

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Spesialistgodkjenning krever samspill mellom utdanning og helsetjeneste

Spesialistløpet for sykepleiere balanserer mellom utdanning og arbeidsgiverstyrt godkjenning. Tettere samspill kan styrke spesialistgodkjenningen.

[Lars Mathisen](#)

Intensivsykepleier og forsker
Akuttklinikken, Oslo Universitetssykehus

[Mons Sjøberg](#)

Avdelingsleder
Akuttklinikken, Oslo Universitetssykehus

[Autorisasjon](#)

[Helsetjeneste](#)

[Intensiv](#)

[Mastergradsutdanning](#)

Sykepleien 2024;112(96726):e-96726

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2024.96726](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.96726)

Hovedbudskap

I debatten om spesialistløp for sykepleiere er ytterpunktene for å oppnå offentlig spesialistgodkjenning en vitnemålskvalifisering eller en rent arbeidsgiverstyrt modell. Begge ytterpunktene finnes i dag i helsetjenesten. Det er mulig å sikte høyere og oppnå mer ved å utvikle tettere samspill mellom utdanningssektoren og helsetjenesten. Modellen forutsetter en tydeligere ansvarsavklaring i spesialistløpet frem til offentlig godkjenning. Vi argumenterer her for en samspillmodell.

Med spesialistløpet menes tidslinjen fra fullført bachelorutdanning i sykepleie og til offentlig godkjenning fra Helsedirektoratet som spesialist i et klinisk fagområde innen sykepleie. Helsedirektoratet leverte i juni 2023 en utredning om modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper (1).

Stortingsmeldingen nasjonal helse- og samhandlingsplan (2) varsler innsats for å etablere en offentlig spesialistgodkjenning for anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleiere (ABIOK-gruppene), jordmødre, helsesykepleiere og sykepleiere innen psykisk helse, rus og avhengighet.

«Tildeling av autorisasjon og lisens skal være en sikkerhet.»

I nasjonal helse- og samhandlingsplan heter det: «Formålet med offentlig autorisasjon og lisens er først og fremst å ivareta hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet, tillit til helsepersonell og til helse- og omsorgstjenesten i tjenesteytingen. Tildeling av autorisasjon og lisens skal være en sikkerhet for at helsepersonell med en bestemt tittel har en bestemt type kompetanse» (2).

Vi må legge til grunn at helsetjenestens spesialistbegrep omfatter både en akademisk og en klinisk handlingskompetanse (1, 3), altså en demonstrert evne til å tre inn og stå ansvarlig i en spesialistrolle. Innenfor gradsgivende bachelor- og masterutdanninger er ansvaret for kvalifisering lagt til utdanningssektoren, og et medvirkningsansvar ligger til helsetjenesten.

Offentlig godkjenning av spesialister er en særlig kvalifisering av den kliniske realkompetansen slik denne praktiseres, kvalitetssikres, ledes og utvikles under helsetjenestens ansvar. Tillit til trygge og sikre helsetjenester forutsetter at spesialistgodkjenningen ligger på et læringsnivå over funksjonsberedskap, og at funksjonsdyktighet nås på en systematisk måte gjennom veiledet praksis i en egnet læringskontekst (4).

FAKTA

Helsedirektoratets modeller for spesialistgodkjenning

I rapporten om modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper drøfter Helsedirektoratet tre ulike løsningsforslag til innslagspunktet for spesialistkompetanse (2). Partene i kommunal sektor, spesialisthelsetjeneste og universitets- og høyskolesektoren var involvert i forarbeidene til rapporten. Det er enighet om at en spesialistgodkjenning må bygge på kompetanse som er

- nasjonal, standardisert og forskriftsfestet
- inneholder arenaer for samhandling mellom aktørene på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå
- har mekanismer for livslang læring som sikrer at spesialistutdanningen svarer til samfunnets behov

Tre modeller er lagt frem som løsninger på spørsmålet om spesialistgodkjenning innen sykepleie:

- Modell 1 handler om å gi spesialistgodkjenning etter fullført mastergrad ved universitet eller høyskole. Det tilsvarer dagens ordning for spesialistgodkjenning av kliniske allmennsykepleiere (AKS)
- Modell 2 innebærer at det i tillegg til mastergrad må gjennomføres noen år med klinisk yrkesutøvelse i etterkant, før spesialistgodkjenning kan innvilges.
- Modell 3 skisserer et utdanningsløp inspirert av legene, der spesialistutdanningen foregår underveis i praktisk yrkesutøvelse mens sykepleieren er i jobb.

Kilde: [Helsedirektoratet](#)

Direktoratet ønsker bred og spisset erfaring

Helsedirektoratet legger i sin rapport (2) til grunn at en sykepleier bør ha både bred og spisset erfaring fra pasientnært arbeid for å bli klinisk spesialist. De fleste aktørene – inkludert Helsedirektoratet – mener det bør settes krav til veiledet yrkeserfaring etter masterstudiet for å oppnå nødvendig realkompetanse innen et fagområde.

Ulike spesialiteter kan tenkes å ha ulike krav til organisering og omfang av klinisk yrkeserfaring, for eksempel av hensyn til behovet for kjennskap til både kommune- og spesialisthelsetjeneste – eller av hensyn til opptakskrav.

Figur 1 viser tidslinjen for et spesialistløp med ulike nyanser basert på Helsedirektoratets tre modeller.

Figur 1. Spesialistløpet

Helsedirektoratets modellforslag		Spesialistløp		
		Forpraksis inntil 2 år	Vitnemål fra masterstudiet 120 stp	Veiledet yrkespraksis i spesialistrollen
Modell 1	Variant a	Vitnemål uten forpraksis, <u>uten</u> rollepraksis		
	Variant b	Forpraksis + vitnemål		
Modell 2	Variant a	Vitnemål uten forpraksis, <u>med</u> rollepraksis		
	Variant b	Forpraksis + vitnemål + rollepraksis		
Modell 3		Kvalifisering gjennom praktisk yrkesutøvelse		

Spesialistgodkjenning etter søknad

Hver rad skisserer en variant. For eksempel viser modell 2b innplassering av en forpraksis og en veiledet rollepraksis etter avlagt vitnemål, før det kan søkes spesialistgodkjenning fra direktoratet.

Vi ser et forbedringspotensial

Modellene 1 og 2 har til felles at utdanning av spesialister vil være organisert og tilrettelagt for et samarbeid mellom utdanningssektoren og helsetjenesten, der utdanningssektoren beholder ansvar for delene av spesialistløpet som fører til vitnemål.

I modell 1 og 2 har helsetjenesten ansvaret for eventuell forpraksis før studiestart. I modell 2 har de også ansvar for veiledet rollepraksis etter avlagt vitnemål, som kan føre til offentlig godkjenning som spesialist.

Helsedirektoratets rapport preges av tradisjonelle skott mellom sektorene, med en lav grad av samstemt utdanningsledelse, innhold og progresjon for de kompetansebyggende aktivitetene. Her ligger det et forbedringspotensial, med utdanningsvitenskap som en brobygger mellom sektorene.

«Det er grunn til å stille spørsmål ved om modell 3 sikrer livslang læring uten en akademisk kvalifisering på masternivå.»

Modell 3 er ikke tverrsektoriell i spesialistløpet og har heller ikke kvalitetskontroll gjennom Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (Nokut), slik som utdanninger innen universitets- og høyskolesystemet har. Det er grunn til å stille spørsmål ved om modell 3 sikrer livslang læring uten en akademisk kvalifisering på masternivå. Helsetjenestens utvikling vil være avhengig av at profesjonsutøverne har tilegnet seg å «lære å lære» gjennom kravene til kritisk tenkning som mastergraden innebærer.

Vi trenger nok utøvere med master- og doktorgrad for å sikre oppdatert bransjekunnskap og for å styrke forskning og utdanningskompetanse i helsetjenesten. Flere mekanismer, for eksempel nærings-ph.d. i tjenesteorienterte doktorgradsløp, vil bidra til å tette kompetansegap og stimulere til relevant forskning som støtter målene for spesialistgodkjenning.

Løper utviklingen fra modell 1?

For tiden er offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere iverksatt for klinisk allmennsykepleie, der søknadsgrunnlaget er lik modell 1 med vitnemål fra akkreditert masterutdanning. Helsetjenesten får mye ansvar uten myndighet i modell 1. Spørsmålet er om modellen kan overleve endringer i rammevilkår og oppdragsforståelse i utdanningssektoren eller helsetjenesten.

Et vitnemålsbasert innslagspunkt for spesialistgodkjenning vil stå svakt jo større avstand det er mellom kandidatenes funksjonsberedskap og den kliniske funksjonsdyktigheten som er forventet av en spesialist.

Vi har observert at samarbeidet mellom helsetjenesten og utdanningssektoren utfordres ved trangere økonomi, svak ettervekst til utdannings- og forskerkarrierer og ved knapphet på praksisplasser i helsetjenesten. Friksjon spisser debatten om kapasitet, ressurser og arbeidsfordeling innenfor dagens juridiske rammer. Diskusjonen om forpraksis illustrerer at konfrontasjon overstyrer samspill.

Det tidligere kravet om to års forpraksis før opptak til videreutdanning er satt i spill. Samarbeidsavtaler må reforhandles siden masterstudiene innen RETHOS-3 ikke lenger har yrkespraksis i opptakskravene.

Økt samspill er ønskelig

Praksistilbydere argumenterer med at kandidatenes læreforutsetninger er svekket, ressursinnsatsen til praksisveiledning øker, og at dette får konsekvenser for den totale fordelingen og prioriteringen av praksisplasser.

Enkelte utdanningsinstitusjoner har utlyst direkte opptak til kliniske masterstudier etter bachelor i sykepleie og står dermed i opposisjon til regionale helseforetak, som avviser å stille praksisplasser til rådighet for masterstudenter uten yrkespraksis (5).

Det er nå ønskelig å reversere en tilspisset konfrontasjonsretorikk og erstatte den med økt samspill mellom helsetjenesten og utdanningssektoren. Utdanningsforskning er nødvendig for å styre utviklingen i en mer empirisk retning.

«Kravet om forpraksis virker mer basert på tradisjon enn på forskning.»

Kravet om forpraksis virker mer basert på tradisjon enn på forskning. Raske og ensidige endringer kan derfor risikere å svekke innholdet i spesialistløpet og tilliten til det. Tillit dreier seg her om å kunne sikre realkompetanse ved et sammenhengende og fullført spesialistløp, slik at forventninger til spesialistens atferd og handling er etterprøvbare fra et tilsynsperspektiv.

Tidligere antakelser vil snart være utdatert

Modell 1 ble utviklet idet bachelorutdanningen i sykepleie fikk ny, nasjonal retningslinje (6, 7). Tidligere antakelser om kompetansenivå og balansen mellom kandidatenes funksjonsberedskap og funksjonsdyktighet vil være utdatert i de nærmeste årene.

De første studentene som følger den nye, nasjonale retningslinjen fra 2020, blir autorisert som sykepleiere fra 2023 og utover. Utdanningen har høye ambisjoner, og endringen kan påvirke nyutdannede sykepleieres forutsetninger når de starter et spesialistløp.

Det kan igjen påvirke innhold, veiledning og progresjon i spesialistløpet. Det er grunn til å stille spørsmål ved om sektorsamarbeidet i dag er godt nok utviklet til å ha en informert dialog om studiet og senere spesialistløp.

Ansvarsavklaring er nødvendig

Vi ser at det har festet seg en samarbeidsform preget av forhandlingsretorikk og silotenkning om ansvar og ressurser mellom utdanningssektor og helsetjeneste. Det kommer til uttrykk i søkelyset på maktbalanse, eksemplifisert gjennom riggingen av RETHOS-prosjektene (8) og ved at konfrontasjon erstatter dialog, slik som i spørsmålet om forpraksis.

Å bygge større tillit mellom sektorene er grunnleggende for å få samarbeidet over i et samspill om gode spesialistløp, og et viktig skritt på veien er å spille på hverandres styrker. Helsetjenesten har resultatansvar for klinisk praksis og tjenesteutvikling.

Utdanningssektoren har ansvar for høyere utdanning og spisskompetanse på pedagogikk. De to sektorene har gode forutsetninger og hver sine fortrinn, men de trenger ansvarsavklaring og bedre kanaler for samarbeid (se tabell 1).

Tabell 1. Ressurser i et styrkebasert samspill

Helsetjenesten	Utdanningssektoren
<ul style="list-style-type: none">• I front på tjenesteutvikling og overvåking av tjenestekvalitet• Bidrar som praksistilbyder innen høyere utdanning• Har som arbeidsgiver myndighet og ansvar for utviklingen fra klinisk funksjonsberedskap til funksjonsdyktighet• Bør få ansvar og finansiering for kvalifiserende yrkespraksis i spesialistløp for sykepleiere	<ul style="list-style-type: none">• Kan utstede vitnemål• Må være konkurransedyktig på kvalitet i høyere utdanning• Har Nokut som eksternt forvalter av akkreditering og tilsyn med utdanningskvalitet• Er pådriver for å utvikle og nyttiggjøre pedagogisk kompetanse• Leverer akademiske forutsetninger for å lære hele livet

Forkortelse: Nokut = Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen

Det er ingen grunn til å være passivt avventende til utviklingen. Regjeringen avvikler utdanningsløftet som ble iverksatt under covid-19-pandemien, og den har iverksatt en tilpasning til et nytt finansieringssystem for utdanningssektorene (9).

Det er usikkerhet knyttet til studentrekruttering (10) og om den statlige finansieringen vil svare til kostnadene ved bachelor- og masterutdanningen for sykepleiere. Praksisstudier krever tid og personell, men er lite meritterende i akademiske karriereløp og kan komme under press innen sektoren og i arbeidsfordelingen mellom sektorene.

Politiske og faglige grep må til

Det er knapphet på praksisplasser og veilederressurser (11), samtidig som rekruttering og kvalifisering til vitenskapelige stillinger i utdanningssektoren er utilstrekkelig (12). I helsetjenesten er kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen utfordret, og et kortsiktig søkelys på detaljer innen oppgavedeling kan overskygge langsiktig arbeid for å utvikle spisskompetanse (13). Situasjonsbildet innebærer risiko for ytterligere fragmentering av samarbeidet om spesialistutdanning.

«Det gir bedre ressursbruk og læring å gå fra samarbeid til samspill.»

Vi konkluderer med å tilrå politiske og faglige grep for å styrke det tverrsektorielle samspillet om hele spesialistløpet, fra grunnutdanning og frem til offentlig godkjenning. Vi ønsker å tydeliggjøre sektoransvaret i spesialistløpet som et virkemiddel for å få bedre samspill mellom helsetjenesten og utdanningssektoren. Målet er at spesialistgodkjenning for sykepleiere baseres på formell kompetanse fra vitnemål og kvalifiserende, veiledet praksis i spesialistrollen etter utdanning.

Det gir bedre ressursbruk og læring å gå fra samarbeid til samspill. I samspillmodellen planlegger sektorene sammen for læring i spesialistløpet – og for å dra nytte av og inspirere den dobbeltkompetansen spesialistene utvikler, både rettet mot pasienter og systemet.

Utdanningsforskning kan bidra positivt

Utdanningsforskning vil være et fellesprosjekt for sektorene og kan bidra til å begrunne, planlegge og evaluere det pedagogiske håndverket i spesialistløpet. Ideen om samstemt undervisning, kalt *constructive alignment* (14), kan skape sammenheng på tvers av sektorer og sikre at læringsutbytte, innhold, metoder og vurdering henger sammen gjennom hele spesialistløpet.

Vi argumenterer for at Helsedirektoratets rapport fra 2023 må debatteres i lys av utviklingstrekkene i året etter publisering. Ved å videreutvikle modell 2, slik vi har skissert ovenfor, vil utdanningssektoren og helsetjenesten ha hver sine ansvars- og myndighetsområder for å innfri «kvalitet og pasientsikkerhet, tillit til helsepersonell og til helse- og omsorgstjenesten» (2).

Høyere utdanning ivaretar opptak, formell utdanning og vitnemål som er forankret i internasjonale rammeverk. Helsetjenestens sykehus og regioner har ansvaret for å organisere, gjennomføre og godkjenne kvalifiserende yrkespraksis i spesialistløpet som grunnlag for å søke offentlig godkjenning.

En tverrsektoriell agenda til et program for utdanningsforskning kan og bør følge av spesialistløpets oppbygging, med mål om å styrke kunnskapsgrunnlaget for det pedagogiske håndverket og oppnå god bruk og prioritering av den totale utdanningskapasiteten.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter



KOMPETANSEKRAV: De fleste aktørene mener det bør settes krav til veiledet yrkeserfaring etter masterstudiet for å oppnå nødvendig realkompetanse innen et fagområde. *Illustrasjonsfoto: Maskot/NTB*

- 1 Helsedirektoratet. Modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 5. juni 2023 [hentet 18. juni 2024]. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/modeller-for-spesialistgodkjenning-av-sykepleiergrupper>
- 2 Meld. St. 9 (2023–2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024 [hentet 18. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>
- 3 Helsedirektoratet. Fremtidens legespesialister [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 1. desember 2014 [hentet 18. juni 2024]. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fremtidens-legespesialister>
- 4 McHugh MD, Lake ET. Understanding clinical expertise: Nurse education, experience, and the hospital context. Res Nurs Health. 2010;33(4):276–87. DOI: [10.1002/nur.20388](https://doi.org/10.1002/nur.20388)
- 5 Larsen H, Tønnessen E. Helseforetak setter foten ned for nytt masteropptak [internett]. Oslo: Khrono; 8. juni 2023 [hentet 18. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.khrono.no/helseforetak-setter-foten-ned-for-nytt-masteropptak/787251>
- 6 Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. FOR-2019-03-15-412 [hentet 18. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- 7 Amundsen M, Sverdrup S, Rasmussen I. Lik sluttkompetanse – visjon eller virkelighet [internett]. Oslo: Vista Analyse; 2021 [hentet 18. juni 2024]. Rapport 2021–2. Tilgjengelig fra: <https://vista-analyse.no/no/publikasjoner/lik-sluttkompetanse-visjon-eller-virkelighet/>
- 8 Kunnskapsdepartementet. Mandat: Retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene, RETHOS fase 3 [internett]. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2019 [hentet 18. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8466abdfa714e7dac938f82083d8583/mandat-for-arbeidet-med-rethos-fase-3-nettsiden.pdf>
- 9 Solberg E, Kallerud E, Ramberg I, Sarpebakken B. Forskning og høyere utdanning i budsjettproposisjonen for 2024: Statsbudsjettet 2024 [internett]. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU); 2023. [hentet 18. juni 2024]. NIFU Innsikt 2023:9. Tilgjengelig fra <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/3104602/NIFU-innsikt2023-9-Statsbudsjettet.pdf?sequence=10&isAllowed=y>
- 10 Vifladt H. Utdanningen skal nå bli mer fleksibel [internett]. Oslo: Sykepleien; 11. mars 2024 [hentet 18. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2024/03/utdanningen-skal-na-bli-mer-fleksibel-det-kan-gj-flere-sykepleiere>
- 11 Haugen A, Helle M. Kartlegging av utvikling i opptak, gjennomføring, kandidatproduksjon og praksisplasser for sykepleieutdanninger [internett]. Bergen: Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir); 30. mai 2023 [hentet 18. juni 2024]. Notat 2023:3. Tilgjengelig fra: <https://hkdir.no/rapporter-undersokelser-og-statistikk/kartlegging-av-utvikling-i-opptak-gjennomforing-kandidatproduksjon-og-praksisplasser-for-sykepleieutdanninger>
- 12 Aamodt PO, Kjersti Nesje K, Olsen BM. Rekruttering til forskning i sykepleie: En kartlegging av rekrutteringsbehov, rekrutteringsgrunnlag og stipendiatenes karriereplaner [internett]. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU); 2018 [hentet 18. juni 2024]. Rapport 2018:28. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2022-01/rekruttering-til-forskning-i-sykepleie.-nifu-2018-.pdf.pdf>
- 13 Gjevjon ER. Ansvars- og oppgavedeling i et sykepleierperspektiv [internett]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 13. mars 2023 [hentet 18. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-04/norsk-sykepleierforbund-ansvars-og-oppgavedeling-i-et-sykepleierperspektiv.pdf>
- 14 Biggs J, Tang C, Kennedy G. Teaching for quality learning at university, 5. utg. Maidenhead: McGraw Hill; 2022.