønskelig med økt bruk av tverrfaglig team og samarbeid (NHSP 2020-2023). Det vil være en styrke for slike tverrfaglige team at alt fagpersonale som inngår, jobber kunnskapsbasert og har oppdatert kompetanse på hele sitt fagområde.

For å sikre at sykepleiefaglig bredde dekkes i klinisk breddekompetanse, kan det være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i et kvalitetssikret rammeverk spesielt utviklet for sykepleiere. NS 6510, norsk standard for Systematisk og kunnskapsbasert faglig oppdatering av autoriserte sykepleiere i kommunehelsetjenesten er publisert april i år (Standard Norge, 2021). Dette rammeverket er utviklet for å dekke bredden i kompetanseområder som bør være oppdatert for at sykepleiere til enhver tid skal kunne jobbe faglig forsvarlig. Helsedirektoratet tror områdene og tiltakene som beskrives i denne standarden er relevante også for sykepleiere som jobber i spesialisthelsetjenesten ved aktuelle tjenestesteder.

7.6

Avansert klinisk sykepleiekompetanse

Representanter fra utdanningsinstitusjonene understreker at bachelorutdanning er, i henhold til Kvalifikasjonsrammeverket, ikke ment å sikre avansert sykepleiekompetanse. Dette tilhører andre syklus og oppnås gjennom fullført mastergrad. Flere representanter fra referansegruppen uttrykker frustrasjon over at endringer i spesialisthelsetjenesten mot mer avanserte og komplekse sykepleiefaglige problemstillinger, ikke naturlig følges av en anerkjennelse av behovet for avansert klinisk sykepleiekompetanse på masternivå. På en annen side påpekes det av andre representanter at i sykehus har man ofte tilgang på faglig spisset kompetanse gjennom andre faggrupper og at en løsning kan også være å utnytte denne kapasiteten bedre i form av tverrfaglig samarbeid. Helsedirektoratet tror begge perspektiv er riktig. Det er viktig at faggruppene har nødvendig kompetanse til å løse oppgaver og ansvar som tilfaller dem, og det er behov for økt tverrfaglig samarbeid for å gi gode, helhetlige tjenester.

Kompetansesammensetning hos sykepleiere som faggruppe ved aktuelle tjenestesteder er en viktig forutsetning for hvorvidt avdelingen er rustet til å møte komplekse behov hos den enkelte pasient på en god måte og krav om omstilling i spesialisthelsetjenesten. I kapittel 6 listes konkrete faglige temaer som

kobles til behovet for avansert kompetanse, samt generelle kompetanseområder som pekes på som særlig viktig å utvikle som del av avansert klinisk sykepleiekompetanse.

Denne utredningen har blant annet pekt på at tiltak som fremmer økt grad av samhandling og helhetlige pasientforløp, er nødvendig for å møte befolkningens behov for helsetjenester. I denne forbindelse peker særlig representantene fra pasient- og brukerorganisasjonene på pasientenes behov for at noen får et tydelig ansvar for koordinering av helsehjelpen pasienten skal motta i avdelingen på sykehuset. Dette inkluderer et ansvar for å opprettholde helhet og sammenheng ut fra behovene pasienten og pårørende har på det aktuelle tidspunktet pasienten er i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette krever en pasientnær rolle. Flere beskriver at sykepleiere har dette som en del av ansvarsområdet i dag. Der det beskrives som utfordrende å sikre god sykepleiefaglig utøvelse av denne rollen, er når kompleksiteten i pasientbehovene overskrider kompetansen som oppnås gjennom grunnutdanning og fra intern opplæring. Da er det også vanskelig for sykepleieren å fungere godt i tverrfaglige team som opprettes for å møte denne pasientgruppens behov.

Områder som fremheves på tvers av aktørene som viktig at styrkes til avansert nivå for sykepleietjenesten ved sengepost, i poliklinikk, dagbehandling og hjemmesykehus for å øke omstillingsevne og møte fremtidige krav til tjenesten er:

- Kompetanse til å følge opp og gi kunnskapsbasert sykepleie til pasientgrupper med særlig komplisert sykdomsbilde, økt sårbarhet og/eller sammensatte behov.
- Kompetanse til å arbeide for økt brukermedvirkning og øke helsekompetansen hos brukere, pasienter og pårørende i klinisk arbeid.
- Kompetanse til å drive frem og inngå i samhandling på tvers av tjenestenivåer og mellom behandlingstilbud, inkludert tverrfaglig samarbeid.
- Kompetanse til å omstille og oppdatere praksis ut fra teknologisk og medisinsk utvikling, bidra til innovasjon, inkludert implementering av ny arbeidsmetodikk, tjenestemodeller og oppgaver.
- Kompetanse til å bidra til og inngå i endringsprosesser, både faglige og organisatoriske ut fra lokale behov.

7.7

Tiltak for å utvikle avansert klinisk sykepleiekompetanse

Grovt oppsummert kan man si at kompetansehevende tiltak som benyttes i dag inkluderer:

- Hospitering og undervisningsaktiviteter knyttet til faglige tema/områder (for eksempel fagdager, faglunsj, team med ansvar for gitte tema/områder)
- Bedriftsinterne kurs og større opplæringsprogram, inkludert som ledd i kvalifisering til nye kliniske oppgaver eller delegert ansvar (for eksempel via digital plattform, simulering, klinisk stige, "on-boaring av nyansatte")
- Formelle kliniske videreutdanninger av kortere varighet (typisk på inntil 60 studiepoeng)
- Formell videreutdanning til mastergrad (120 studiepoeng)

Disse tiltakene brukes enkeltvis eller i kombinasjon ut fra lokale vurderinger og strategisk satsning.

Bedriftsinterne løsninger som beskrives som relevante tiltak i møte med behov for avansert klinisk sykepleiekompetanse, fremstår som utviklet for å styrke deler av klinisk breddekompetanse, samt utformet for å gi trygghet til å gjøre klart avgrensede oppgaver i en bestemt klinisk kontekst. Det er uklart om dette gir avansert klinisk sykepleiekompetanse eller kun kompetanse til å utføre avgrensede oppgaver med

høyere kompleksitet. Bedriftsinterne kurs kan sies at brukes til å kvalitetssikre en etablert klinisk praksis. Det fremstår som mindre egnet kompetansehevende tiltak for å møte behov for omstilling og utvikling av nye tjenestemodeller eller gi nye kliniske karriereveier. Det er samlet sett delte synspunkter på om bedriftsinterne løsninger er tilstrekkelig for å oppnå avansert klinisk sykepleiekompetanse eller om avansert må forstås som en referanse til det akademiske gradssystemet og representerer en heving av et samlet sett av kompetanseområder fra bachelor til masternivå.

Uavhengig av synspunkter på utdanningstilbud, peker flere på at avdelingene må uansett ha kompetansehevende tiltak for sykepleiere som både treffer behov på kort og lang sikt, gir rom til å gjøre individuelle tilpasninger ut fra motivasjon hos sykepleierne selv for fagutvikling og hensyntar rammevilkår for drift. Figur 1 oppsummerer vurderinger som understøtter oppdatering av grunnleggende sykepleiekompetanse og utvikling av avansert sykepleiekompetanse med referanse til kompetansehevende tiltak som benyttes i dag.

Figur 2 Oppdatering og utvikling av sykepleiekompetanse



Mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie

Avansert klinisk allmennsykepleie er spesielt innrettet for å øke sykepleieres kompetanse i klinisk, pasientnært arbeid og bygger på grunnutdanningen for sykepleiere. For å møte pasienter med sammensatte lidelser og komplekse behov på en effektiv og kunnskapsbasert måte fremheves behovet for avansert klinisk breddekompetanse hos sykepleieren. Dette oppnås etter mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie. Utredningen viser at det er igangsatt lokale initiativ ved sykehus for å ta i bruk avansert klinisk sykepleiekompetanse kvalifisert etter oppnådd mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie.

Kompetanseområdene som etterspørres for avansert klinisk sykepleie i sykehusene ved sengepost, poliklinikk, dagenhet, ambulante team og hjemmesykehus, sammenfaller i stor grad med behovene som ble sett for kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2017, 2019). Forskrift om nasjonal

retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie er spesielt utviklet for å møte disse kompetansebehovene i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. En avansert klinisk allmennsykepleier har avansert kompetanse innenfor:

- Vurderings- og handlingskompetanse innen kliniske områder
- Avansert kompetanse og fordypning innen kliniske områder
- Teknologi og digitale løsninger
- Samhandling og koordinering
- Endringsprosesser og fagutvikling
- Forbedringsmetodikk og innovasjon
- Forskning

Innspill fra utdanningsinstitusjonene og tjenestene som har tatt i bruk AKS, peker på at felles utdanningsprogram i avansert klinisk allmennsykepleie som utvikles for å møte overlappende kompetansebehov i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, kan stimulere til innovasjon, samhandling og vekt på helhetlige sykepleietjenester på tvers av sektorer. Dette gir også mulighet for at kompetansen kan rekrutteres på tvers av sektorene, noe som kan gi flere kliniske karriereveier for sykepleiere generelt, samt kunne øke kjennskap og systemforståelse på tvers av sektorene gjennom erfaringsutveksling. Dette forutsetter imidlertid at særlig lokal og sentral ledelse i sykehusene ser at utdanningsprogrammet er klinisk relevant og nyttig. Drammen sykehus og Universitet i Sørøst-Norge har over flere år samarbeidet for å utvikle masterutdanning i avansert klinisk sykepleie med dette målet for øye. Hvordan dette samarbeidet er utviklet er beskrevet i kapittel 4. Representanter fra tjenestene i referansegruppen har også understreket at klinisk relevans kan styrkes ved at studenter (sykepleier) i samarbeid med arbeidsgiver får velge fordypningsområde og klinisk relevant problemstilling for mastergradsprosjektet ut fra identifiserte, lokale kompetansebehov og målsetninger. Videre at utdanningsinstitusjonene legger til rette for at allerede gjennomførte videreutdanning kan gis innpass som del av utdanningsplanen til den enkelte student. Utdanningsinstitusjonene har systemer for dette i dag.

Helsedirektoratet tror på bakgrunn av en samlet vurdering at videreutdanningstilbud i avansert klinisk allmennsykepleie kan være relevant for sykepleiere i sykehus generelt og ved de nevnte tjenestestedene spesielt. Nytte og omfang av slik kompetanse kan avgjøres ut fra lokale behov. Det ligger til arbeidsgiveransvaret å vurdere om slik kompetanse er nødvendig for å sikre riktig og forsvarlig kompetansesammensetning.

Behov for tilpasning av mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie

I dag er forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie eksplisitt rettet mot å styrke kvaliteten på helse- og omsorgstjenester i kommunene. Det er viktig at behovene for kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten møtes. Behovet for avansert klinisk allmennsykepleiere i denne sektoren er stort, jf. Kompetanseløft 2020 og 2025. Dersom man velger å inkludere spesialisthelsetjenesten i formålet for mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie på lik linje med helse- og omsorgstjenester i kommunene, kan dette understøtte at utdanningsprogrammene videreutvikles i et samarbeid som likestiller kompetansebehovene i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Slik formålet er utformet i forskriften nå, vil utdanningsinstitusjonene kun være forpliktet til å møte kompetansebehov i helse- og omsorgstjenester i kommunene. For eksempel kan det være at dagens mastergradsprogram for avansert klinisk allmennsykepleie ikke favner kompetansebehovene i spesialisthelsetjenesten innenfor teknologisk utvikling. Det er uklart fra gjennomgangen av utdanningsprogrammene hvorvidt løsninger og verktøy som er særlig aktuelle i sykehus er dekt. Utdanningsinstitusjonene i referansegruppen har uttrykt at de ser positivt på en slik endring av forskriftens formål i arbeidet med å videreutvikle mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie.

En annen forutsetning for fremtidsrettet og klinisk relevant mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie, er at tjenestene er med å bygge fagmiljøet som behøves for å dekke fagområdene i utdanningsprogrammet. En mulig positiv følge av et slikt samarbeid er at det inviterer til samlet innsats fra utdanningssektoren og tjenestene for å definere AKS-rollen og kompetansen som skal utvikles. Dette vil sannsynlig underbygge at dette er en masterutdanning som kvalifiserer til pasientrettet arbeid i klinisk virksomhet og at avansert klinisk sykepleiekompetanse kommer til nytte for pasientene. Da kan man unngå at dette blir en mastergradutdanning som i hovedsak leder sykepleiekompetansen vekk fra klinisk virksomhet.

7.8

Kritiske innspill til innføring av mastergrad og AKS

En bredt sammensatt referansegruppe og dedikerte gruppesamtaler med sentrale aktører er brukt som virkemidler for å innhente innspill, erfaringer og synspunkter på behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus. Aktørene har selv oppnevnt representantene som har inngått i referansegruppen.

Få mener det er behov for flere masterprogram rettet mot sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. De som beskriver ønske om nye videreutdanninger, beskriver for eksempel ønske om videreutdanninger innen svært spesialiserte tema eller gitte pasientgrupper. Flertallet fremhever at dette ikke er nødvendig og fastholder at videreutdanningstilbudet som finnes i dag er tilstrekkelig så lenge programmene utvikles i samråd med tjenestene mot å sikre nødvendig fleksibilitet og klinisk relevans. Her har representantene som kjenner AKS-kompetansen godt, pekt på at mastergrad i allmennsykepleie er relevant. Representantene som var mindre kjent med AKS-kompetansen ved oppstart av utredningen har uttrykt at de nå ser relevans av dette videreutdanningstilbudet ved sengeposter, i poliklinikk, dagenhet, ambulante team og hjemmesykehus, samt i akuttmottak. Samtidig har flere pekt på at mastergrad er krevende å utvikle med støtte fra arbeidsgiver, særlig på grunn av tiden som må investeres og at mastergradsutdanning ofte medfører økte lønnsutgifter. Hvorvidt mastergradstilbud skal være normen for hvordan avansert klinisk sykepleie utvikles og om denne kompetansen skal lede til nye ansvarsområder eller klare AKS-roller i sykehus, er det derfor uenigheter om, men et flertall av representantene fra tjenestene er tydelige på at de ser nytten av å ha muligheten til å utvikle AKS-kompetansen dersom lokale behov tilsier det.

Innspill på rapportutkast

Som ledd i utredningen ble utkast til rapporten fremlagt referansegruppen. Vi fikk positiv respons fra referansegruppens representanter med unntak av Legeforeningen. Legeforeningen trakk seg fra referansegruppearbeidet etter å ha blitt forelagt rapportutkastet. Helsedirektoratet forstår det som at de er særlig kritiske til at utredningen ikke gir en konsekvensanalyse av en eventuell bred implementering av AKS i sykehusene opp mot eventuelle følger for andre yrkesgrupper enn sykepleiere. Helsedirektoratet forstår det som at det her er særlig snakk om uro rundt potensielle følger dersom innføring av AKS-kompetanse medfører endring av ansvarsområder og oppgavedeling.

På nåværende tidspunkt er det ingen omforent eller enhetlig forståelse av hvilken rolle en AKS skal ha og/eller hvordan AKS kan/skal brukes i helse- og omsorgstjenestene, spesielt ikke for spesialisthelsetjenesten. Dette gjør at det har vært umulig å angi presist hvilke ansvar eller oppgaver som bør tilfalle en AKS eller angi et antall på hvor mange AKS som eventuelt vil være hensiktsmessig ved en

avdeling. Utredningen har følgelig ikke kunnet gi en komplett konsekvensanalyse for andre yrkesgrupper, men peker på mulige konsekvenser ut fra forskningslitteratur og erfaringer gjort ved noen utvalgte tjenestesteder som har etablert AKS-rolle. Her peker funnene mot at det er flere positive konsekvenser for både pasienter og samarbeidene faggrupper, men at spørsmål om oppgavedeling kan medføre uro. Det ligger til arbeidsgiveransvaret å vurdere om en slik rolle er formålstjenlig å innføre for å sikre riktig og forsvarlig kompetansesammensetning i sykepleiertjenesten.

Oppgavedeling kan skape uro og utrygghet. Dette er en kjent problematikk og belyst av Helsedirektoratet blant annet i rapporten [Oppgavedeling - Utarbeidelse av opplegg for pilotprosjekter](#) (Helsedirektoratet, 2014a). Det er relevant for den nåværende utredningen å trekke frem to hovedpoeng fra denne rapporten. For det første peker rapporten på at endrede arbeidsoppgaver ofte gir endrede kompetansebehov som igjen etterfølges av opplærings- eller utdanningstiltak. Fra denne utredningen kan dette sies å gjelde endringer i oppgaver for sykepleiere som gjør at kompetanse innen avansert klinisk sykepleie etterspørres. For det andre gir rapporten eksempler på at motsetninger mellom profesjoner kan være et hinder for endret oppgavedeling. Dette er også beskrevet i denne utredningen fra forskning- og faglitteratur som en utfordring ved innføring av AKS-roller. Det understrekes at denne utredningen ikke foreslår endret oppgavedeling mellom for eksempel leger og sykepleiere med AKS-kompetanse i sykehus.

Etablering av AKS i kommunene utløste også kritikk knyttet til uavklarte forhold mellom for eksempel fastlegenes og AKS-enes ansvarsområde i pasientoppfølging. Dette fremstår imidlertid som at har løst seg ettersom konkrete, lokale løsninger er etablert. I disse prosessene har det vært viktig å forankre beskrivelsen av AKS-rollen i det tverrfaglige miljøet, både med hensyn til grenseoppganger rundt ansvar og myndighet, og hvordan AKS-kompetansen best utnyttes til å skape bedre tjenester til pasientene. Her er klare stillingsbeskrivelser pekt på som viktig verktøy.

Innspill fra sentral ledelse i de regionale helseforetakene

Helsedirektoratet har vært i dialog med sentral ledelse i RHF-ene som ledd i å forankre behovsbeskrivelser og mulige kompetansehevende tiltak hos tjenestene. Fra dialogen forstår Helsedirektoratet det som at RHF-ene er enige i at spesialisthelsetjenesten trenger faglig dyktige og oppdaterte sykepleiere som er trygge i sin yrkesutøvelse. RHF-ene er imidlertid kritiske til om AKS-kompetanse er rett tiltak. RHF-ene fremhever også at det nå jobbes med å identifisere kompetansebehov for sykepleiere i helseforetak som del av NHSP 2020-2023. Den nåværende utredningen har ikke hatt tilgang til HF-enes kompetansekartlegging siden dette fortsatt er under utarbeidelse.

Sentral ledelse i RHF-ene uttrykker en uro knyttet til hvorvidt utvikling av AKS-kompetanse vil få uheldige følger for utvikling av ABIOK. Utredningen har i oppdragsbeskrivelsen at den skal avgrenses mot ABIOK. Helsedirektoratet har hele veien påpekt at ABIOK-utdanning skal fortsatt være høyt prioritert ved sykehusene og at AKS-kompetansen må komme som et supplement til spesialsykepleiere. Sentral ledelse ved RHF-ene er likevel urolige for at en eventuell satsning på AKS-kompetanse i sykehus kan gi en uheldig vridning av rekruttering til AKS-utdanning på bekostning av rekruttering til ABIOK. Utredningen viser at AKS-utdanning har rekruttert fra spesialisthelsetjenesten fra start, men uten synlig effekt på rekruttering til ABIOK-utdanning. Det er dermed ikke kjent i dag at AKS-utdanning rekrutterer på bekostning av ABIOK-utdanning, men dette kan selvsagt ikke utelukkes som en fremtidig konsekvens dersom for eksempel AKS-utdanning vokser i omfang. Helsedirektoratet mener likevel at ABIOK har hatt stabil rekruttering over tid og vist seg som en attraktiv karrierevei for sykepleiere. Det er sannsynlig at dette vil bestå uavhengig av tilbud om AKS-utdanning.

Videre er sentral ledelse ved RHF-ene kritiske til å inkludere spesialisthelsetjenesten i formålet til forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. Dette oppfattes som at

mastergradstilbudet for sykepleiere utøkes. Noe som ikke anses som nødvendig eller ønskelig. En hovedkritikk her er knyttet til erfaring fra at mastergradskompetanse har ledet sykepleiere inn i administrative stillinger og vekk fra pasientnært arbeid i sykehus, samt at dette medfører kostnader knyttet til kompetanseutvikling og mulig økte lønnsutgifter. Her etterspør sentral ledelse ved RHF-ene om det er vurdert innføring av økonomiske støtteordninger for AKS-utdanning tilsvarende det som finnes for kommunene for spesialisthelsetjenesten.

Utredningen viser at AKS-utdanning er utviklet for å møte kliniske kompetansebehov innen avansert sykepleie og AKS-kompetansen brukes i pasientnært arbeid. Fordi AKS-roller ikke er en etablert stillingsbetegnelse, har det ikke lyktes Helsedirektoratet å samle data som viser hvordan AKS-kompetansen anvendes i sykehus i dag på nasjonalt nivå. Det er derfor isteden gitt eksempler som er innhentet via referansegruppen, inkludert deler av stillingsbeskrivelser. Det er også gitt beskrivelser av hvordan AKS-rollen har utviklet seg internasjonalt etter litteraturgjennomgang. Det er i denne informasjonen indikasjon for at AKS-kompetanse bør kvalifiseres gjennom mastergrad for å sikre lik kompetanse og troverdighet til AKS-kompetansen. Gjennomgående beskrives AKS som en klinisk sykepleierrolle med pasientnære oppgaver. En komplett økonomisk og administrativ analyse er ikke mulig å gjøre for Helsedirektoratet med nåværende informasjon om AKS-rollen i sykehus. Ved siden av at rollen ikke er definert, er det for eksempel ikke kjent for oss om man kan forvente økonomiske gevinster eller effekter for pasienten i form av bedret helse eller redusert død. Mulige gevinster sett ut fra forskning og erfaring, samt erfaringer fra administrative og økonomiske konsekvenser er gitt i rapporten. Eventuelle virkemidler for tilrettelegging av utdanningsløp ligger utenfor dette utredningsoppgaget.

Sentral ledelse ved RHF-ene uttrykker også et sterkt ønske om å styre innholdet i hvordan kompetanse utvikles for sine faggrupper, og at dette gjøres i dag gjennom bedriftsinterne kurs og program. Dersom utvikling av avansert sykepleiekompetanse overlates utdanningsinstitusjonene uttrykkes det en uro for at dette gir for stor vekt på akademiske ferdigheter på bekostning av klinisk kompetanse. Det understrekes videre at fagutvikling gjøres i tverrfaglige team slik at høy grad av selvstendighet til å igangsette og drive fagutvikling er mindre sentral kompetanse for sykepleiere.

Utredningen peker på nødvendigheten av at tjenestene involveres i utvikling av utdanningstilbud for å sikre høy relevans. Det er også etablerte kanaler for dette i dag. Hvorvidt bedriftsinterne kurs eller program er egnet til å utvikle AKS-kompetanse, har ikke inngått i denne utredningen. Generelt kan det sies at regjeringens satsning på kompetanse peker mot formell videreutdanning som et sentralt virkemiddel for å utvikle ny og fremtidsrettet kompetanse i tråd med samfunnets behov (Meld. St. 7, 2019-2020; Meld. St. 13, 2011–2012; Meld. St. 14, 2019-2020). Videre er behovet for mastergradskompetanse beskrevet i det tidligere utredningsarbeidet som sentralt for å oppnå sluttkompetanse tilsvarende AKS (Helsedirektoratet, 2017, 2019). Denne utredningen bekrefter dette behovet, men peker også på uenigheter som finnes blant aktørene på dette området. Innholdet i mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie er i dag regulert i forskrift. En eventuell endring av vilkårene her, vil ligge til Kunnskapsdepartementet og RETHOS. Det er også videreutdanningstilbud innenfor deler av AKS-kompetansen. Det er kjent at noen HF benytter dette tilbudet i dag. Det ligger til RHF-enes ansvarsområde å vurdere hvilke kompetansehevende tiltak som er formålstjenlig å ta i bruk lokalt.

Sentral ledelse ved RHF-ene peker også på utfordringer som kan oppstå dersom innføring av AKS-kompetanse utløser spørsmål om oppgavedeling. Dette beskrives som et mulig hinder for å innføre AKS-kompetanse og at det er ønskelig at dette kommer frem i utredningen. Rapporten beskriver forhold knyttet til oppgavedeling særlig gjennom forskning og faglitteratur. Siden det ikke er snakk om å gi AKS utvidet myndighet i Norge og eksempler på oppgavedeling er gitt fra etablerte tilbud, er ikke konflikter som følge av oppgavedeling fremhevet i samtaler med referansegruppen. En konsekvensanalyse av oppgavedeling som følge av innføring av AKS-kompetanse i sykehus ligger utenfor rammene til denne utredningen.

Prinsipielle, økonomiske og administrative vurderinger av kompetansehevende tiltak

I rapporten fra 2017 om videreutdanning av sykepleiere blir det gitt en beskrivelse av de umiddelbare administrative-, utdanningsmessige- og økonomiske konsekvensene. Mye av det som ble beskrevet da er fremdeles gjeldene. Selv om Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie har trådt i kraft[1], er AKS-rollen fremdeles under utvikling i Norge og det er p.t ingen omforent eller enhetlig forståelse av hvilken rolle en AKS skal ha og/eller hvordan AKS kan/skal brukes i helse- og omsorgstjenestene. De AKS-ene som i dag har definerte roller har i stor grad vært drivere for å skape sine arbeidsoppgaver og ansvarsområder selv, med varierende grad av tilrettelegging fra arbeidsgiver. Det vil derfor ta tid før man kan gjøre undersøkelser som direkte går på å kvantifisere effekten AKS-kompetansen tilfører den norske helsetjenesten.

Internasjonalt er det gjort estimeringer av eventuelle økonomiske gevinster av AKS-kompetansen/rollen (Fagerström, 2019; Maier et al., 2017), men det er knyttet mye usikkerhet til disse beregningene. Blant annet er mye av de økonomiske effektene/gevinstene knyttet opp mot graden av selvstendighet disse sykepleieren har i sitt virke, herunder henvisningsrettigheter, sykepleiedrevne klinikker og mulighet til å gjøre selvstendige pasientkonsultasjoner. I Norge er det ikke p.t gitt egne utvidede rettigheter til sykepleiere med mastergrad i avansert klinisk sykepleie/ avansert klinisk allmennsykepleie. Det er heller ikke gitt noen særskilte rettigheter i forbindelse med spesialistgodkjenning for sykepleiere med mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie. Helsedirektoratet mener derfor at det på nåværende tidspunkt ikke er mulig å gjøre liknende beregninger på hjemlige forhold.

På generelt grunnlag har vi fått opplyst av Helse Sør-Øst at kostnader til utdanningsstillinger beregnes etter følgende utregning: 100% årslønn for sykepleier med 4 års ansiennitet x 1,4 i 2 år. Det ganges med 1,4 for å ivareta noen sosiale kostnader, men ikke alle. Dersom man legger tall fra 2020 til grunn, utgjør årslønn med 4 års ansiennitet 429000 kr. Man kommer da ut med en beregnet kostnad på 1 201 200 kr for å sende en sykepleier igjennom et videreutdanningsprogram (mastergradsløp).

Da Helsedirektoratet i 2017 foreslo å opprette en ny utdanning med fokus på avansert klinisk breddekompetanse som skulle være spesielt innrettet mot behovene i de kommunale helsetjenestene, ble dette begrunnet blant annet i den demografiske utvikling, endringen i helsetjenestene som følge av Samhandlingsreformen m.m. Samfunnstrendene beskrevet da er i stor grad gjeldene i dag, og godt beskrevet i flere steder i denne rapporten. Den globale pandemien (SARS-Cov-2) som utspiller seg nå, har vist utfordringene ved å basere seg på mye bruk av utenlandske vikarer og viktighetene av at Norge utdanner nok sykepleiere, men kanskje enda viktigere at det arbeides strategisk med at sykepleieren faktisk velger å bli i yrket og har kompetansen som etterspørres i tjenestene.

En erfaring beskrevet av representantene med tilgang på AKS-kompetanse, er at AKS-er kan inngå i en beredskap av personale som raskt kan læres opp i nye rutiner. Dette ble særlig klart etter erfaringer fra arbeidet med pandemien. Underveis i utredningsarbeidet har Helsedirektoratet fått beskrivelser av at AKS-er har vært effektivt omdisponert til å støtte blant annet akutt- og intensivsykepleiearbeid i perioder med lokale utbrudd og kriseberedskap. AKS-ens avanserte kliniske breddekompetanse og innsikt i kunnskapsbasert metodikk, er pekt på som viktig forutsetning for at slik rask opplæring er mulig. Trygghet, erfaring og formell kompetanse til å utvise slik fleksibilitet og omstillingsevne, er beskrevet som viktig for å møte fremtidige krav til sykehus.

Den nasjonale retningslinjen for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie ble opprettet som er svar på beskrevne udekte behov i den norske helse- og omsorgstjenesten generelt, og i de kommunale

helse- og omsorgstjenestene spesielt. Det ble allerede da påpekt at den kompetansen sykepleierne ervervet gjennom denne utdanningen også ville være svært nyttig i spesialisthelsetjenesten, herunder sengeposter, poliklinikker, dagbehandling, ambulante team og hjemmesykehus.

Som følge av Helsedirektoratets anbefalinger i rapporten av 2017 og opprettelsen av ny nasjonal retningslinje med "tilhørende" spesialistgodkjenning, pågår det nå arbeid ved flere av universitetene og høyskolene for enten å omarbeide sitt eksisterende utdanningstilbud i AKS, eller opprette helt nytt AKS masterprogram, som skal oppfylle kravene fastsatt i den nasjonale retningslinjen. Dette er programmer som er beskrevet som dyre å drifte og utdanningsinstitusjonene vil ha begrenset mulighet for å drifte to liknende programmer parallelt. Det er også tvilsomt om det vil være stort nok rekrutteringsgrunnlag av sykepleiere til to adskilte program. I tillegg vil spesialisering av AKS-kompetansen mot henholdsvis de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten kunne hindre ønskede effekter knyttet til gjensidig forståelse, grunnlag for samhandling og samarbeid, samt gi enda høyere trykk på praksisfeltet som skal bistå med praksisplasser og veiledere ved institusjoner som kan tilby relevante praksisplasser på tvers av aktuelle utdanningsprogram innen AKS.

Helsedirektoratets anbefalinger vil for utdanningsinstitusjonene innebære at det ikke skal være behov for å utvikle nye mastegradsprogrammer i avansert klinisk breddekompetanse, men at det skal legges til rette for at selvvalgt fordypning og masterprosjekt sikrer relevans for aktuelle tjenestested.

Innføring av sykepleiere med AKS-kompetanse ved enkelte avdelinger på sykehusene kan føre til noe lønnsglidning for arbeidsgiver. Spørsmålet her vil da være om de positive effektene av denne kompetansen/rollen beskrevet i rapporten vil veie opp for eventuelle høyere lønnsutgifter. Da det fremdeles er et fåtall AKS som jobber i spesialisthelsetjenesten i dag, har vi ikke grunnlag for å kostnadsberegne dette. Det er i midlertidig vist i flere studier og gjennom gruppesamtaler (kapittel 4, 6 og 7) at det å ha muligheten til å heve kompetansen, som igjen gir økt faglig trygghet i yrket, er viktige faktorer for å motivere og beholde personalet. Det er derfor rimelig å anta at disse funnene også vil gjelde ved en eventuell dedikert innføring av AKS kompetansen/rollen i norsk spesialisthelsetjeneste.

Helsedirektoratet mener derfor at å benytte virkemidler rettet mot tjenestene kan være formålstjenlig da utdanningstilbud antas at vil bli etablert om tjenesten etterspør kompetansen og rekrutteringsgrunnlag til utdanningsprogrammet sikres. I spesialisthelsetjenesten er det et kjent virkemiddel å benytte utdanningsstillinger for å rekruttere til spesialsykepleiere. For ABIOK finansieres dette over rammebevilgninger og gir en stabil tilførsel av kompetanse. Som insentiv for å satse på utvikling av AKS-kompetanse, kan utdanningsstillinger være et effektivt tiltak, men grunnet mangel på særlig AIO, må ikke eventuelle utdanningsstillinger rettet mot AKS, konkurrere med etablerte ordning for ABIOK. Dette kan organsinners som en tilskuddsordning som tjenesten kan søke på om de kan dokumentere gitte forutsetninger:

- Tjenestestedet har utviklet en stillingsbeskrivelse som angir funksjon og ansvar som AKS-utdanning kvalifiserer til.
- Sykepleieren og arbeidsgiver har signert avtale om at sykepleieren kan etter endt utdanning tre inn i aktuelle stilling.
- Tjenestestedet har etablert mentorordning som vil støtte sykepleieren gjennom utdanningen og ved oppstart av AKS-rollen.
- Gevinster med implementering av AKS-rollen er identifisert sammen med en plan for implementering og hvordan gevinster skal måles.

Øvrige faktorer som kan påvirke hvor god effekt/utnyttelse av/på tjenestene AKS-kompetansen kan gi avhenger også av fagmiljøet rundt denne sykepleieren. For optimal utnyttelse av denne kompetansen bør tilgjengelighet gjennom døgnet vurderes. Representantene i referansegruppen påpekte at for å skape et fagmiljø bør det minimum være tre AKS-er på tjenestestedet. Tjenestestedet ble da utdypet som en avdeling, senter eller klinikk ved større, regionale sykehus, og som hele sykehuset ved mindre

lokalsykehus hvor fagkompetanse letter samarbeidet på tvers av avdelingsstruktur. Beregningen av hvor mange AKS man trenger avhenger derfor av størrelsen på sykehus samt vaktordning/turnus på aktuelle tjenestested der AKS-en skal ha sin funksjon.

For å legge til rette for videre nasjonal monitorering av utvikling og bruk av AKS-kompetansen, vil det være nyttig om det legges til rette for at kompetansen og eventuell ny sykepleierrolle angis med dedikert benevnelse som kan brukes til å hente data til analyseformål.

Samlet sett svarer videreutdanningene godt på tjenestenes behov for spesialsykepleiere i spesialisthelsetjenesten, og dekker i tillegg jordmødre og helsesøstres ansvarsområder i kommunene. Det kan være at innføring av akuttmedisin som egen legespesialitet, sammen med teknologisk og medisinsk utvikling, vil øke behovet for spesialisert og spissert kompetanse for sykepleiere som jobber i akuttmottak og legevakt i fremtiden, og at dette vil strekke seg utover det som oppnås gjennom en fordypning i mastergradsprogram i avansert klinisk allmennsykepleie. Dette har man sett i blant annet Storbritannia. Per i dag finnes det utdanningstilbud som retter seg særlig mot å gi sykepleiere spesialisert kompetanse på dette feltet, så dette vurderes til å være hensiktsmessig ivare tatt per i dag.

Det vil selvsagt være opp til det enkelte sykehus og arbeidsgiver å vurdere om det er aktuelt å satse på utvikling eller rekruttering av AKS-kompetansen opp mot andre forhold. Det er også viktig å understreke at AKS-kompetanse skal ikke erstatte ABIOK-kompetanse i sykehusene. Utredningen viser snarere at AKS-kompetansen kan være et viktig supplement til etablert spesialsykepleiekompetanse, særlig som kompetansehevende og kvalitetsutviklende tiltak ved vanlige sengeposter, poliklinikker, hjemmesykehus, ambulante team og dagbehandling. Representanter fra tjenestene peker også på behovet for at den svært spesialiserte fagkompetansen som utvikles gjennom de klinisk spissede videreutdanningene videreføres. Dette gjelder for eksempel innenfor akutt eller kardiologisk sykepleie, eller rettet mot sykdomsgrupper som demens, nyresykdom, diabetes eller nevrologiske lidelser. AKS-kompetansen fremstår gjennomgående som et nyttig supplement til etablerte roller og faggrupper. AKS kan bli en svært viktig og god samarbeidspartner for annen fagspissert kompetanse i sykehus.

Tilgang på videreutdanningstilbud er en viktig forutsetning for at tjenestene kan planlegge og rekruttere til kompetanseheving. Både utredninger gjort av Riksrevisjonen og Nasjonalt senter for distriktsmedisin peker på at geografisk nærhet til utdanningstilbud eller desentraliserte utdanningstilbud er viktig for å sikre lik mulighet for utdanning. Regjeringen har gjennom nasjonale satsninger som Lære hele livet og NHSP 2020-2023, pekt på utdanning som avgjørende for at samfunnet skal ha rett kompetanse til å møte de utfordringer som man må løse i fremtiden, kunne mobilisere den arbeidskraften man har tilgjengelig, og for å sikre at ingen "går ut på dato", men gis nødvendig kompetanse til å bruke sin arbeidskraft. Utdanningstilbudet innenfor avansert klinisk allmennsykepleie er økende i Norge etter som flere universitet og høyskoler får justert sine tilbud i tråd med forskriften. Helsedirektoratet anser det likevel som uheldig at det per tid ikke gis et tilbud om slik utdanning nord for Trøndelag. Samtaler med tjenestene peker på at sykehus som ligger geografisk langt fra utdanningstilbud, har større utfordringer med å rekruttere kvalifisert kompetanse generelt og at det er ekstra kostnadskrevenende å legge til rette for at sykepleiere kan ta videreutdanning, da dette ofte inkluderer lengre perioder med fri for å reise til campus for undervisning/samling, i tillegg til at vikar må skaffes. Dette taler for at utdanningstilbud bør tilbys slik at det som et minimum dekker helseregionene i Norge, at man legger opp til utdanningsmodeller som gir nødvendig fleksibilitet gjennom deltidsstudier og at man optimaliserer bruk av desentraliserte metoder for undervisning slik at videreutdanning kan kombineres med arbeid for de som ønsker dette. Egnert modell bør utvikles i samråd med representanter fra tjenestene som vil ha særlig behov for dette tilbudet.

Helsedirektoratet vil påpeke at formålsparagrafen ikke favner spesialisthelsetjenesten i forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie slik den står i dag. Dette gir sannsynlig svakere grunnlag for å sikre relevans i mastergradsprogrammene sett ut fra spesialisthelsetjenestens behov for kompetanse i fremtiden, da denne forskriften styrer hva utdanningsinstitusjonene skal sikre av sluttkompetanse og utvikling av programmene. Ved å inkludere

både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i formålet, vil dette gi fagkompetanse som kan brukes i begge sektorer.

AKS-kompetansen må sies å være i startfasen i Norge i dag. Tiltak som gjøres nå vil derfor kunne ha stor betydning for hvordan en eventuell AKS-rolle vil utvikle seg. Samlæring fremmer felles språk som legger grunnlag for godt samarbeid. Samlæring fremmer også innsikt i behovet for samhandling og kan stimulere til innovative ideer for mer helhetlige pasienttilnærming og pasientforløp, ideer til forbedret oppgaveløsning og ressursutnyttelse, og hvordan fagpersoner kan jobbe for å styrke brukermedvirkning i hele tjenestetilbudet. I denne fasen, hvor AKS-kompetansen er i ferd med å implementeres i ulike tjenestemodeller, vil utdanningsprogrammet kunne påvirke hvordan studentene tilnærmer seg og finner løsninger på utfordringer som helsetjenesten jobber med. Felles utdanning kan også være positivt for å legge til rette for flere muligheter til karriereutvikling for sykepleiere. Ettersom man får flere AKS-er, så vil disse fagpersonene ønske nye utfordringer som ledd i egen karriereutvikling. Disse er da kvalifisert til stillinger på tvers av sektorene. Dette vil øke sannsynligheten for at erfarne AKS-er kontinuerlig har spennende AKS-roller å søke seg til og at denne kompetansen blir i pasientrettet arbeid enten i spesialisthelsetjenesten eller i kommunale helsetjenester over tid. Denne "flyten" av kompetanse mellom sektorene vil sannsynlig også være viktig på sikt for utvikling av AKS-rollen og bidra til å bevare tilgangen på avansert sykepleierkompetanse i pasientrettet arbeid for helsetjenestene i Norge generelt.

Helsedirektoratet vil også nevne at i dag er sykepleiere med norsk autorisasjon og som er tildelt graden master i avansert klinisk allmennsykepleie, kvalifisert til å søke om offentlig spesialistgodkjenning etter §2, forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere.

[1] Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie og Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere trådte i kraft februar 2020.

Referanser

De Simone, S., Planta, A., & Cicotto, G. (2018). The role of job satisfaction, work engagement, self-efficacy and agentic capacities on nurses' turnover intention and patient satisfaction. *Applied Nursing Research*, 39, 130-140. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29422148/>

Fagerström, L. M. (2019). *Avansert klinisk sykepleie* (1 ed.). Gyldendal.

Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., & Salanterä, S. (2010). Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1422-1434. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05322.x>

Hansen, E. H., Boman, E., Bing-Jonsson, P., & Fagerstrom, L. M. (2020). Introducing nurse practitioners into Norwegian primary healthcare: experiences and learning. *Res Theory Nurs Pract*, 34, 21-34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31937634/>

Helseatlas. (2017). *Eldre helseatlas for Norge*. Helse Nord RHF. https://helseatlas.no/sites/default/files/eldrehelseatlas_rapport.pdf

Helsedirektoratet. (2014a). *Oppgavedeling - Utarbeidelse av opplegg for pilotprosjekter*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-opplegg-for-pilotprosjekter/C>

Helsedirektoratet. (2014b). *Personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene- Utviklingstrekk og vurdering av utfordringer og løsninger*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-personellbilde-personell-og-kompetansesituasjonen-i-helse->

Helsedirektoratet. (2017). *Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/videreutdanning-for-sykepleiere/Videreutdanning%20for%20sykepleie>

Helsedirektoratet. (2019). *Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie - Bakgrunnsdokument for Helsedirektoratets arbeid med masterutdanningen*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdoku>

Helsedirektoratet. (2020). *Pasientskader i Norge 2019 - Målt med Global Trigger Tool*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2019-malt-med-global-trigger-tool>

Hjemås, 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

Leknes, S., Hjemås, G., Holmøy, E., & Stølen, N. M. (2019). *Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017-2035*. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/396543?_ts=16cf6112330

Maier, C. B., Aiken, L. H., & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a875659

- Maier, C. B., Köppen, J., & Busse, R. (2018). Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries. *Human resources for health*, 16(1), 1-12.
<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-018-0285-9>
- Meld. St. 7. (2019-2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
- Meld. St. 13. (2011–2012). Utdanning for velferd. Kunnskapsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>
- Meld. St. 14. (2019-2020). Kompetansereformen – Lære hele livet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20192020/id2698284/>
- Mulac, A., Taxis, K., Hagesaether, E., & Granas, A. G. (2020). Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. *European Journal of Hospital Pharmacy*.
- NSDM. (2020). Fleksibel sykepleierutdanning - Tilgangen på grunn- og videreutdanningstilbud. Nasjonalt senter for distriktsmedisin.
<https://www.nsdsm.no/wp-content/uploads/2020/09/2020-2-sept-Rapport-Fleksibel-sykepleierutdanning-1.pdf>
- Riksrevisjonen. (2019). Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene. Riksrevisjonen.
<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2019-2020/undersokelse-av-bemanningsutfordringer-i-helsefo>
- Riksrevisjonen. (2019-2020). Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester. Riksrevisjonen.
<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/variasjonforbrukhelsetjenester.pdf>
- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., & Watson, R. (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 946-954. <https://doi.org/10.1111/jonm.12745>
- Schober, M. (2016). Introduction to advanced nursing practice. Springer.
<https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/138826/1/9783319322049.pdf>
- Simonsen, B. Ø. (2017). Evaluering og utvikling av legemiddelkompetansen hos autoriserte sykepleiere. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, 34-36.
<https://www.farmatid.no/artikler/doktorgrad/evaluering-utvikling-av-legemiddelkompetansen-hos-autoriserte-syke>
- Skjøstad, O., Beyrer, S., Hansen, J., & Hjemås, G. (2019). Sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet. Statistisk sentralbyrå.
https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/377977?_ts=168ebbca3b8
- Standard Norge. (2021). Systematisk og kunnskapsbasert faglig oppdatering av autoriserte sykepleiere i kommunehelsetjenesten - Kompetanseområder og metode (1 ed.). Standard Norge. <https://www.standard.no/>
- Wangensteen, S., Finnbakk, E., Adolfsson, A., Kristjansdottir, G., Roodbol, P., Ward, H., & Fagerström, L. (2018). Postgraduate nurses' self-assessment of clinical competence and need for further training. A European cross-sectional survey. *Nurse Education Today*, 62, 101-106.
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691717303180?casa_token=9rwTP-0gXKcAAAAA:zejPi

Vedlegg

9.1

VEDLEGG 1 Referansegruppen med oppnevnt representanter for utredningen

Aktør	Representant
Helse Sør-Øst RHF	Irene Sætran Spesialrådgiver ved enhet for utdanning og kompetanse, Helse Sør-Øst RHF
	Vibeke Kristiansen Avdelingsleder, Avdeling for utdanning og kompetanse, Akershus universitetssykehus HF
	Elisabeth Kaasa Helsefaglig sjef, Vestre Viken HF, Stab Medisin og helsefag
	Veronica Håheim AKS Drammen sykehus/ AKS student USN
Helse Vest RHF	Eline Vartdal Sætre Rådgiver, Helse Bergen HF, FoU, seksjon for fag og utdanning, Helse Vest RHF
	Åse Humberset Ass. Avdelingssykepleier, Nevrokirurgisk avdeling, Helse Bergen HF
	Else Ørstavik Hollund Fagsjef, Mottaksklinikken, Helse Stavanger HF
	Aud Lisa Kjøl Seksjonsleder kirurgisk seksjon, Stord sjukehus
Helse Midt-Norge RHF	Grete Ottersen Samstad Helsefaglig sjef, seksjon for helsefag og utdanning, St Olavs hospital, Helse Midt-Norge
	Liv Hilde Ruud Seksjonsleder, Kirurgisk sengepost 1, Klinikk Ålesund
	Elisabeth Kvam Tronstad Avdelingsleder, Medisin, sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag
	Kari Sund Larsen Avdelingsleder, Medisin, sykehuset Namsos, Helse Nord-Trøndelag
	Viggo Mastad Avdelingssjef, Nevroklinikken, St Olavs hospital
	Brita Henning

	Forsknings- og fagutviklings-sykepleier, Barne- og ungdomsklinikken, St Olavs hospital
	Monica Granaas Fagutviklingssykepleier, utdannet AKS, Kirurgisk klinikk, St Olavs hospital
Helse Nord RHF	Siw Skår Rådgiver, fagavdelingen, Helse Nord RHF
	Astrid Jakobsen Seksjonsleder, seksjon for kunnskapsbygging, Nordlandssykehuset, Helse Nord RHF
	Anita Holstad Fagutviklingssykepleier, akuttmedisinsk klinikk, Nordlandssykehuset
NCD-alliansen	Eli Gunhild By Fagsjef i Nasjonalforeningen for folkehelsen
	Svana Heimisdottir Danbolt Kreftforeningens rådgivningstjeneste
Pasient- og brukerombudet	Mette Eriksen Pasient- og brukerombud, Finnmark
	Marianne Gjøsæther Litland Pasient- og brukerombud, Hordaland
KS - Kommunesektorens organisasjon	Liv Overaae Avdeling helse og velferd
Fagforbundet	Solveig Håbetsås Fagforbundet / medlem av den nasjonale faggruppa for sykepleiere
Norsk Fysioterapeutforbund	Åse Kristine Waglen
Norsk sykepleierforbund	Line Hasund Fag- og helsepolitisk avdeling
	Eva Østvik Fag- og helsepolitisk avdeling
Den norske legeforening	Trakk seg fra referansegruppearbeidet etter å ha blitt forelagt rapportutkast. Representanter føres derfor ikke opp.
Lovisenberg diakonale høgskole	Lars Mathisen Rektor
Universitetet i Sørøst-Norge	Linn Hege Førsum Programkoordinator master i avansert klinisk allmennsykepleie, Fakultet for helse- og sosialvitenskap
	Gro Næss Universitetslektor/stipendiat, emneansvarlig geriatrik vurderingskompetanse og akuttmedisinsk vurderingskompetans, Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Universitetet i Oslo	Randi Opheim Førsteamanuensis, Avdeling for sykepleievitenskap
Oslo Met	Marit Kirkevold Professor/Instituttleder, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid
	Marit Kvangarsnes

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet	Professor, Institutt for helsevitenskap Ålesund
	Kjersti Grønning Professor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
Universitetet i Stavanger	Ida H Mykkeltveit Førstelektor, det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske universitet	Ragnhild Nicolaisen Universitetslektor, ansvar for masterkandidater i infeksjonssykepleie, Institutt for helse- og omsorgsfag

9.2

VEDLEGG 2 Gjennomgang av oversiktsartikler

Søket ble gjort som pyramidesøk i Helsebiblioteket (plus.mcmaster.ca) desember 2020. Søkordene benyttet var «advanced practice nurse», "clinical nurse specialist" og «nurse practitioner». Søket ble avgrenset til artikler publisert fra 2015. Alle oversiktsartikler ble gjennomgått ved å lese overskrifter og sammendrag. Oversiktsartikler som inkluderte data fra kontekster innen sykehus eller omhandlet intervensjoner rettet mot større pasientgrupper, ble lest som fulltekst. Totalt ble 10 oversiktsartikler gjennomgått og data trukket ut:

1. Gunawan, Aunguroch, Fisher, Marzilli, Liu (2020), Factors Related to the Clinical Competence of Registered Nurses: Systematic Review and Meta-Analysis. Setting: Sykepleiere i klinisk praksis (22 artikler).
2. Kleinpell, Grabenkort, Kapu, Constantine, Sicoutris (2019), Nurse Practitioners and Physician Assistants in Acute and Critical Care: A Concise Review of the Literature. Setting: Sykehus: Akuttmottak og avdelinger som behandler akutt syke – siste 10 år (44 artikler på enkeltstudier, 9 oversiktsartikler).
3. Manoj, Moore, Patton, O'Connor, Nugent (2019), The impact of a nurse-led elective direct current cardioversion in atrial fibrillation on patient outcomes: A systematic review. Setting: Atrieflimmer-pasienter (AF), sykepleierledet elektrokonverterings-behandling (7 studier).
4. Whitehead, Ghosh, Kirk Walker, Bloxsome, Vafeas, Wilkinson (2019), The relationship between specialty nurse certification and patient, nurse and organizational outcomes: A systematic review. Setting: Et bredt spekter, inkludert sykehus (41 studier).
5. Chavez, Dwyer, Ramelet (2018), International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. Setting: NPs og pleie og omsorg til eldre. Et stort mangfold av kliniske settinger (56 studier og 23 systematiske oversiktsartikler).
6. Gonçalves-Bradley, Khangura, Flodgren, Perera, Rowe, Shepperd (2018), Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. Setting: Akuttmottak ved sykehus (4 studier).
7. Garner, Lopatina, Rankin, Marshall (2017), Nurse-led Care for Patients with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review of the Effect on Quality of Care. Setting: Oppfølging av pasienter som lever med reumatoide lidelser (10 artikler).
8. Hoff, Carabetta, Collinson (2017), Satisfaction, Burnout, and Turnover Among Nurse Practitioners and Physician Assistants: A Review of the Empirical Literature. Setting: Gruppe av helsepersonell (32 artikler).
9. Lovink, Persoon, Koopmans, Van Vught, Schoonhoven, Laurant (2017), Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: systematic literature review. Setting: Primærhelse-tjenesten og eldre pasienter (16 artikler).

10. Morilla-Herrera, Garcia-Mayor, Martín-Santos, Uttumchandani, Campos, Bautista, Morales-Asencio (2015), A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. Setting: Eldre pasienter i ulike kliniske settinger, sykehus, hjemmeboende, poliklinisk/ dagbehandling og som beboer ved institusjon (15 studier).

Effekter av kompetanseheving hos sykepleiere gjennom kvalifisering til en avansert sykepleierrolle

Whitehead og kolleger (2019) fant en økning i klinisk standard etter sertifisering innen et spesialsykepleieområde. Sykepleiere med sertifisert spesialkompetanse rapporterer at de vurderer sertifiseringen som en høy prestasjon, og at de opplever økt selvtillit på å praktisere i henhold til en standard. Å få en sertifisering er tilfredsstillende i seg selv og en bekreftelse på oppnådd spesialkompetanse. I tillegg fremmer sertifisering annerkjennelse av rollen og kompetansen fagpersonene innehar.

Et svakere funn viste at sertifiserte spesialsykepleiere opplever høyere grad av empowerment (på norsk: myndiggjøring, opplevelse av å kunne mobilisere egne krefter og ressurser, mestre oppgaver selvstendig) (Whitehead et al. 2019). Dette kan tyde på at formell sertifisering av spesialsykepleiere er viktig for å oppdatere klinisk praksis mot faglige standarder. Formell sertifisering vil også fremme annerkjennelse og gi trygghet til sykepleierens selvstendige utøvelse av den kliniske rollen.

Manoj og kolleger (2018) undersøkte effekter av å bruke spesialsykepleiere ("nurse specialists") til å gjennomføre elektiv elektrokonverterings-behandling (7 studier inkludert). Som hovedfunn konkluderer de med at en slik tjenestemodell gir akseptabelt antall komplikasjoner. Videre fant de at det ikke var negative pasientutfall og det var en høy suksessrate for normalisering av hjerterytme. I flere av studiene kom det også frem at det ble redusert ventetid. Analysen viser at dette krever sykepleiere som har spesialkompetanse innen kardiologisk sykepleie og hjertesykdom. Særlig fremheves behovet for økt kompetanse i kritisk og analytisk refleksjon knyttet til klinisk praksis. Det er også et behov for at tjenesten spesialsykepleieren tilbyr, er underbygget av en klar prosedyre. Videre er det vesentlig at nødvendig utstyr til hjersteovervåking og avansert hjerte-lunge-redning (AHLR) er tilgjengelig der tjenesten tilbys.

Effekt for tjenesten og pasienter ved innføring av AKS

Flere av oversiktsartiklene så på effekter av innføring av AKS knyttet til endring i tjenestemodeller, oppgavefordeling og bruk av ressurser. I tillegg ble det beskrevet effekter på kvalitet på pasientoppfølging, pasientsikkerhet og pasient- og pårørendetilfredshet.

Gonçalves-Bradley et al. 2018 konkluderer med at kunnskapsgrunnlaget er for svakt til at det kan understøtte beslutninger om å innføre bruk av personale fra primærhelsetjenesten i akuttmottak. Oversiktsartikkelen gir ellers eksempler på utfallsvariabler brukt til å måle kvalitet og effektivitet i en akuttmedisinsk setting:

- tid fra ankomst til klinisk vurdering
- behandling (foreskrevet og mottatt av pasient)
- liggetid i akuttmottaket, innleggelse eller ikke
- bruk av diagnostiske tester

- konsultasjoner med eller henvisning til legespesialister ved sykehuset
- kostnader

Lovink og kolleger (2017) oppsummerer kunnskap fra intervensjoner hvor man måler effekter av å endre hvem som gjør hvilke oppgaver i ulike settinger for helsetjenester rettet mot eldre pasienter. Studier som testet overføring av oppgaver fra geriatere og andre legespesialister til "nurse practitioners" (NPs, tilsvarer avansert klinisk sykepleier med mastergrad eller PhD), "physician assistants" (PAs, tilsvarer legeassistent) og autoriserte sykepleiere. Generelt var funnene fra økonomiske og administrative analyser for svake til å trekke overordnede konklusjoner. Imidlertid angir analysen til Lovink og kolleger (2017) at effekter kan måles på sosialt, organisatorisk og individuelt nivå.

Ingen av studiene som inngikk i analysen hadde iverksetting av ny tjenestemodell i seg selv som en utfallsvariabel. Et hovedfunn var at effektmål knyttet til pasient og pleieprosess, viste at tjenestene gitt av annet helsepersonell enn leger, ga like gode resultater. Barrierer mot å innføre tjenestemodeller som inkluderte oppgaveendring inkluderte legers motvilje mot å dele ansvar, men flest barrierer var relatert til finansiering av NP og PA. Faktorer som fremmet vellykket innføring av NP og PA var å ha en dedikert fase til innkjøring av ny rolle/ansvarsfordeling, lederforankring med tydelig støtte til prosjektet både ved avdelingen og på høyere organisatoriske nivå, og etablerte mentorordninger. I tillegg viste studier på NP, at det var avgjørende for en vellykket implementering at den kliniske praksisen kunne dokumenteres som kunnskapsbasert. Det var også vesentlig for å lykkes i implementeringen at NP ble ansatt i full stilling for å sikre kontinuitet og tilgjengelighet til på ny rolle i klinisk praksis. Personlige trekk hos NP som selvstendig, kunnskapstørst og med vilje til å forme egen praksis, var også viktig for å lykkes med implementering.

Kleinpell og kolleger (2019) oppsummerer forskning som ser særlig på utvikling av tjenestemodeller hvor man tar i bruk "advanced practice providers" (APPs). APPs inkluderer "Nurse Practitioners" (NPs) og "Physician Assistants" (PAs) med spesiell utdanning og trening rettet mot pleie og behandling av akutt syke pasienter. Et hovedfunn fra analysen angir at pleie og behandling gitt av APPs gir sammenlignbare resultater som når pleie og behandling gis av spesialistkandidater ("residents" eller "fellows").

Positive resultater knyttet til pasientbehandling i akuttmottaket var lengde på opphold, mortalitetsrate, reinnleggelser, utskrivelsesprosess, infeksjoner, forbyggende tiltak mot liggesår, og tid på ventilator. Andre positive resultater var kostnader ved pleie, tidsbesparelse for leger og kvalitetsindikatorer for pleie, slik som redusert antall DVT. NPs oppfølging av hjertepasienter hadde høyere skår knyttet til pasientveiledning, svare på spørsmål fra pasienten og evne til å lytte. Når NPs ble inkludert i det tverrprofesjonelle teamet økte effektiv pasientflyt på akuttmottaket. En komplett kostnadsanalyse opp mot gevinst av å ha APPs i akuttmottaket var ikke mulig grunnet ulikheter i kostnadsmodeller mellom studiene.

Chavez og kolleger (2018) har sett på 56 primærstudier hvor "nurse practitioners" (NPs) er benyttet i møte med eldre pasienter. I alle landene hvor de inkluderte studiene var gjennomført, var NP en universitetsutdannelse på masternivå. Fem kliniske settinger ble identifisert: primærhelsetjenesten, hjemmesykepleie, langtidspleie, akutt/sykehusbehandling og pleie ved overganger mellom tjenester (transitional care). Det var kun knyttet til kostnader at ikke funnene gjennomgående var like gode eller bedre ved bruk av NP. De økte kostnaden var ofte knyttet til økt henvisning, bruk av diagnostiske tester og foreskriving av medisiner. På den annen side ble bruk av NP også koblet til redusert behov for helsetjenester generelt og redusert lengde på opphold i institusjon. Disse effektene ble ofte forklart med at NP bidro særlig til å bedre pasientens evne til egenomsorg og etterlevelse av behandlingsopplegg.

Blant pasientrelaterte utfallsvariabler fant Chavez og kolleger (2018) at oppfølging av NP i flesteparten av studiene, viste bedre resultater sammenlignet med andre tjenestemodeller hvor leger stod for behandling/pleie. Særlig ble det sett positive effekter fra oppfølging av NP knyttet til bedre koordinert og pasientsentrert behandling/pleie, inkludert terapeutisk veiledning og evne til å skape engasjement hos pasienten som ledet til bedre egenomsorg. NP sin avanserte kompetanse til raskt å oppdage endringer i pasientens helse og mentale tilstand, gi riktig diagnose og igangsette tiltak deretter, for å unngå

unødvendig innleggelse av eldre pasienter til sykehus, ble særlig fremhevet som viktig. NP sin kompetanse til å gjøre en systematisk og kritisk vurdering av pasientens medisiner var også angitt som viktig kompetanse.

Oppfølging/pleie fra NP var også overlegen knyttet til systematisk screening og kliniske funn. I oppfølging av medisinske og kirurgiske, eldre pasienter inngikk NP i et tverrfaglig team sammensatt av lege eller legespesialist, sosialarbeider/sosionom og andre helsepersonell spesielt sammensatt for å adressere den eldre pasientens sammensatte behov.

Garner og kolleger (2017) viste i sin oversikt (10 studier inkludert) at sykepleierledet ("clinical nurse specialist" eller "nurse practitioner") pasientoppfølging for pasienter som lever med revmatoid artritt, gir like gode eller bedre resultater for sykdomsoppfølging, som oftest målt som sykdomsaktivitet. Videre fant de at fem av seks studier som brukte pasienttilfredshet som mål, ga sykepleierledet oppfølging høyere skår, og i den siste var det målt like skår. Sykepleierledet oppfølging var like trygt som andre modeller for pasientoppfølging. Grunnet stor variasjon i funnene knyttet til kostnader og effektivitet blant de seks undersøkte studiene studien, ble det ikke konkludert her.

Garner og kolleger (2017) fant videre at pasientopplevelser var kun beskrevet i form av kvalitative studier. Disse beskrivelsen var positive gjennom pasientenes opplevelse av tilgang på og kontinuitet tjenesten. Kvalitative studier pekte også på at utdanning og støtte for "clinical nurse specialist" og "nurse practitioner" ble oppfattet som passende ut fra oppgaver og ansvar i aktuelle klinisk setting.

Morilla-Herrera og kollegaer (2015) gir en omfattende beskrivelse av effekter fra innføring av advanced practice nurses (heretter kalt AKS) i helsehjelp til eldre pasienter over en rekke kliniske settinger, inkludert i sykehus (15 studier inkludert). Et hovedfunn fra analysen er at studier på feltet var fordelt etter om klinisk setting var lang- eller korttidsbehandling, eller om studien var designet rundt tjenester til en gitt pasientgruppe eller diagnose. Videre var AKS kvalifisert gjennom høyere utdanning (mastergrad eller PhD), og hadde alle en høy grad av kunnskapsbasert tilnærming i sin utøvelse av klinisk praksis.

Vanlige intervensjoner var rettet mot veiledning og trening av pasient; relasjonsbygging med familier; omfattende sosial og psykologisk vurdering; tidsavgrenset tverrprofesjonell tilnærming; kliniske intervensjoner og konsultasjoner. Vanligst var at implementering av AKS i en tjeneste, gikk gjennom å implementere rollen som del av tverrprofesjonelle team. Dette påvirket hvor klart man kunne angi resultater som en følge av tverrfaglig oppfølging generelt eller om disse kunne tilskrives kun innføring av AKS. Morilla-Herrera og kolleger (2015) konkluderer likevel med at bruk av AKS i oppfølging av eldre pasienter kan gi flere ønskede effekter. Videre gis det en oppsummering ut fra klinisk setting slik det er gitt av Morilla-Herrera og kolleger (2015):

- Langtidsbehandling:
 - Positivt preget av mulighet for å bygge relasjon over tid.
 - Positive effekter av at relasjonen inkluderte pårørende i tillegg til pasient og AKS.
- Hjemmesykepleie:
 - AKS del av tverrprofesjonelt team.
 - Fokus på kontroll av en gitt sykdom eller multisykdom.
 - Mortalitet, innleggelse på sykehus eller institusjon, og livskvalitet, samt fall og innleggelse til akuttmottak, var vanlige utfallsvariabler.
 - Vanlig intervensjon: AKS gjennomfører en omfattende geriatrisk vurdering og identifiserer risikoområder og behov.
 - Funnene behandles i det tverrprofesjonelle teamet og utvikler en individualisert pleieplan, inkludert henvisning til andre spesialiteter om nødvendig.
 - Sykepleieren følger ofte opp pasienten i etterkant gjennom telefon eller på annet vis.
- Overganger mellom tjenester (transitional care):

- Hovedelement her var planlegging av utskrivelser og kontinuitet i behandling hvor pasient og sykepleier kunne utvikle et tillitsbasert forhold.
- Tilbudet er målrettet mot sykehus-hjem fasen, styrke pasientveiledning og legemiddelhåndtering etterfulgt av poliklinisk kontakt med pasienten.
- AKS-en var koblingspunktet mellom pasienten, kommunale tjenester og helsetjenesten.
- Telefonkontakt gikk igjen i studiene som en måte å følge opp pasienter på for AKS-en.
- Kliniske problemstillinger varierte fra kroniske lidelser til oppfølging etter hoftebrudd.
- Utfallsvariabler var sykehusinnleggelse, livskvalitet og mortalitet.
- Fokus på en gitt diagnose/lidelse:
 - Rettet mot pasienter utskrevet fra sykehus etter behandling for gitte sykdom/lidelse.
 - AKS utviklet spesifikke intervensjoner for pasienten.
 - Studier i denne gruppen viste varierende resultater.
- Multimorbid tilnærming:
 - Lignende intervensjoner med mål om å forbedre funksjon hos pasienten, unngå institusjonalisering, redusere mortalitet og unngå fall, i tillegg til økt kvalitet på pleie.
 - Ofte inngikk samarbeid med en geriater.
 - Særlig vellykket resultat knyttet til økt funksjon, redusert mortalitet og institusjonalisering ble sett ved en intervensjon med fokus på opplæring av pasienten i egenomsorg for pasient og pårørende, med kontinuerlig støtte fra en AKS.
- Kortidsbaserte sykehusopphold: (kun 1 studie)
 - AKS-ledet sengepost for pasienter med behov for noe lengre sykehusopphold før utskrivelse sammenlignet med pasienter som ikke fikk et slikt tilbud.
 - Utfallsvariabler var relatert til livskvalitet etter utskrivelse.
 - Funnene viste ingen forskjell mellom grupper med samme funksjonsnivå (Barthel-ADL-indeks).
 - Intervensjonsgruppen hadde signifikant flere liggedøgn i sykehuset.
- Ambulante tjenester:
 - Inkluderte studier var rettet mot pasienter med demens (sykdomsfokusert).
 - Oppfølging av pasient i en klinikk knytte til primærhelsetjenesten.
 - Utfallsvariabler var knyttet til akutt reinnleggelse. AKS-ens oppfølging var rettet veiledning og pleie av pasient, samt oppfølging av pårørende (vekt på well-being).
 - Ga adferdsmessig forbedring og redusert uro hos pasient og pårørende.

Påvirkning på rekruttering, turnover eller burnout for sykepleiere

Hoff og kolleger (2017) konkluderer med at kunnskapsfeltet så langt har i for stor grad ensidig vektlagt fornøydhets (satisfaction) målt for det enkelte helsepersonell, når forhold knyttet til Nurse Practitioners (NPs) og Physician Assistants (PAs) sine reaksjoner på og oppfatning av ny rolle og nye oppgaver er utforsket. Det er dermed vanskelig å trekke robuste konklusjoner om NPs og PAs er stort sett fornøyd med nye roller eller opplever høyt nivå av utbrenthet, samt hvilke kontekstuelle forklaringsvariabler som har betydning på dette. Dette sammenfaller godt med funn Whitehead og kolleger (2019) beskriver for jobbtillfredshet og sertifisering av spesialsykepleiere. De konkluderer at funnene fra dette feltet er usikre.

9.3

VEDLEGG 3 Gjennomgang av emner og tematisk innhold i aktuelle studieprogram

Under vises et utvalg av utdanningstilbud med særlig relevans for sykepleiere i sykehus

- Høgskolen i Østfold tilbyr masterstudie i avansert sykepleie ved kronisk sykdom. Dette studiet gjennomføres på heltid og gir 120 studiepoeng. I studiet er det fokus på akutt, kronisk og kritisk sykdom både i medisin, kirurgisk og palliativ fase. Obligatoriske emner ved studiet er avansert sykepleie ved kronisk sykdom, vitenskapsteori og forskningsmetode, kommunikasjon og helsepedagogikk, avansert vurderingskompetanse i sykepleie, avansert sykepleie ved kronisk sykdom og masteroppgave. Ved studietilbudet er avansert geriatrisk sykepleie eller organisasjon og ledelse to valgbare emner. Studentene kan gjennomføre praksis blant annet i primær- og spesialisthelsetjenesten, fastlegekontor, og ved poliklinikker. I studiet gjennomgås simulering og innovasjon, og det er fokus på digitale og helseteknologiske verktøy, forskning og etikk, kvalitetsforbedring og kvalitetsutvikling.
- Norges Arktiske Universitet (UiT) tilbyr Master i sykepleie. Studiet består av seks studieretninger, der fem er rammeplanfestede spesialiteter i Anestesi-, Barne-, Intensiv-, Operasjon-, og Kreftsykepleie. Den sjette studieretning har felles emner som Fagforståelse i sykepleie, Fagtradisjon og historie, vitenskapsteori, metode og samt masteremnet. I tillegg tilbys valgfri fordypning i Distrikts sykepleie og Infeksjonssykepleie på hhv 40 SP. Denne studieretningen retter seg mot både kommune- og spesialisthelsetjenesten og er et deltidsstudium over 3 år.
- Nord Universitetet tilbyr masterstudie i klinisk sykepleie. Studiet er samlingsbasert og kan gjennomføres både på deltid og heltid. Studie består av sykepleievitenskap, omsorgsfilosofi og etikk, forskningsmetode og design, og masteroppgave. Universitetet tilbyr spesialisering i geriatri, velferdsteknologi og palliativ behandling. Universitetet tilbyr også master i spesialsykepleier, der man kan spesialisere seg innen anestesi, intensivsykepleie, operasjon og som kreftsykepleie.
- Lovisenberg diakonale høgskole: Begrepet allmennsykepleie ble først introdusert av Lovisenberg diakonale høgskole i 2013 ved masterstudiet i avansert klinisk sykepleie (MAKS). Studiet tilbys stedlig både på heltid over to år, og deltid (tre år). LDH har videreutviklet en studieportefølje for avansert klinisk sykepleie og tilbyr også master i avansert klinisk nyfødtsykepleie (fra 2019) og master i avansert klinisk allmennsykepleie (fra 2020) i tillegg til MAKS-spesialiseringene i intensivsykepleie eller allmennsykepleie. Formålet er å utdanne avansert breddekompetanse for særlig komplekse pasientsituasjoner, utvikle inngående situasjonsforståelse, og ta medansvar for faglig utvikling og innovasjon. Et tverrgående emne er Organisasjon og samhandling for å imøtekomme behovet for helhetlige helsetjenester og kontinuitet i pasientforløpene, på tvers av spesialiteter.
- VID Vitenskapelige Høgskole tilbyr masterstudie i klinisk sykepleie i Oslo og Bergen. Studiet er bygget opp med en todelt modell der del 1 er valgt studieretning og del 2 er en felles masterpåbygging for alle studieretningene, hvor det er obligatorisk med vitenskapsteori, forskningsmetoder og etikk.
- Ved NTNU tilbys det erfaringsbasert master i klinisk sykepleie, og ved NTNU i Gjøvik kan man bygge på videreutdanninger i anestesi, intensiv, operasjon eller full masterstudie med fordypning i allmennsykepleie. Studiet er rettet mot primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Alle emner er obligatoriske bortsett fra kvantitative og kvalitative metoder. Studiet tar for seg emner som personsentrert sykepleie for komplekse pasienter, identifisering av etiske dilemmaer, avansert kunnskap om sykdom i et flerkulturelt samfunn, og i et kjønnsperspektiv. Studiet har også emner om forskningsmetodikk, pasientsikkerhet og kvalitetssikkerhet. NTNU i Trondheim tilbyr videreutdanning på 60 studiepoeng i avansert sykepleie, som erstatter det som tidligere het avansert klinisk sykepleie.
- Ved NTNU Ålesund og Gjøvik tilbys en toårig master i avansert klinisk sykepleie, rettet mot primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Obligatoriske emner er avansert sykepleie til personer med langvarig, kroniske og sammensatte lidelser, avansert klinisk sykepleie til akutt og kritisk syke, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det tilbys også valgfrie emner.
- Ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN) i Drammen tilbys det master i avansert klinisk allmennsykepleie med mulighet til å velge mellom to fordypningsemner, henholdsvis geriatrisk

vurderingskompetanse og akuttmedisinsk vurderingskompetanse. Obligatoriske emner i studiet er introduksjon til avansert klinisk sykepleie, farmakologi, sykdomslære, systematisk kliniske undersøkelser og helsevurderinger, vitenskapsteori, forskningsmetoder og etikk, prosjektoppgave og masteroppgave.

- Ved Høgskolen i Vestlandet (HVL) tilbys klinisk sykepleie for spesialist innen diabetes, kardiologisk og helsesykepleieutdanning. For studie innen diabetes tilbys emner om klinisk diabetesspesialitet, forskningsmetode, helsepedagogikk, fordypning i klinisk diabetes og fagledelse, vitenskapsteori, etikk og metode, prosjektplan og masteroppgave.
 - For Kardiologisk inneholder emnene kardiologisk sykepleie og helsepedagogikk, forskningsmetode og kunnskapsbasert praksis, fordypning i kardiologisk sykepleie og fagledelse, vitenskapsteori, etikk og metode, prosjektplan og masteroppgaven.
 - Når det gjelder helsesykepleie består denne spesialiseringen av emnene grunnlagstenkning, forskningsmetode og kunnskapsbasert praksis, helsefremmende og forebyggende arbeid med barn og unge, fordypning i helsestasjon, skolehelsetjenesten og klinisk fagledelse. Videre består spesialiseringen av vitenskapsteori, etikk og metode, samt prosjektplan og masteroppgave.
 - HVL vil fra høsten 2021 også tilby mastergrad i kliniske spesialiteter; gastrosykepleie, lungesykepleie, nevrosykepleie, infeksjonssykepleie og smittevern, stomi- og kontinenssykepleie og uroterapi. Studiet gir kompetanse i en klinisk spesialitet, helseledelse, pasientsikkerhetsarbeid, kvalitetsforbedring, helsetjeneste- og fagutvikling, undervisning og forskning
 - HVL tilbyr også master i klinisk sykepleie som bygger på anestesi, barnesykepleie, intensivsykepleie og operasjonssykepleie. Alle retningene har fagledelse som felles, samt klinisk spisskompetanse og analytisk kompetanse.
- Ved Universitetet i Agder tilbys masterstudie i spesialsykepleie som bygger på ABIO. Alle retningene har fellesemner på kvalitative og kvantitative forskningstradisjoner og metoder. Studiet avsluttes med masteroppgave innen spesialsykepleien.
- Universitetet i Stavanger (UiS) tilbyr master i AIO, der alle retninger har felles forskningsmetode, vitenskapsteori og etikk, samt medisin og naturvitenskapelige emner. Studiet avsluttes med masteroppgave.
- Ved Høgskolen i Molde tilbys studiet avansert klinisk sykepleie som er rettet mot både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Studiet gir 75 studiepoeng.
- Ved Oslo Metropolitan University (OsloMET) vil det fra 2022 tilbys mastergrad i helsevitenskap, der det blant annet tilbys spesialisering innen klinisk allmennsykepleie.

9.4

VEDLEGG 4: Kompetansenivå og klinisk breddekompetanse

Klinisk breddekompetanse

Mye tid har vært brukt på å gi innhold til begrepet klinisk breddekompetanse. Vi har blant annet forsøkt å avklare om klinisk breddekompetanse har et særskilt innhold for spesialisthelsetjenesten sammenlignet med for eksempel kommunale helse- og omsorgstjenester. For å se på innholdet i klinisk breddekompetanse har vi brukt definisjonen for det å være kompetent gitt av [Lai \(2012\) i verktøy for strategisk kompetanseplanlegging. KS](#).

"Å være i stand til å møte dagens og morgendagens oppgaver og krav. Det vil si å ha kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som passer til oppgaver og krav. Kompetanse er ikke en egenskap, men situasjonsbetinget"

Ut fra definisjonen, har vi sett særlig på de kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som beskrives som viktig for å ha slik kompetanse i en situasjon som sykepleier i sykehus generelt og ved aktuelle tjenestesteder spesielt. Vi understreker at dette ikke er en komplett begrepsanalyse, men kun en oppsummering av viktige momenter som er identifisert og som kan ha betydning for blant annet arbeidsgivere som skal sørge for at klinisk breddekompetanse er oppdatert hos sykepleiere, jf. veileder i ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018).

Ut fra samtalene med aktørene kan klinisk breddekompetanse forstås som en samlebetegnelse på sykepleierens kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger utviklet fra annen spesifikk kompetanse. Klinisk breddekompetanse som oppnås i grunnutdanningen utvikles også med klinisk erfaring. Sykepleierens kliniske breddekompetanse kan forstås som et samlet uttrykk for sentral fagkunnskap som setter sykepleieren i stand til å gjøre vurderinger, iverksette tiltak, evaluere effekt av og eventuelt behov for justering av tiltak i pasientrettet arbeid. Denne forståelsen av klinisk breddekompetanse var gjennomgående blant aktørene, men ofte ble noen fagområder fremhevet som særlig viktig ut fra klinisk setting man så for seg at sykepleieren jobbet i. Områder som likevel gikk igjen var farmakologi og sykdomslære, koblet med innsikt i menneskers grunnleggende behov, samt kompetanse innen veiledning og kommunikasjon. Det ble ofte fremhevet at sykepleieren har en bred grunnleggende faglig forståelse for vanlige sykdommer og lidelser, både innenfor somatikk og psykiatri, samt at dette brukes i både oppfølging, behandling og forebygging for å gi forsvarlig sykepleie. I tillegg vektlegges kunnskap om hvordan sykdommer, lidelser og tilstander kan erfares for pasienten, hva som er viktig å følge opp ut fra informasjonen sykepleierne samler inn fra pasienten og ofte pårørende, samt hvordan sykepleieren samhandler med pasienten og pårørende for å få dette til. Systematisk innsamling av klinisk informasjon og dokumentasjon inngår derfor også i klinisk breddekompetanse. Dette kobles igjen til sykepleierens ferdigheter i sykepleieprosessen og evne til å praktisere denne i ulike kliniske situasjoner. Videre bruker sykepleieren sin kliniske breddekompetanse i kombinasjon med etisk refleksjon, til å møte pasienten på en helhetlig måte slik at pasienten opplever seg respektert, og sykepleien utøves med barmhjertighet og omsorg. I tillegg ser vi at klinisk breddekompetanse også omtales av noen aktører som en nødvendig språklig bro som forener helsepersonell med ulikt faglig utgangspunkt. Dette fremheves som viktig for å kunne inngå i faglige diskusjoner med for eksempel leger eller fysioterapeuter i tverrfaglig team. Klinisk breddekompetanse fremheves også som sentralt grunnlag for at sykepleieren skal gjenkjenne når egen kompetanse kommer til kort og annen fagkompetanse må involveres.

Et kanskje selvsagt, men likevel viktig poeng, er at klinisk breddekompetanse er avgjørende for klinisk praksis. Dette er ikke et teoretisk kunnskapsområde, men knyttet til klinisk sykepleieutøvelse uavhengig av kontekst, men klinisk setting vil påvirke hvilken del av klinisk breddekompetanse som styrkes gjennom erfaringsbasert kompetanse. Når for eksempel en nyutdannet sykepleier begynner i sin første sykepleierstilling, vil hvor man jobber, hvilke pasientgrupper man møter og hvilke ansvar man har, være viktig for hvilken del av breddekompetansen som styrkes gjennom klinisk erfaring. Derfor vil ofte en sykepleier med mer sammensatt klinisk erfaring gjennom arbeid i møte med ulike pasientgrupper, diagnoser og tjenestesteder, ha bredere klinisk breddekompetanse sammenlignet med nyutdannede sykepleiere eller sykepleiere med erfaring fra en bestemt, spesialisert klinisk setting. Likevel ble det gjennomgående vektlagt at erfaringsbasert kompetanseutvikling alene, er for sårbart til å sikre kvalitetssikret kompetansegrunnlag hos helsepersonell i dag. Aktørene peker på at erfaring alltid er basert i det som er etablert og avhengig av kompetansen som finnes i fagmiljøet man har rundt seg. Erfaringsbasert kompetanse kan i liten grad gi helsepersonell nødvendig oppdatering på områder som ikke er tatt inn i lokal klinisk praksis enda eller gi nye impulser som stimulerer til innovasjon og omstilling.

En annen viktig observasjon som er gjort i samtalene med aktørene, er at hva som inkluderes i klinisk breddekompetanse kan være ulike ting for ulike aktører. Denne observasjonen kan være viktig å ta med

seg for aktørene når man jobber med utvikling av denne kompetansen for sykepleiere. Det kan blant annet bety at det er behov for å etablere en omforent forståelse av hva som faktisk inngår i sykepleieres kliniske breddekompetanse og hva slags følger dette skal ha for kompetanseutvikling og oppdatering. Helsedirektoratet mener at denne utredningen gir holdepunkter for at klinisk breddekompetanse har et generisk innhold og kompetansen brukes av sykepleiere som jobber i alle deler av helsetjenesten. Denne felles plattformen kan være hensiktsmessig å forsøke å beholde når helseforetakene legger til rette for faglig oppdatering.

Avansert klinisk breddekompetanse

I samtaler med tjenestene i denne utredningen, kommer det frem at utfordringene knyttet til økt antall pasienter med sammensatte lidelser og komplekse behov, flere pasienter med uavklarete kliniske problemstillinger, flere pasienter som er svært syke med behov for medisinsk overvåking på vanlige sengeposter, og flere skrøpelige eldre som pasienter, kombinert med høyt antall pasienter og mange nyutdannede sykepleiere i staben - er allerede del av den kliniske hverdagen til sykepleierne som jobber ved de aktuelle tjenestestedene. Dette er endringer som gir økt kompleksitet i de kliniske situasjonene sykepleiere må kunne håndtere. Dette bringer frem behov for at sykepleiere må ta mer ansvar for avansert oppfølging av pasienter og pårørende, og kunne fungere i tverrfaglige og spesialiserte team.

I det tidligere utredningsarbeidet (Helsedirektoratet, 2017) pekte Helsedirektoratet på at mastergradsutdanning innen avansert klinisk sykepleie er et effektivt tiltak for å heve sykepleieres kliniske breddekompetanse til nødvendig, avanserte nivå for å møte fremtidige utfordringer som helsetjenesten må løse. Dette var særlig ut fra endringer i befolkningens behov for helsetjenester, endringer som vi ser i denne utredningen at allerede erfarer som en del av den kliniske hverdagen for sykepleiere ved de aktuelle tjenestestedene.

Kompetanse på et mer avansert nivå vil si å gi sykepleieren en tilleggskompetanse utover grunnutdanning som er på bachelornivå. I det norske utdanningssystemet gjøres dette gjennom videreutdanningstilbud på høyere akademisk nivå som vil si mastergrad og PhD, jf. [kvalifikasjonsrammeverket](#). Knyttet til klinisk breddekompetanse handler dette om å heve sykepleierens kompetanse innenfor alle sentrale fagområder som klinisk breddekompetanse bygger på. Behovet for avansert nivå som denne utredningen har identifisert, er særlig knyttet til kliniske pasientsituasjoner som er komplekse og uavklarte. Sykepleiefaglig krever dette vurderinger og beslutninger som strekker seg utover det som er mulig å oppnå i grunnutdanningen.

I utredningen har det vært påpekt at endrede krav til sykepleierens kompetanse burde først adresseres i grunnutdanningen. Dette er allerede gjort i regi av det nasjonale utviklingsarbeidet som har vært pågående siden 2017 hvor målet er å oppdatere sluttkompetansen til alle helse- og sosialfagutdanningene som del av [RETHOS](#). For bachelor i sykepleie, har dette resultert i en endring fra rammeplan til [Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning](#). En overordnet målsetning med dette nasjonale utviklingsarbeidet er at alle helse- og sosialfagutdanningene i Norge er framtidsrettede og i tråd med tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov. Hvorvidt endringer etter RETHOS er optimale og tilstrekkelig ut fra endrede behov for kompetanse i helsetjenestene, er for tidlig å si noe om siden kull utdannet etter ny retningslinje, er tidligst uteksaminert i 2023. Helsedirektoratet mener også at de kompetansebehovene som er identifisert knyttet til å møte behov hos pasienter med sammensatte lidelser, alvorlig sykdom og uavklarte problemstillinger, samt behovet for å koordinere tjenestetilbud, sannsynlig krever både klinisk erfaring og økt fagkompetanse utover det som er rimelig å anta at kan oppnås i en grunnutdanning på tre år. Da det ikke er aktuelt å endre grunnutdanningen til sykepleiere til en sammenhengende mastergrad, vil det være nødvendig å bygge på grunnutdanningen med videreutdanning. Dette vil inkludere blant annet mastergrader og PhD-løp for å sikre rett kompetanse i tjenestene og livslang læring.

Denne utredningen og tidligere utredningsarbeid, har pekt på at avansert klinisk breddekompetanse bør oppnås gjennom formell videreutdanning på mastergrads- eller PhD-nivå. Kortere videreutdanninger er ikke egnet for å løfte sykepleierkompetansen til det avanserte nivået som er nødvendig for at sykepleierne skal kunne gå inn i selvstendige og utvidede funksjonsområder. Dette vil kreve et integrert utdanningsløp som både hever kliniske kvalifikasjoner, akademiske ferdigheter og øker kritisk-analytisk refleksjonsnivå hos sykepleieren. Dette er nødvendig så lenge målet er å kvalifisere sykepleieren til nye kliniske roller med endret ansvarsområde. Dette vil kreve at sykepleieren klarer å avgrense sitt ansvarsområde opp mot eksisterende roller og egen kompetanse, samtidig som h*n har ferdigheter til å utvikle sin kliniske kompetanse i takt med medisinsk og teknologisk utvikling. Dette krever også at sykepleieren får et bevisst forhold til egne begrensninger ved ny kompetanse og hvordan jobbe systematisk og kunnskapsbasert med faglig utvikling. Behovet for å øke kompetansen til et slikt høyere nivå, kan i liten grad ivaretas gjennom klinisk erfaringsutveksling.

Erfaringsutveksling er i sin natur avgrenset til de situasjoner som sykepleierne møter i sitt virke. Dette vil være avgrenset til det som ordinært er sykepleiernes ansvar og kan være delvis tilfeldig med hensyn til variasjon og omfang.

Det er også viktig at denne faggruppen i norsk kontekst er på nivå med det internasjonale fagmiljøet på feltet slik at man kan dra veksler på internasjonal utvikling av rollen og fagområder innen avansert klinisk breddekompetanse. Samlet sett vil dette kreve at kompetansen bygger på klinisk erfaring og er rettet mot pasientnært arbeid, men formalisert gjennom mastergradsprogram som gir kompetanse som avansert klinisk sykepleier.

