



Videreutdanning for sykepleiere - Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?



Publikasjonens tittel: Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?

Utgitt: 12/2017

Publikasjonsnummer: IS-2674

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling spesialisering og etterutdanning
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Lenke til pdf:

FORORD

Rapporten er svar på Tillegg til tildelingsbrev nr 27 og nr 28 – Oppdrag på personellområdet ifm. oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan og Primærhelsemeldingen.

Denne rapporten svarer ut første del av oppdraget som omhandler gjennomgang av dagens videreutdanningstilbud for sykepleiere, vurdering av om de møter tjenestenes behov og om det er behov for oppretting av nye videreutdanninger på masternivå.

Den delen som dreier seg om mulig etablering av offentlig spesialistgodkjenning, vil Helse- og omsorgsdepartementet beskrive nærmere i eget oppdragsbrev.

I vurderingen av tjenestenes kompetanse har det vært nødvendig å involvere andre aktører. Helsedirektoratet takker representanter for utdanningssektoren, helse- og omsorgssektoren og Norsk Sykepleierforbund for verdifulle bidrag og god dialog.

Vi retter en spesiell takk til våre eksterne samarbeidspartnere Grete Ottersen Samstad (St. Olavs Hospital), Viggo Mastad (Norges teknisk- naturvitenskapelig universitet) og Henning Denstad (A-2 Norge).

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
SAMMENDRAG	6
1. INNLEDNING	8
1.1 Rapportens oppbygning	8
1.2 Oppdraget	9
1.3 Direktoratets tilnærming til oppdraget	9
1.4 Begrepsbruk	10
2. SITUASJONSBEKRIVELSE OG TJENESTENES BEHOV	11
2.1 Utviklingstrekk som påvirker behovet for sykepleiere	11
2.1.1 Demografiske utvikling	11
2.1.2 Befolkningens sykdomsutvikling	12
2.1.3 Organisatoriske endringer i helse- og omsorgstjenesten	14
2.2 Sykepleiere og annet pleiepersonell i kommunale helse og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten	15
2.3 Nåværende videreutdanningstilbud	16
2.3.1 Videreutdanninger på 60 studiepoeng	17
2.3.2 Videreutdanninger på 90 studiepoeng	18
2.3.3 Tverrfaglige videreutdanninger	19

2.3.4	Masterutdanninger 120 studiepoeng	19
2.3.5	Utdanningstilbudet i Avansert klinisk sykepleie (AKS)	21
2.4	Tilbakemelding fra tjenestene om deres behov	21
2.5	Utvidet kompetansebehov knyttet til utvalgte pasientgrupper	23
2.5.1	Eldre med store og sammensatte behov	24
2.5.2	Pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk	25
2.5.3	Barn, unge og deres familier	26
2.6	Oppsummering av behov	27
3.	DRØFTING AV MULIGE LØSNINGER	29
3.1	Avansert klinisk sykepleie (AKS)	29
3.2	AKS i en internasjonal kontekst	29
3.3	AKS i Norge	30
3.4	Målbilde: Sluttkompetanse med mastergrad i AKS	32
3.4.1	Innledning	32
3.4.2	Kunnskaper om sykdom og helse hos ulike pasientgrupper	32
3.4.3	Vurderings- og handlingskompetanse	32
3.4.4	Tjenestekoordinerings og faglig ledelse	33
3.4.5	Kunnskapsbasert fagutvikling og tjenesteforbedring	33
3.5	Drøfting av nye områder for videreutdanning på masternivå	33
3.5.1	Innledning	33
3.5.2	Psykiske lidelser og rusproblematikk	34
3.5.3	Barn, unge og deres familier	35
3.5.4	Eldre	38
3.6	Alternativer til full mastergrad	38
3.6.1	Innplassering i norsk og andre lands utdanningssystem	38
3.6.2	Rekrutteringshensyn	39
3.6.3	Ambisjonsnivå for masterutdanning i AKS	39
3.7	Konklusjon	40
3.7.1	AKS på mastergradsnivå	40
3.7.2	Videreutdanning innen allmennsykepleie	40
3.7.3	Videreutdanning innen barne-, ungdoms- og familiesykepleie	41

4. ANBEFALING	42
4.1 Etablering av to nye AKS videreutdanninger på masternivå	42
4.2 Oppbygging av masterutdanningene	43
4.2.1 Modul 1	44
4.2.2 Modul 2	46
4.2.3 Sammenheng mellom modul 1 og 2	46
5. ADMINISTRATIVE, UTDANNINGSMESSIGE OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER	47
5.1 Utdanningsinstitusjonene	47
5.2 Arbeidsgiver	49
6. LITTERATUR	51
7. VEDLEGG /APPENDIKS	56
Vedlegg 1: Sykepleier og annet pleiepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten	56
Vedlegg 2: Resultater fra internasjonale studier om avanserte roller for sykepleiere	60
Vedlegg 3: Interessentanalyse	66
Vedlegg 4: Kartlegging om kompetansebehov sendt ut til tjenestene	68
Vedlegg 5: Innholdet i dagens AKS-utdanninger	71
Vedlegg 6: Spørsmål til gruppearbeid på arbeidsseminaret	72
Tabell 1: Mottakere av helse- og omsorgstjenester per 31.12.2016	
Tabell 2: Oversikt over masterutdanninger for sykepleiere (120 studiepoeng)	
Fig. 1: Utvikling antall studenter uteksaminert 2010- 2016 (60 studiepoeng)	
Fig. 2: Utvikling antall studenter uteksaminert 2010 -2016 (90 studiepoeng)	
Fig. 3: Utvikling antall studenter uteksaminert 2010 -2016 (60-, 90-, 120 studiepoeng)	
Fig 4: Strukturell sammenheng mellom modulene og kompetanseområdene	

SAMMENDRAG

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet kartlagt dagens videreutdanningstilbud i sykepleie og vurdert hvordan det samsvarer med behovet i helsetjenestene.

Demografisk utvikling viser at det blir stadig flere eldre pasienter i helse- og omsorgstjenestene. Fordi eldre pasienter ofte har ulike sykdommer som kan interagere med hverandre i tillegg til at de har aldersrelaterte plager, ser vi at en aldrende befolkning medfører økt behov for helsehjelp fra sykepleiere som har tilstrekkelig breddekompetanse til å ivareta de eldre pasientenes behov.

Sykdomsutviklingen viser at flere pasienter enn før i alle aldersgrupper lever med sammensatte lidelser og komplekse behov for helse- og omsorgstjenester. Det er mye som tyder på at somatisk behov hos pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk ikke er godt nok ivaretatt i tjenesten. Dette er pasientgrupper som trenger helsehjelp fra sykepleiere med avansert kompetanse som kan ivareta helhetsperspektivet.

I tillegg til forebyggende og helsefremmende arbeid blant barn og unge, tidlig avdekking av sykdom og utviklingsforstyrrelser, er det behov for bedre ivaretagelse av syke barn og unge i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette gjelder særlig pasienter med store funksjonshemninger eller alvorlige kroniske sykdommer og som har behov for godt koordinerte tjenester. Det er behov for å utvikle helse- og omsorgstilbudet til unge med psykiske lidelser. Sykepleiere med videreutdanning kan ha sentrale roller i helsetjenestene til barn og unge i kommunene.

Samhandlingsreformen har ført til behov for sykepleiere med høy kompetanse i kommunene. Som følge av kortere liggetider i sykehus og nye oppgaver for sykepleiere i ulike former for team, er det behov for sykepleiere med videreutdanning som gir dem breddekompetanse til å ivareta nye roller og pasienter i ustabile og uavklarte sykdomstilstander.

Tilbakemeldinger fra sentrale aktører i tjenestene bekrefter at de norske videreutdanningene i sykepleie er godt utbygd og svarer på viktige behov primært i spesialisthelsetjenesten. Endringer i sykdomsbilde og organisering av tjenestene gjør likevel at behovet for breddekompetanse,

spesielt i kommunal helse- og omsorgstjenester, i begrenset grad imøtekommes av det nåværende utdanningstilbudet. Det påpekes at master- og videreutdanningstilbudet mangler standardisering.

Helsedirektoratet foreslår to videreutdanninger på masternivå i avansert klinisk sykepleie (AKS):

1. **Master i allmennsykepleie.** Helsedirektoratet vurderer at det er et behov for sykepleiere med avansert klinisk kompetanse i arbeid rettet mot brukere med sammensatte lidelser og komplekse behov for tjenester. Mange eldre pasienter er i denne gruppen, men det er også en god del voksne pasienter mellom 18 og 67 år med denne type behov, særlig i kommunene. *Helsedirektoratet konkluderer med at det bør etableres en egen mastergrad innen allmennsykepleie.*
2. **Master i barn, unge og familie.** Kommunene har overtatt stadig mer av ansvaret for behandling, rehabilitering og oppfølging av barn og unge med alvorlige lidelser, kompliserte tilstander og komplekse behov for tjenester. Framover vil det være behov for å både tilby helsefremmende og forebyggende arbeid overfor barn og unge, slik helsesøster i hovedsak arbeider i dag, og samtidig ivareta helhetsperspektivet overfor barn og unge fra enkle helsebekymringer helt over til alvorlig sykdom, funksjonshemminger og store helseutfordringer. *Helsedirektoratet konkluderer med at det bør etableres en egen mastergrad i AKS innen barne-, ungdoms- og familiesykepleie.*

Følgende kompetanseområder bør inngå i masterutdanningene for å sikre at behovet for breddekompetanse i tjenestene dekkes:

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

1. INNLEDNING

1.1 Rapportens oppbygning

I dette kapitlet gir vi en kortfattet oversikt over rapportens kapitler og innholdet i dem.

I kapittel 1 beskriver vi bakgrunnen for oppdraget, med utdrag fra oppdragsbeskrivelsen, avklaringer som er gjort underveis, og hvordan direktoratet har valgt å tilnærme seg oppgaven.

I kapittel 2 er det gjort en sammenstilling som viser en situasjonsbeskrivelse og relevante behov i tjenestene. Dette dekker demografisk utvikling, befolkningsmessig sykdomsutvikling, samt oversikt over dagens omfang og sammensetning av helsepersonell og utdanningstilbud. Behovsoversikten inkluderer viktige tilbakemeldinger fra tjenestene og en beskrivelse av utvidete kompetansebehov knyttet til utvalgte pasientgrupper, med hovedvekt på forhold som har betydning for nåværende og fremtidig videreutdanning av sykepleiere.

I kapittel 3 drøftes funn fra kapittel 2 med vekt på å vurdere hvordan gapet mellom dagens utdanningstilbud og den fremtidige behovsprofilen best kan dekkes. Det tas utgangspunkt i erfaringer med avansert klinisk sykepleie (AKS) i Norge og internasjonalt, og dette settes i sammenheng med behovsprofilen avdekket i kapittel 2. Det diskuteres her hvordan en mastergrad innen AKS kan løse de utfordringer man ser i årene fremover.

I kapittel 4 kommer selve anbefalingen om hvilke tiltak som bør iverksettes. Det blir konkret beskrevet hvordan to nye mastergradsutdanninger kan bygges opp.

I kapittel 5 ser vi nærmere på hvilke økonomiske og administrative konsekvenser anbefalingene vil kunne ha med vekt på utdanningsinstitusjonene og arbeidsgivere.

1.2 Oppdraget

Høsten 2016 ga Helse og Omsorgsdepartementet Helsedirektoratet følgende oppdrag:

Gjennomgå videreutdanningstilbud og vurdere behovet for å etablere avansert klinisk videreutdanning på masternivå rettet mot hhv. den kommunale helse- og omsorgstjenestenes og sykehusenes behov – inkl. vurdering av mulig etablering av offentlig spesialistgodkjenning.

- Gjennomgå videreutdanningstilbud og vurdere om innholdet i dagens videreutdanninger for sykepleiere møter behovet i tjenestene*
- Utrede etablering av en eller flere kliniske videreutdanninger på masternivå som møter behovet for breddekompetanse i tjenestene, både i kommunene og i sykehus*

Videre:

- Vurdere om det bør etableres offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere med masterutdanning med faglig bredde som samsvarer med tjenestenes behov*
- Utrede om utvalgte grupper skal gis utvidede rettigheter til å foreskrive legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept, og vurdere om flere grupper skal få rett til å henvise til andre tjenesteytere.*

Oppdrag knyttet til de to siste punktene vil bli gitt i eget oppdragsbrev når det foreligger en delkonklusjon på de to første. Den foreliggende rapporten besvarer den første delen av mandatet.

Oppdraget, og dermed rapporten, er en oppfølging av Primærhelsemeldingens kapittel 15 som angår kompetanse, og Nasjonal helse- og sykehusplan kapittel 10 som omhandler personell og utdanning.

1.3 Direktoratets tilnærming til oppdraget

I forbindelse med oppdraget er det gjennomført en interessentanalyse og foretatt en litteraturgjennomgang. Resultatene fra disse er lagt til som vedlegg 2 og vedlegg 3.

Mars 2017 gjennomførte Helsedirektoratet en spørreundersøkelse og inviterte til arbeidsseminar der interessenter fra både utdanningssektoren, tjenestene og Norsk sykepleierforbund deltok. Dette er nærmere beskrevet i vedlegg 4 og vedlegg 6.

Det har i tillegg vært flere møter med Norsk sykepleierforbund, bedriftsbesøk til akuten på Drammen sykehus (Vestre Viken HF) samt besøk hos St. Olavs hospital og NTNU Trondheim.

Deretter ble innsamlet materiale analysert og supplert med kunnskap og vurderinger internt i direktoratet. Forslagene Helsedirektoratet har landet på har blitt drøftet med hhv. interessenter samt andre avdelinger i direktoratet. Enkelte avdelinger har bidratt med skriftlige innspill.

1.4 Begrepsbruk

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. Begrepet brukes for å beskrive sykepleiere med avansert kunnskap om de mest alminnelige lidelsene. På bakgrunn av denne kunnskapen kan søke opp informasjon om andre mer spesielle tilstander som grunnlag for kunnskapsbasert praksis. Elementene i denne kompetansen vil bli nærmere utdypet i kapittel 3.

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. 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.

Videreutdanning. Begrepene videre- og etterutdanning, har ingen klar definisjon, og benyttes om hverandre og om utdanninger fra 5 til 120 studiepoengs omfang. I denne rapporten omtales videreutdanning som studiepoenggivende utdanning på 60 studiepoeng eller mer, og som bygger på en bachelorgrad.

Avansert klinisk sykepleie (AKS). Klinisk videreutdanning som skal gi sykepleiere breddekompetanse til å fylle selvstendige og avanserte kliniske roller innen primær- og spesialisthelsetjenesten. En avansert klinisk sykepleier skal kunne møte unge og eldre pasienters akutte og langvarige helsebehov både i sykehus og kommune (se kapittel 2.3.5 og kapittel 3).

2. SITUASJONSBESKRIVELSE OG TJENESTENES BEHOV

2.1 Utviklingstrekk som påvirker behovet for sykepleiere

Sykepleiere arbeider i et vidt spekter av pasientsituasjoner fra de akutte og uavklarte til forebyggende og helsefremmende situasjoner. Grunnlaget for sykepleiepraksis i alle disse situasjonene legges i grunnutdanningen hvor teori og praksis inngår i en helhet. Når sykepleiere kommer ut i arbeidslivet vil de fortsette å lære fra sin praksis. Tjenesten har behov for at noen sykepleiere tar en videreutdanning for å heve sin kompetanse ytterligere. Disse videreutdanningene må være tilpasset tjenestenes behov.

Det er særlig tre forhold som fører til at helse- og omsorgstjenestene er i kontinuerlig endring og som har stor betydning for behovsprofilen for videreutdanning av sykepleiere. Disse er:

1. Demografiske utvikling
2. Befolkningens sykdomsutvikling, den medisinske og teknologiske utviklingen¹
3. Organisatoriske endringer i helse- og omsorgstjenesten

Norges økonomi, klimaendringer og endringer i arbeidslivet vil også kunne få betydning for befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester, samt dimensjoneringen av tjenestene og dermed for behovet for, og ikke minst tilbudet av, sykepleiere med videreutdanning. Disse forholdene vil ikke bli behandlet i denne rapporten.

2.1.1 Demografiske utvikling

Den demografiske utviklingen i Norge vil føre til et økende antall eldre med behov for tjenester. Levealderen har vært økende og vil sannsynligvis fortsatt øke i årene som kommer. Fra 2012 til 2106 har antallet innbyggere over 67 år økt med nesten 14 %. Denne utviklingen skjer samtidig som antall barnefødsler går ned. Det betyr at andelen eldre i befolkningen blir større og behovet for helsehjelp øke.

Det er imidlertid knyttet usikkerhet til *hvilke* konkrete behov de eldre vil ha for helsehjelp, om de vil ha flere år enn nå med behov for helsehjelp, eller om behovet for hjelp vil forskyves i takt

¹ Befolkningens sykdomsutvikling og den medisinske og teknologiske utviklingen er tre forhold som sees i sammenheng her.

med økende alder, såkalt «utsatt sykkelighet²». Hvis vi lever lenger og samtidig beholder helsen lenger, vil dette kunne redusere betydningen av en aldrende befolkning på behovet for helsehjelp og dermed for helseutgiftene. Helseutgiftene stiger med alderen, men synker for de aller eldste. Det er altså ikke aldring som er den viktigste driveren for økende helseutgifter, men hvorvidt de eldre lever lenge, og om de har god helse eller ikke når de lever lenger.

Utviklingen i Norge de siste 10-15 årene tyder på at økende alder påvirker behovet for tjenester. Antallet eldre som får helse- og omsorgstjenester i kommunene er allerede økende i takt med det økende antallet eldre. Det ser ut som det er økende alder hos menn som bidrar mest til det økende antallet pasienter som får helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester³. Statistikk for 2016 viser at den største andelen av pasienter med omfattende bistandsbehov i kommunale helse- og omsorgstjenester, er i gruppen mottakere over 90 år: 34 %⁴. Også i spesialisthelsetjenesten øker antallet eldre pasienter. Fra 2012 til 2016 økte antall personer over 67 år som var pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste med hele 17 %, en vekst som er større enn befolkningsveksten på 14 %⁵. Eldre pasienter har ofte flere ulike sykdommer som kan interagere med hverandre i tillegg til rene aldersrelaterte plager. Dette kan skape behov for flere sykepleiere med videreutdanning som gir økt bredde- og vurderingskompetanse.

2.1.2 Befolkningens sykdomsutvikling

Utviklingen viser at det blir økt andel pasienter med sammensatte lidelser og komplekse behov for tjenester. I dag er det ikke-smittsomme sykdommer, som muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser, som bidrar til den største sykdomsbyrden hos befolkningen. De viktigste årsakene til død er sykdommer som i stor grad rammer eldre, som hjerte- og karsykdommer, kreftsykdommer og nevrologiske sykdommer (i hovedsak demens). Viktige årsaker til tapte leveår er sykdommer og skader som ikke nødvendigvis gir stort antall dødsfall, men som ofte rammer i yngre alder, slik som brystkreft, selvmord, overdoser og veitrafikkskader. Muskel- og skjelettsykdommer, samt psykiske lidelser og ruslidelser er de viktigste årsakene til helsetap i Norge. Helsetap knyttet til muskel- og skjelettsykdommer øker med alderen mens psykiske lidelser bidrar til helsetap i alle aldersgrupper⁶.

² Syse, A, S, Pham, Dinh, Q, & Keilman, N, «Befolkningsframskrivninger 2016 -2100: Dødelighet og levealder», *Økonomiske analyser* 3/2016 <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivninger-2016-2100-dodelighet-og-levealder>

³ Mørk, E, Beyrer, S, Haugstveit, F, V, Sundby; B, Karlsen, H & Wettergreen, J, «Kommunale helse – og omsorgstjenester 2016, Statistikk om tjenester og tjenestemottaker», *Rapporter* 16/2017, <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2016?fane=om#content>

⁴ Mørk, E, Beyrer, S, Haugstveit, F, V, Sundby; B, Karlsen, H & Wettergreen, J, «Kommunale helse – og omsorgstjenester 2016, Statistikk om tjenester og tjenestemottaker», *Rapporter* 16/2017, <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2016?fane=om#content>

⁵ Mortensen, S. M. & Kalseth, B. « Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i den eldre befolkningen», *Analysenotat SAMDATA Spesialisthelsetjenesten* 10/2017, https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2017%20Analysenotater/10-2017%20Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20i%20den%20eldre%20befolkningen.pdf

⁶ Knudsen AK, Tollånes MC, Haaland ØA, Kinge JM, Skirbekk V, Vollset SE, « Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resulater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)» (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017), https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sykdomsbyrde_i_norge_2015.pdf

Den medisinske og teknologiske utviklingens betydning for behandling av diabetes

Før 2. verdenskrig var diabetes en dødelig sykdom. Insulinbehandling har gjort at diabetes til en kronisk sykdom. De siste årene har det skjedd nye kvantesprang i behandlingen av diabetespasienter ved at de fleste nå får kontinuerlig tilførsel av insulin ved hjelp av insulinpumper. Mange har også mye bedre oversikt over blodsukkeret sitt ved hjelp av apparater som måler blodsukker kontinuerlig. Dette gjør at pasientene i større grad er i stand til å følge med på sykdommen sin selv. Flere enn før har en godt regulert diabetes, og det vil trolig føre til færre diabetesrelaterte komplikasjoner hos pasientene.

Sykdomsutviklingen i befolkningen er sterkt knyttet til den medisinske og teknologiske utviklingen. Nye behandlingsmetoder og medikamenter gjør at vi kan behandle sykdommer i dag som tidligere var dødelige, og ny teknologi gjør at pasienter kan leve hjemme med sykdommer og lidelser som de tidligere måtte være innlagt i sykehus for. Endring av behandlingsmetoder og teknologi bidrar til at kommunale helse- og omsorgstjenester i dag har pasienter i alle aldersgrupper. Det er et stort fokus på bruk og innføring av teknologi i helse- og omsorgstjenesten generelt og kommunale helse- og omsorgstjenester spesielt.

I 2016 var 39 % av mottakerne av kommunale omsorgstjenester under pensjonsalderen (67 år), hver fjerde mottaker var under 50 år, og 1 av 20 mottakere var under 18 år (SSB). Registreringen i IPLOS viser at det er ivaretagelse av egen helsetilstand som er den viktigste grunnen til at pasienter får omsorgstjenester⁷.

Tabell 1: Tabellen er hentet fra IPLOS rapporten 2016 og viser mottakere av helse- og omsorgstjenester per 31.12. Alder og bistandsbehov.

	Antall mottakere pr 31.12	I alt %	Noe/ - avgrenset bistandsbehov	Middels til stor bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
2009	266 409	100	38	29	20	12
2016	278 161	100	37	34	23	6
2016						
Under 18 år	14 462	100	21	35	29	15
18 -49 år	56 932	100	39	36	17	8
50 – 66 år	38 598	100	40	34	19	7
67 -79 år	51 978	100	38	33	23	7
80 -89 år	78 200	100	39	33	24	4
90 år og eldre	37 990	100	29	36	34	2

Kilde: IPLOS rapporten 2016

⁷ Mørk, E, Beyrer, S, Haugstveit, F, V, Sundby, B, Karlsen, H & Wettergreen, J, «Kommunale helse – og omsorgstjenester 2016, Statistikk om tjenester og tjenestemottaker», Rapport 16/2017, <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2016?fane=om#content>

Stadig større pasientgrupper har omfattende behov for bistand. Tabell 1 viser at det er en økning av pasienter med middels til stort og omfattende bistandsbehov. Denne brukergruppen kjennetegnes ofte med å ha sammensatte lidelser og/eller kompliserte tilstander, og dermed behov for omfattende tjenester fra flere deler av hjelpeapparatet. Det er særlig følgende pasientgrupper som har omfattende hjelpebehov:

- Pasienter som nylig er utskrevet fra sykehus
- Grupper med store og sammensatte behov, inkludert eldre og mennesker med demenssykdom
- Pasienter med nevrologiske sykdommer og lidelser (også barn med medfødte eller ervervet sykdom eller lidelse)
- Mennesker med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusavhengighet
- Kronisk syke med ustabil helsetilstand (f.eks. kreftpasienter og pasienter med KOLS)
- Terminale pasienter

For å ivareta behovet til disse gruppene er det behov for sykepleiere med klinisk videreutdanning som gir breddekompetanse.

2.1.3 Organisatoriske endringer i helse- og omsorgstjenesten

Samhandlingsreformen medfører økt behov for sykepleiere med høy kompetanse i primærhelsetjenesten. Etter innføringen av Samhandlingsreformen har kommunene fått større ansvar for helse- og omsorgstjenester for pasienter med mer omfattende behov for tjenester. Dette fordrer tjenester fra personell med høyere kompetanse enn tidligere. IPLOS-rapporten for 2016 viser også at antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester er økende, ref. tabell 1. Andelen av mottakerne som er under 67 år, har i denne perioden økt med 6 prosentpoeng⁸.

Reduksjon i antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten setter press på kommunale tjenester. Siden 2012 har antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten gått ned med 5 %⁹. Noe av reduksjonen kompenseres med poliklinisk behandling. Dette har også ført til at kommunene har fått ansvar for en stadig større gruppe pasienter som ofte har behov for oppfølgende behandling, rehabilitering eller ulike former for tilrettelegging. For å gi et bedre lokalt tilbud i kommunene og for å redusere antall innleggelse i spesialisthelsetjenesten, er kommunene blitt pålagt å tilby øyeblikkelig hjelp døgnplasser¹⁰. For somatiske pasienter gjelder denne plikten fra 2016, mens den gjelder fra 2017 også for pasienter med psykiske helseutfordringer.

⁸ Mørk, E, Beyrer, S, Haugstveit, F, V, Sundby, B, Karlsen, H & Wettergreen, J, «Kommunale helse – og omsorgstjenester 2016, Statistikk om tjenester og tjenestemottaker», *Rapporter* 16/2017, <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2016?fane=om#content>

⁹ Pedersen, M & Huseby, B, M. « Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2012 – 2016 », *Analysenotat SAMDATA 15/17*, https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2017%20Analysenotater/15-2017%20Produktivitetsutviklingen%20i%20somatikk.pdf

¹⁰ «Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud», 2016.

Behov for tverrfaglige team. Ulike tverrfaglige team er opprettet i flere kommuner, f.eks. demens- og krefteam. Formålet er å yte, koordinere og tilrettelegge tjenester for en selektert og tydelig definert pasientgruppe. Teamene kan ledes av sykepleiere eller andre, og i tillegg inngår som oftest flere faggrupper. Dette stiller utvidede kompetansekrav til sykepleiere.

Oppfølgingsteam gir økt behov for kompetanse hos sykepleiere. Slike team skal etableres rundt enkeltpasienter. Dette er en arbeidsform der det vurderes fra pasient til pasient hvem som skal delta ut fra hvilken kompetanse det er behov for. Et oppfølgingsteam er et generisk begrep for strukturert tverrfaglig oppfølging av brukere med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose. Viktige strukturkrav til slike team er koordinator, individuell plan, tverrfaglig teamarbeid og evaluering.

Primærhelseteam gir økt behov for kompetanse hos sykepleiere. Primærhelseteamene skal etableres for bedre å kunne ivareta innbyggerne (på fastlegenes lister) som ut fra medisinske behov har de største behovene for kontinuitet, regelmessig og tett oppfølging og for koordinerte tjenester fra flere faggrupper. Fra 2018 skal primærhelseteam piloteres. Helsedirektoratet har i forbindelse med pilotprosjektet beregnet ett årsverk for sykepleier for å dekke tre gjennomsnittlige fastlegelister (3600 innbyggere). Med dette som grunnlag kan en beregne et behov på omlag 1500 årsverk for sykepleiere dersom primærhelseteam utbres som nasjonal modell. Det stilles ikke spesifikke kvalifikasjonskrav til sykepleiere som skal arbeide i primærhelseteam i piloten, men breddekompetanse er viktig, og master i avansert klinisk sykepleie pekes på som særlig relevant i forhold til de funksjonene som skal dekkes. Pilotprosjektet skal evalueres, og kompetansebehov i teamet blir en del av evalueringen.

2.2 Sykepleiere og annet pleiepersonell i kommunale helse og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten

I en vurdering av tjenestenes behov for sykepleiere med videreutdanning, er det viktig å ha dagens fordeling av ulike yrkesgrupper i mente (for utdypende tekst og figurer henvises det til vedlegg 1). Det er en utfordring for omsorgstjenestene at andelen ufaglærte er stor og andelen helsefagarbeidere og sykepleierutdanning på bachelornivå er tilsvarende lav. Kompetansenivået i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er høyere enn i omsorgstjenesten og bare 7 % av de ansatte her er uten fagutdanning. Det har imidlertid skjedd en økning av antall og andel sykepleiere med bachelor og videreutdanning i omsorgstjenestene i de siste årene. Andelen ufaglærte i spesialisthelsetjenesten er færre enn i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleiere med videreutdanning inkl. jordmødre i spesialisthelsetjenesten utgjør 31 % av pleiepersonellet. De videreutdannede sykepleierne i spesialisthelsetjenesten har ofte spissede

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-11-13-1287>

videreutdanninger innen anestesi-, barn-, intensiv- og operasjonssykepleier (ABIO) i tillegg til jordmor. Dette er spesialiserte videreutdanninger, og arbeidsgiver gir ofte sykepleierne støtte til å ta utdanningene ut fra hvilket behov arbeidsgiver har. Specialisthelsetjenesten kan imidlertid også ha bruk for sykepleiere med bredere videreutdanning for eksempel ved indremedisinske og geriatriske avdelinger, ved akuttmottak samt ivaretagelse av somatisk helse ved psykisk helsevern og rusbehandling.

2.3 Nåværende videreutdanningstilbud

I rapporten benyttes data for antall studenter som har fullført videre- og masterutdanning i sykepleie for perioden 2010 -2016. Via Nasjonalt Profesjonsråd for Forskning og Utdanning i Sykepleie ble det innhentet supplerende opplysninger om master- og videreutdanningstilbudet ved landets universiteter og høyskoler.

Nivåer i høyere utdanning:

Videreutdanning: Begrepene videre- og etterutdanning benyttes om hverandre og om utdanninger fra 5 til 120 sp omfang. I denne rapporten omtales videreutdanning som en studiepoenggivende utdanning på 60 studiepoeng eller mer, og som bygger på bachelorgrad.

Videreutdanning på masternivå:

Videreutdanning som har læringsutbyttet formulert i henhold til kvalifikasjonsrammeverkets 2. syklus, og hvor krav til fagpersoner knyttet til utdanningen er i tråd med mastergradsforskriften, men som ikke utgjør en fullført mastergrad.

Masterutdanning: Utdanning på 120 studiepoeng som svarer til kvalifikasjonsrammeverkets 2. syklus, og er i tråd med mastergradsforskriften. Mens universiteter og noen høyskoler selv kan opprette mastergrader, er flere høyskoler avhengige av godkjenning fra nasjonalt organ for kvalitet i utdanning (NOKUT) for hver enkelt masterutdanning som tilbys.

Hvert år tar omkring ett tusen sykepleiere videre- og masterutdanning ved norske universiteter og høyskoler¹¹. De tradisjonelle, veletablerte videreutdanningene innen anestesi-, barne-, intensiv-, operasjons- og kreftsykepleie (ABIOK), helsesøster- og jordmor utdanningen utgjør størstedelen. Disse utdanningene finansieres gjennom statlige tilskudd til universiteter og høyskoler, og innholdet reguleres av nasjonale rammeplaner. Situasjonen har vært stabil over tid, og har bidratt til at den norske helsetjenesten sikres kritisk kompetanse på sentrale og spesielt kompetansekrevene fagområder.

Parallelt med at de nevnte utdanningene har bestått, har nye behov utviklet seg i helsetjenestene, og behovet for forskning og fagutvikling i så vel utdanningssektoren som tjenestene har vært økende. Utdanningsinstitusjonene har, ofte etter påtrykk fra kliniske miljøer, respondert på dette dels ved å tilby nye videreutdanningstilbud, og dels gjennom å utvikle eksisterende tilbud til mastergrader. Dette har i stor grad skjedd uten at tilpasninger av rammeplaner, eller endring av statlige tilskuddsordninger har funnet sted. Et hovedtrekk i de

¹¹Norsk senter for forskningsdata <http://www.nsd.uib.no/>

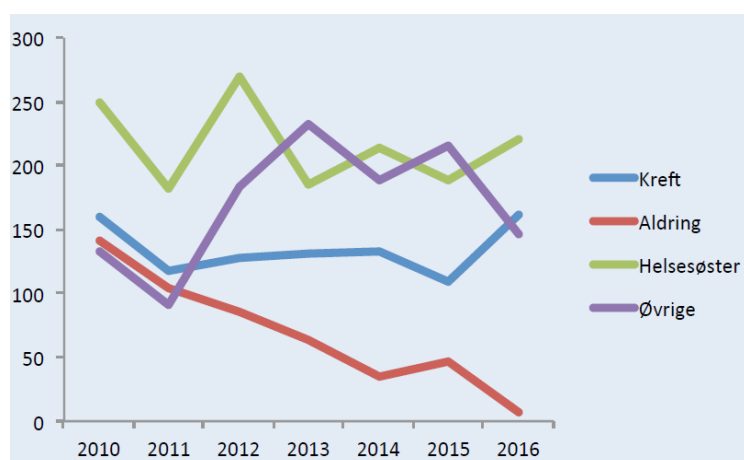
siste års utvikling er derfor at utdanningsinstitusjonene på eget initiativ, eller i samarbeid med tjenestene har utviklet nye utdanningstilbud og at eksisterende tilbud har blitt hevet til mastergradsnivå.

Utdanningene kan grovt deles etter omfang, hvor utdanninger på 60 studiepoeng (sp) tilsvarer ett års heltids studium, 90 sp tilsvarer 1,5 års studium, og 120 sp tilsvarer to års studium (mastergrad).

2.3.1 Videreutdanninger på 60 studiepoeng

I perioden 2010-2016 fullførte til sammen 4173 kandidater 60 sp-videreutdanning i sykepleie. Dette tilsvarer nærmere 600 pr år. De største gruppene er helsesøstre (36 %), kreftsykepleiere (22 %) og forskjellige utdanninger innen aldring og eldreomsorg (12 %). Det tilbys ikke så mange rene sykepleierutdanninger innen aldring lenger, følgelig har tallene gått kraftig ned. De øvrige 30 % fordeles på ca. 15 ulike utdanningstilbud, hvor kardiologisk sykepleie er det største med 274 fullførte kandidater i perioden. Eksempler på andre tilbud er akutt-, diabetes-, nevro-, nyre-, nyfødt- og legevaktsykepleie. Tilbud innen palliasjon og ledelse inngår også i tallene. Antallet utdanninger som tilbys på masternivå er økende. 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. Flere av utdanningsinstitusjonene har denne type tilbud, men den tidligere Høgskolen i Bergen, nå Høgskulen på Vestlandet, utmerker seg med et stort antall videreutdanninger på 60 sp. Hit rekrutteres det studenter fra hele landet.

Fig 5: Figuren viser antall studenter uteksaminert i perioden 2010-2016, fordelt på utdanning (60 sp). Kategorien øvrige omfatter videreutdanninger i: Akutt-, diabetes-, gastro-, lunge-, hygiene-, ledelse-, nyfødt-, palliasjon-, nyre-, legevaktsykepleie.

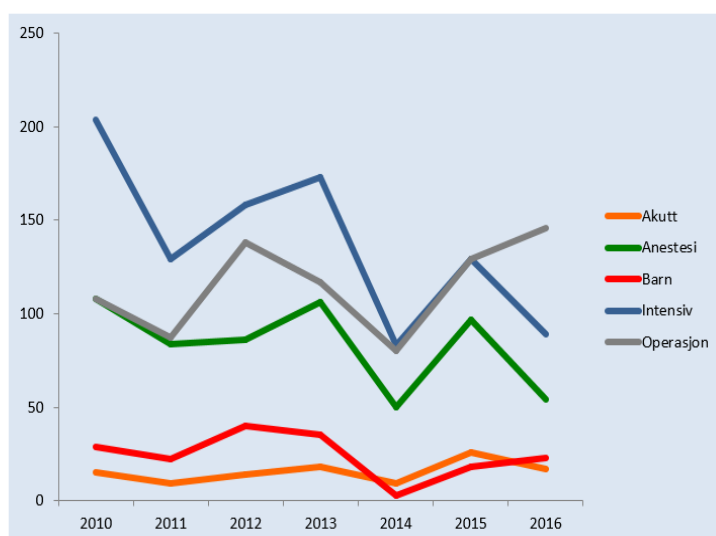


2.3.2 Videreutdanninger på 90 studiepoeng

Hvert år utdannes ca. 375 spesialsykepleiere innen anesthesi-, barne-, intensiv, - og operasjonssykepleie (ABIO). Utdanningene er fordelt på studiesteder over hele landet, og tilbys både ved universiteter og høgskoler. 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. Vår gjennomgang av data fra NSD/DBH viser at intensivsykepleie utgjør i overkant av 37 % av de uteksaminerte ABIO-kandidatene i perioden 2010-2016. I samme periode utgjør operasjonssykepleie ca. 31 % av de fullførte kandidatene, mens tilsvarende tall for anesthesisykepleie er ca. 22 % og barnesykepleie omkring 6 %. De resterende 4 % utgjøres av studenter i akuttisykepleie, som ved noen studiesteder tilbys etter samme modell som ABIO-utdanningene.

Ved de fleste utdanningsstedene tilbys ABIO-utdanningene nå på masternivå og lar seg dermed integrere i mastergrader for studenter som ønsker dette. Dette oppnås ved hjelp av ulike modeller, for eksempel en overbygning i klinisk sykepleie eller spesialsykepleie, hvor videreutdanningene helt eller delvis inngår som studieretninger, alternativt som såkalte «monomastere», hvor den enkelte utdanning utgjør et eget masterprogram (Høgskolen i Oslo og Akershus, Høgskolen i Sørøst-Norge). Ved Universitetene i Stavanger og Agder tilbys masterutdanninger i spesialsykepleie uten mulighet for å avslutte etter videreutdanning på 90 sp, mens denne muligheten er tilgjengelig ved de øvrige lærestedene. Foreløpige tall for 2016 tyder på 75 masterkandidater ble uteksaminert etter slike ordninger, noe som utgjør i underkant av 20 % av det totale antall ABIO-studenter dette året.

Fig 6: Figuren viser utviklingen i antall studenter ved ulike videreutdanninger (90 sp) for sykepleiere



2.3.3 Tverrfaglige videreutdanninger

I tillegg til de sykepleiespesifikke videreutdanninger finnes det mange tverrfaglige videreutdanninger som er relevante for sykepleiere, for eksempel: Psykisk helsearbeid¹², 60 sp (Høgskolen i Oslo og Akershus), Rehabilitering¹³, 60 sp (NTNU-Ålesund), Smertebehandling¹⁴, 30 sp (Høgskolen i Sørøst-Norge), Veiledning¹⁵, 60 sp (Universitetet i Stavanger), Rus og psykiske lidelser¹⁶, 30 sp (Universitetet Tromsø- Narvik) og Aldring og eldreomsorg¹⁷, 60 sp (Høgskolen i Sørøst-Norge). Felles for disse er at de åpner for at ulike yrkesgrupper innen helse- og sosialfagene kan søke. Enkelte av studiene tillater at søkere uten bachelor innen helse- og sosialfag kan søke opptak. Da rapporten omhandler videreutdanning for sykepleiere, er tverrfaglige utdanninger ikke inkludert i tallene over antallet som tar videreutdanning.

2.3.4 Masterutdanninger 120 studiepoeng

Tilbudet innen masterutdanninger i sykepleie er i stadig endring og utvikling. Mens det i 2010 var tre ulike tilbud, er det i dag mer enn 20 masterutdanninger. Tre av disse er rene mastere i jordmorfag, hvor den toårige jordmorutdanningen i sin helhet er tilpasset masternivået. Lignende «monomastere» finnes innen anesthesi-, barne- og intensivsykepleie ved HIOA og HSN. Ved flere andre universiteter og høgskoler er ABIO-utdanningene integrert i mastergrader i klinisk sykepleie, sykepleie, klinisk sykepleie eller avansert klinisk sykepleie. Andre videreutdanninger innpasses i de samme mastergradene etter ulike modeller. Ved Universitetene i Bergen og Oslo tilbys master i sykepleievitenskap med en teoretisk innretning, og mastergrader i AKS er etablert, eller under etablering ved minst fem av landets utdanningsinstitusjoner.

Tabell 2: Tabellen viser oversikt over tilgjengelige masterutdanninger* for sykepleiere i Norge

Avansert klinisk sykepleie	NTNU Ålesund
Klinisk sykepleie (AIO+allmenn)	NTNU Gjøvik
Anestesisykepleie	HIOA Oslo
Barnesykepleie	HIOA Oslo
Intensivsykepleie	HIOA Oslo
Master i jordmorfag	HIOA Oslo
Master i avansert geriatrisk sykepleie	Universitetet i Oslo
Master i sykepleievitenskap	Universitetet i Oslo
Master i klinisk sykepleie	Nord Universitet Bodø
Master i klinisk sykepleie med spesialisering	HVL Bergen

¹²<http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Evu/Psykisk-helsearbeid-Pilestredet/Programplan-for-Videreutdanning-i-psykisk-helsearbeid-2017>

¹³<https://www.ntnu.no/studier/969rh>

¹⁴<https://www.usn.no/studier/finn-studier/helse-og-sosialfag/smertebehandling/>

¹⁵<https://www.uis.no/studietilbud/helse-og-sosialfag/videreutdanninger/tverrfaglig-veiledning/>

¹⁶https://uit.no/utdanning/program/452156/videreutdanning_i_rus_og_psykiske_lidelser?p_document_id=452156

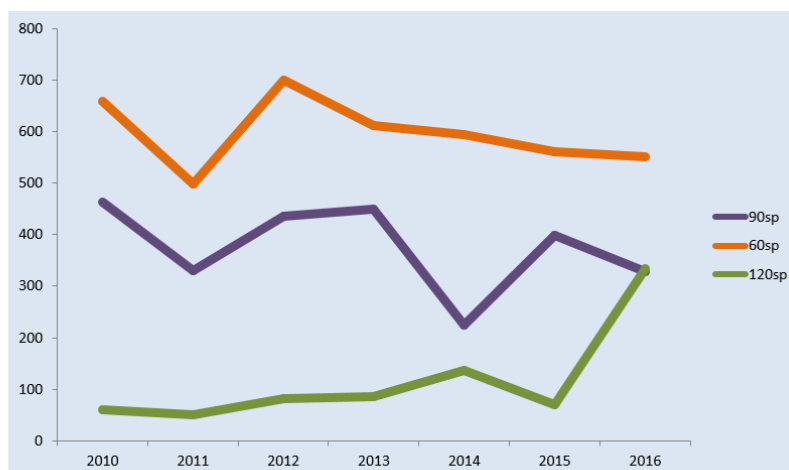
¹⁷<https://www.usn.no/studier/finn-studier/helse-og-sosialfag/videreutdanning-i-aldring-og-eldreomsorg/>

Master i jordmorfag	HVL Bergen
Avansert klinisk sykepleie i kommunehelsetjenesten	Høyskolen i Innlandet Elverum
Avansert klinisk sykepleie ved kronisk sykdom	HiØ Fredrikstad
Master i spesialsykepleie (ABIO)	Universitetet i Agder
Master i sykepleie (AIO)	Universitetet i Stavanger
Avansert klinisk sykepleie	HSN Drammen
Anestesisykepleie	HSN Tønsberg
Intensivsykepleie	HSN Tønsberg
Master i jordmorfag	HSN Tønsberg
Master i helsefag - sykepleievitenskap	Universitetet i Bergen
Avansert klinisk sykepleie med fordypning i allmenn- eller intensivsykepleie	Lovisenberg Diakonale Høgskole
Master i sykepleie med kommunehelsetjenesteperspektiv - helsesøster	Diakonova
Master i sykepleie med fagfordypning	Universitetet i Tromsø

*Tilbudet om masterutdanninger er i stadig utvikling vi tar derfor forbehold om unøyaktigheter i tabellen.

Utviklingen viser en dreining i retning økt utdanning for sykepleiere, og antall uteksaminerte masterkandidater med 120 sp økte kraftig fra 2015 til 2016. Dette kom bl.a. som et resultat av etablering av mastergrader innen jordmorfag og spesialsykepleie (ABIO). Uteksaminerte med 60 og 90 sp viser en fallende tendens. Totalt sett viser dette at sykepleierne tilegner seg stadig høyere kompetanse.

Fig 7: Figuren viser utviklingen i antall studenter ved videreutdanninger med ulike antall studiepoeng



2.3.5 Utdanningstilbudet i Avansert klinisk sykepleie (AKS)

Flere utdanningstilbud innen Avansert klinisk sykepleie (AKS) er allerede etablert, eller er under etablering, ved læresteder i Norge. Høgskolen i Molde og NTNU-Trondheim har videreutdanningstilbud innen AKS på 60 sp, mens Høgskulen på Vestlandet har et videreutdanningsstilbud på 30 sp. De øvrige AKS-utdanningene er mastergrader på 120 sp. Felles for de fleste av disse tilbudene er at de tar sikte på å kvalifisere sykepleiere til nye roller i helsetjenesten, og at selvstendig vurderingskompetanse inngår som en viktig del av utdanningen.

Ved flere av utdanningsstedene rettes tilbudet mot *avgrensede* områder innen sykepleie. Dette gjelder Universitetet i Oslo sin masterstudie i Avansert Geriatrik Sykepleie (AGS), AKS ved kronisk sykdom (Høgskolen i Østfold), AKS i kommunehelsetjenesten (Høgskolen i Innlandet) og AKS med fordypning i allmenn- eller intensivsykepleie (Lovisenberg Diakonale Høgskole). AKS-utdanningene ved NTNU-Ålesund og Høgskolen i Sørøst-Norge (Drammen) har en mer generell tilnærming og knyttes ikke opp mot et spesifikt kompetanseområde.

Kompetansen som utdanningene gir kan brukes både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Det tas sikte på å gi studentene selvstendighet i kliniske vurderinger, både gjennom å beherske standardiserte vurderingsverktøy og gjennom utdypet forståelse for helse og sykdom, med bakgrunn i etikk, sykdomslære og kunnskap om pasientforløp og om nivåer i tjenestene. Flere av utdanningene tilbyr fordypning innen farmakologi, mens det også finnes eksempler på fordypning i organisasjon og ledelse, personsentrert sykepleie, helhetlig pasientplan, kommunikasjon, helsepedagogikk, og aldring og Eldres helse.

Praksis og simulering inngår som læringsform i de fleste utdanningene, men i varierende omfang og med forskjellige former for veiledning og vurdering.

Felles for alle utdanninger er egne emner innen AKS og at masterutdanningene har en avsluttende oppgave på 30 studiepoeng. Omfanget av emner innen vitenskapelig metode varierer fra 15 til 30 studiepoeng. Se vedlegg 5: Innholdet i AKS-utdanningene.

2.4 Tilbakemelding fra tjenestene om deres behov

For å kartlegge tjenestenes behov ble et spørreskjema (vedlegg 4) sendt ut til kommunene og alle regionale helseforetak. I samarbeid med KS ble det gjort et utvalg av 30 kommuner som mottok samme spørreskjema. Respondentene ble bedt om å vurdere hvorvidt utvalgte utdanningsområder var godt nok dekket i eksisterende bachelor-, videre- og masterutdanning, eller om de burde inngå i eventuelle nye utdanninger.

18 av 20 helseforetak og 16 av 30 kommuner/utviklingsentra svarte på henvendelsen. Det kom også svar fra enkeltpersoner, små grupper og større grupper. Noen svarte på spørsmålene, noen endret på spørsmålene, noen svarte med mye tekst og noen sendte egne notater. Det er derfor gjort en skjønnsmessig vektning av svarene fra hhv grupper og enkeltpersoner.

Som en oppfølging av spørreundersøkelsen inviterte Helsedirektoratet til arbeidsseminar hvor deltakerne fikk arbeide videre med lignende spørsmål og problemstillinger (vedlegg 6). Omkring 100 deltakere fra utdanningssektoren og tjenestene på flere nivåer deltok.

Svarene på kartleggingsskjemaet sammen med innspill fra arbeidsseminaret, tyder på at det er noen fagområder som spesielt ønskes videreført i eventuelle nye videreutdanninger på masternivå. Dette er fagområder som ikke knytter seg mot spesielle sykdommer eller diagnoser, men som er av mer generell karakter:

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

Helsedirektoratets gjennomgang av tilbakemeldinger fra spørreundersøkelsen og arbeidsseminaret kan oppsummeres slik:

- Tjenestene er stort sett fornøyde med dagens videre- og masterutdanningstilbud, men ønsker en rydding og standardisering av videre- og masterutdanningstilbudet generelt, og av de ulike modellene innen AKS spesielt. Det ønskes en tydeliggjøring av utdanningsnivå, og hva utdanningene skal kvalifisere for (sluttkompetanse). Det forutsettes at så mange videreutdanninger som mulig tilbys på masternivå.
- Behovet for selvstendig vurderingskompetanse fremheves. Det er også behov for økt akademisk kompetanse for å kunne evaluere og utvikle faget og tjenestene.
- Kapasiteten på dagens videre/masterutdanningstilbud bør økes framfor å etablere nye utdanninger. Det er kritisk mangel på AIO-sykepleiere, og det er begrenset veiledningskapasitet.
- Tjenestene er opptatt av en tydelig innholdsmessig sammenheng mellom bachelor- og masterutdanningsnivået. Fagområdene i bachelorutdanningen bør videreføres, men på et mer avansert nivå i masterutdanningene. På masternivå kan man skille mellom generiske fag som bør inngå i alle studieretninger, og fag som bør inngå i en spesialisering.
- Det stilles spørsmålsteget ved om bachelorutdanningen holder høyt nok faglig nivå. En gjennomgang av innholdet på bachelornivået er ønskelig med styrking av de fleste fagområdene. En heving av sluttkompetansen til bachelorkandidatene vil kunne redusere arbeidsgivers ansvar når det gjelder internopplæring (teoretisk undervisning, ikke praktisk). Det pekes på arbeidet med å utarbeide nasjonale retningslinjer for helse- og

sosialfagutdanningene, som nylig er igangsatt, jfr. forslag til Forskrift om felles rammeplan § 4 Nasjonale retningslinjer¹⁸.

- Spesialisthelsetjenesten mener at eksisterende videreutdanninger for sykepleiere i stor grad svarer godt til deres behov for spesialisert kompetanse. De tradisjonelle videreutdanningene, samt jordmor- og helsesøsterutdanningene, fører frem til godt definerte roller i arbeidslivet og utgjør grunnpilarer i norsk helsetjeneste. Det samme kan langt på vei sies om videreutdanningene i kreft- og barnesykepleie. Kreftsykepleiernes kompetanse kan brukes på flere arenaer og er ikke knyttet til spesifikke stillinger.
- Begge tjenestenivåer opplever at dagens utdanningstilbud innen psykisk helsearbeid og rusarbeid og eldreomsorg ikke oppleves som tilstrekkelig til tross for at det finnes en lang rekke videreutdanninger.

Samlet sett svarer videreutdanningene godt på tjenestenes behov for spesialsykepleiere i deler av spesialisthelsetjenesten, og dekker i tillegg jordmødre og helsesøstres ansvarsområder i kommunene. Behovet for breddekompetanse innen kommunale helse- og omsorgstjenester ansees ikke å være like godt dekket av dagens utdanningstilbud.

På bakgrunn av disse tilbakemeldingene og direktoratets egne vurderinger vil vi i det følgende beskrive behovene i en mer systematisert form.

2.5 Utvidet kompetansebehov knyttet til utvalgte pasientgrupper

Behov for utvidet breddekompetanse. Begrepet brukes for å beskrive sykepleiere med avansert kunnskap om de mest alminnelige lidelsene, og som på bakgrunn av denne kunnskapen kan søke opp informasjon om andre mer spesielle tilstander som trenger en annen type oppfølging. Pasienter med sammensatte lidelser og/eller kompliserte tilstander og med komplekse behov, får fragmenterte tjenester både i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten. Disse pasientene er i alle aldre, og de er en gruppe som øker i antall. For å forbedre tilbudet til disse pasientene er det særlig behov for at sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene, men også i deler av spesialisthelsetjenesten har stor bredde i sin kompetanse.

Internasjonal forskning på utviklingen av avanserte kliniske sykepleier (for utdypning, se vedlegg 2) viser at det er noen kompetanseområder som er gjennomgående for sykepleierne som skal fylle disse rollene. Bredden det er behov for er en integrert kompetanse bestående av (punktene er utdypet nærmere i kapittel 3.4):

- Kunnskaper om sykdom og helse hos ulike pasientgrupper

¹⁸<https://www.regjeringen.no/contentassets/76054ff6b88e4f55877041352fffd2fd/forskrift-om-felles-rammeplan-for-helse--og-sosialfagutdanninger.pdf>

- Vurderings- og handlingskompetanse (ferdigheter)
- Tjenestekoordinerings og faglig ledelse
- Kunnskapsbasert fagutvikling og tjenesteforbedring

Innføring og bruk av nye behandlingsmetoder og teknologi må være en integrert del av en slik breddekompetanse. Også i deler av spesialisthelsetjenesten vil det være behov for sykepleiere med større bredde i sin kompetanse. Pasienter i spesialisthelsetjenesten lider ofte av flere sykdommer enn den de er innlagt for, og god ivaretagelse av disse sykdommene samt koordinere med øvrige tjenester er avgjørende for et godt behandlingsresultat.

2.5.1 Eldre med store og sammensatte behov

Kompetanse i å vurdere og følge opp kroniske og sammensatte lidelser. Som tidligere beskrevet tilsier den demografiske utviklingen at behovet for helsehjelp i den eldre delen av befolkningen vil øke i fremtiden. Vi ser allerede en utvikling med flere eldre pasienter i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjener.

I 2016 var ressursbruken per pasient i den somatiske spesialisthelsetjenesten i gjennomsnitt tre ganger så høyt for pasienter over 80 år sammenlignet med pasienter mellom 30 og 40 år¹⁹. Forklaringen er at mange eldre er multisyke og har generelt dårligere helse enn resten av befolkningen. Eldre over 80 år er altså brukere av både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at det kan være behov for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i spesialisthelsetjenesten også, spesielt ved indremedisinske og geriatriske avdelinger samt ved akuttmottak. Behovet for denne breddekompetanse vil avhenge av pasientsammensetningen og kan være ulikt mellom større universitetssykehus og mindre lokalsykehus.

Kompetansebehov knyttet til gjennomføring av omfattende geriatriske vurderinger. En geriatrisk vurdering omfatter en systematisk vurdering av den eldre pasientens funksjonsnivå (aktiviteter i dagliglivet og mobilitet/funksjonstester), sykdomsbyrde/komorbiditet, evt. polyfarmasi, ernæringsstatus, kognitive funksjon, emosjonelle funksjon og sosiale nettverk. En

Bivirkning av legemidler hos eldre pasienter

I en studie av pasienter over 74 år som hadde tre diagnoser eller mer og som var innlagt på Sykehuset Vestfold, fant man at mange av pasientene var innlagt på grunn av bivirkninger av legemidler. Pasientene brukte i gjennomsnitt 7,8 medikamenter, med en variasjon mellom 0 og 20 medikamenter. Studien viser at aldringsprosessen hos eldre pasienter kan være fremskyndet av at pasientene har legemiddelrelaterte problemer. Studien viser også at kompetansen på dette feltet generelt er for lav i kommunale helse- og omsorgstjenester. Forskerne fant at pasientene ble utskrevet fra sykehuset med færre medikamenter enn de sto på ved innleggelse. Dette tyder på at kompetansen på dette feltet er bedre i spesialisthelsetjenesten.

¹⁹ Mortensen, S. M. & Kalseth, B. « Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i den eldre befolkningen », *Analysenotat SAMDATA Spesialisthelsetjenesten* 10/2017, https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2017%20Analysenotater/10-2017%20Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20i%20den%20eldre%20befolkningen.pdf

slik vurdering til å sette i gang egnede tiltak, stiller utvidede krav til kompetansen hos sykepleiere. Det kan eksempelvis være vurderinger og tiltak knyttet til legemiddelbruk, ernæringsstatus, kognitiv svikt og sansetap. I tillegg har mange pasienter behov for bedre koordinering av tjenester. Kompetansen som kreves er kompleks og innebærer at sykepleieren innehar kunnskap og ferdigheter man ikke kan forvente av sykepleiere på bachelornivå.

2.5.2 Pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk

Kompetansebehov knyttet til somatisk oversykkelighet og overdødelighet for denne pasientgruppen. Med et økende folketall vil det absolutte antallet mennesker med psykiske lidelser øke²⁰. Flere forhold kan gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen, men de fleste studier som har sammenliknet forekomsttall over tid finner ingen slik økning. Psykiske lidelser og ruslidelser er imidlertid de viktigste årsakene til helsetap i Norge, og det er estimert at mellom 30 - 50 % vil få en psykisk lidelse i løpet av livet²¹. Helsepersonell har, i tillegg til det forebyggende arbeidet, ansvar for å behandle pasienter som allerede har utviklet en psykisk lidelse eller et rusproblem. Tall fra Helsedirektoratet for 2016²² viser:

- Mer enn 97 000 voksne fikk helsehjelp i psykisk helsevern.
- 24 000 pasienter fikk helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Antall polikliniske konsultasjoner økte i psykisk helsevern for voksne og innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Nesten 40 000 barn og unge fikk helsehjelp i psykisk helsevern. Tilbudet for barn og unge gjelder i hovedsak poliklinisk behandling.

Denne pasientgruppen finnes både i spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og de er i alle aldre. Et felles kjennetegn hos mange med psykiske lidelser og rusproblematikk er at det er en betydelig oversykkelighet og overdødelighet. Den forventede levetiden er omkring 20 år kortere for mennesker med psykiske lidelser enn for befolkningen for øvrig²³. Overdødeligheten er tilstede i alle psykiatriske diagnosegrupper. Den gjelder de aller fleste somatiske sykdomsgrupper, som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kreft og infeksjoner. Overdødeligheten er høyest hos dem med rusmiddelavhengighet og lavest hos dem med affektive lidelser. Tilsvarende sykkelighet innen somatiske sykdomsgrupper gjelder også for mennesker med rusavhengighet. Det er behov for økt kompetanse knyttet til å oppdage somatiske lidelser og støtte pasientene i oppfølgingen av disse. Kompetansen må gjøre sykepleieren i stand til å differensialdiagnostisere f.eks. forvirringstilstander slik at eventuell somatiske helsesvikt blir oppdaget og behandling blir iverksatt og fulgt opp. Dette må være en

²⁰ Departementene, Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017 -2022). (Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2017), https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

²¹Knudsen AK, Tollånes MC, Haaland ØA, Kinge JM, Skirbekk V, Vollset SE, « Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resulater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)», (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017), https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sykdomsbyrde_i_norge_2015.pdf

²² <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/statistikk-fra-norsk-pasientregister/psykisk-helsevern-og-rus-antall-pasienter-diagnoser-og-behandling>

²³Lien, Huus & Mork, « Psykisk syke lever kortere». *Tidsskriftet den norske legeförening* nr. 3 (2015):246-8 <http://tidsskriftet.no/2015/02/kronikk/psykisk-syke-lever-kortere>

del av breddekompetansen som trengs for å dekke behovet til pasienter med sammensatte lidelser og komplekse behov for tjenester.

2.5.3 Barn, unge og deres familier

Kompetanse knyttet til ivaretagelse av syke barn og ungdommer. Helsedirektoratets interne oversikt over barn og unges helse i Norge i dag, viser at de jevnt over har god fysisk helse. Nesten alle gravide følges opp av svangerskapsomsorgen²⁴, det er lav spedbarnsdødelighet, nær 100 % av alle barn får helseundersøkelse på helsestasjon²⁵ ved 2-3 års alder, og 9 av 10 barn følger vaksinasjonsprogrammet²⁶.

Helsestasjonstjenesten har fokus på forebygging og helsefremmende tiltak, samt tidlig avdekking av sykdom og utviklingsforstyrrelser. Dette er vel etablerte, bærekraftige helsetjenester som må opprettholdes og styrkes. I tillegg har kommunene i dag alvorlig syke barn med stort behov for helsetjenester som tidligere har fått mye bistand fra spesialisthelsetjenesten, og mindre fra kommunale helse- og omsorgstjenester. I Oslo og Kristiansand har spesialisthelsetjenesten opprettet hjemmesykehus for å gi barnepasienter mulighet til å være hjemme og samtidig få trygg medisinsk og sykepleiefaglig oppfølging. Med Norges geografi og spredte bosetting er det ikke realistisk at alle syke barn kan få et tilbud om hjemmesykehus slik det for eksempel er i Nederland.

Det er behov for å bygge ut et sykepleietilbud til barn og unge med alvorlige lidelser og komplekse behov. I 2016 var om lag én av 20 av alle mottakere av omsorgstjenester (17 469), under 18 år. De aller fleste av disse fikk hjemmesykepleie. Andelen pasienter i omsorgstjenesten som har omfattende bistandsbehov i hjemmet er klart størst i den yngste gruppen²⁷. Dette er barn og unge som kan ha store funksjonshemninger og har ofte behov for helsepersonell med høy kompetanse. Behovet for koordinering av tjenester kan være særlig stort hos denne gruppen pasienter, og det krever ofte enormt mye av foreldrene/nærmeste pårørende. I tillegg til direkte helsehjelp kan utviklingsmessige utfordringer kreve stor grad av koordinering. Dette kan eksempelvis være behov for logopedhjelp, behov for spesielle tiltak i skolehverdagen eller behov for nytt utstyr som følge av at barnet vokser. Det er en stor belastning for foreldre når de opplever at et barn blir sykt. Ofte er det behov for å sette sammen et behandlingsteam for hele familien²⁸. Undersøkelser av ulønnet omsorg til eldre, syke og funksjonshemmede viser at barn under 18 år mottar mest ulønnet omsorg.

²⁴ Backe, B, "Svangerskapsomsorgen i Norge – mange unødvendige kontroller». *Tidsskriftet den norske legeforening*, nr. 20 (2002): 122:1989-92, <http://tidsskriftet.no/2002/08/aktuelt-problem/svangerskapsomsorgen-i-norge-mange-unodvendige-kontroller>

²⁵ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, «Helsetjenester» hentet 10.september 2017 fra https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Helse/Helsetjenester/

²⁶ Fokehelseinstituttet, « Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge. Årsrapport 2016. (Oslo:Folkehelseinstituttet, 2017). <https://www.fhi.no/publ/2017/barnevaksinasjonsprogrammet-i-norge/>

²⁷ Mørk, Beyrer, Haugstveit, Sundby, Karlsen & Wettergreen, «Kommunale helse – og omsorgstjenester 2016». <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2016>

²⁸ Ekern, red. *Familien i sykepleiefaget* (Oslo: Gyldendal Akademiske, 2001).

Også barn, og særlig ungdom, med mindre alvorlige helseplager, mangler de fleste steder et lavterskel helsetilbud, der de kan komme med sin bekymring og få råd og veiledning, eller henvises videre til fastlegen. Det er også behov for styrking av det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene. Dagens videreutdanninger for barnesykepleiere og helsesøstre dekker hver sine spesialiserte områder, men vi mangler et tilbud som ivaretar helhetsperspektivet hos barn og unge med ulike helseutfordringer. Tidlig hjemsendelse etter fødsel gir behov for tettere oppfølging både av barn og mor. Et nytt barn vil sette sitt preg på hele familien. En sykepleier med økt breddekompetanse vil også kunne ha en rolle her.

Det er behov for å utvikle helse- og omsorgstilbudet til unge med psykiske lidelser.

Folkehelseinstituttet anslår at 15-20 % av barn og unge mellom 13-18 år opplever symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og adferdsforstyrrelser²⁹. Halvparten av disse, ca. 8 %, har så alvorlige symptomer at det tilfredsstiller kravene til en diagnose. Barn og unge med spiseforstyrrelser er en gruppe barn og unge som også trenger særlig fokus på somatisk helse. I det tverrfaglige kommunale psykiske helsearbeidet vil det være behov for sykepleiere med god kompetanse på somatisk helsesvikt hos barn med psykiske lidelser, f.eks. i oppfølging av unge med spiseforstyrrelser. Det er i Regjeringens strategi for psykisk helse lagt særlig vekt på behovet for å styrke tilbudet til barn og unge.

Det er behov for sykepleiere med en utvidet kompetanse til å ivareta barn og unges psykiske og fysiske helsebehov og som kan gi lavterskel vurdering og rådgivning ved helseplager og bekymringer som ikke krever legebehandling. Videre er det behov for sykepleiere med utvidet kompetanse knyttet til å følge normal vekst og utvikling hos barn og unge samt oppdage sykdom og utviklingsavvik på et tidlig stadium. Sykepleierne skal også kunne gi avansert helsehjelp og koordinering av tjenester til barn med alvorlige komplikasjoner og deres familier. Eksempelvis kan fraværstestasjon for elever i videregående med øvre luftveisinfeksjoner ivaretas av en sykepleier med breddekompetanse. I England har sykepleieklinikker for unge pasienter med akutte øvre luftveisinfeksjoner, mindre skader og behov for nødprevensjon vært en suksess³⁰.

2.6 Oppsummering av behov

Tilbakemeldingene fra spørreundersøkelsen sendt til tjenestene og arbeidsseminaret av hvordan videreutdanningene dekker behov i tjenesten, viser at spesialisthelsetjenesten stort sett mener de får dekket sitt behov gjennom dagens videreutdanningstilbud, mens de kommunale helse- og

²⁹ Folkehelseinstituttet, Folkehelse rapporten, (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2015). <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>

³⁰ Desborough J, Forrest L, Parker R. Nurse-led primary healthcare walk-in centres: an integrative literature review. Journal of advanced nursing. 2012;68(2):248-63.

omsorgstjenestene etterspør videreutdanninger som gir sykepleiere kompetanse til å ivareta pasienter som har sammensatte behov.

Sykdomsutviklingen gjør at vi har flere pasienter i helse- og omsorgstjenesten med sammensatte lidelser og komplekse behov for tjenester i alle aldersgrupper. Hele 40 % av pasientene som mottar kommunale omsorgstjenester er under 67 år. Samtidig er det spesielt behov for utvidet kompetanse på eldre pasienter (geriatri). Videre er det mye som tyder på at somatiske behov hos pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk ikke er godt nok ivaretatt i tjenesten i dag. Dette er pasientgrupper med særlig behov for helsehjelp fra sykepleiere med videreutdanning fordi pasientene har sammensatte lidelser og komplekse behov for tjenester.

Det er også behov for bedre ivaretagelse av syke barn og unge i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Syke barn og unge (under 18 år) utgjør ca. 20 % av pasientene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er pasienter som kan ha store funksjonshemminger eller alvorlige kroniske sykdommer og som særlig har behov for bedre koordinerte tjenester. Foreldrene til disse barna har i dag store omsorgsoppgaver og koordinerer i stor grad barnets tjenester. Sykepleiere med videreutdanning kan ha sentrale roller i helsetjenestene til syke barn og unge i kommunene generelt og til barn og unge med psykiske lidelser spesielt.

I Regjeringens strategi for psykisk helse legges det vekt på å bygge opp et bedre tilbud for å ivareta psykisk helse i kommunene og den omfatter psykisk helse for alle pasientgrupper. Det er behov for å utvikle helse- og omsorgstilbudet til unge med psykiske lidelser. Det er behov for å styrke dagens videreutdanningstilbud innen psykisk helsearbeid og rusarbeid.

Store organisatoriske endringer i helsetjenesten fører til nye roller for i sykepleiere, bl.a. som deltakere i ulike former for team. Som følge av kortere liggetider i sykehus, er det økt behov for sykepleiere i kommunene med videreutdanning som gir dem breddekompetanse til å ivareta nye roller og pasienter i ustabile og uavklarte sykdomstilstander. Dette gjelder også behov for omsorg ved tidlig hjemsendelse etter fødsel. Et nytt barn vil sette sitt preg på hele familien. Både barn, mor og resten av familien kan i noen tilfeller trenge ekstra oppfølging.

Tilbakemeldingene fra spørreundersøkelsen sendt til tjenestene og arbeidsseminaret av hvordan videreutdanningene dekker behov i tjenesten, viser at spesialisthelsetjenesten stort sett får dekket sitt behov gjennom dagens videreutdanninger, mens de kommunale helse- og omsorgstjenestene etterspør videreutdanninger som gir sykepleiere kompetanse til å ivareta pasienter som har sammensatte behov.

3. DRØFTING AV MULIGE LØSNINGER

3.1 Avansert klinisk sykepleie (AKS)

Masterutdanning i Avansert klinisk sykepleie (AKS) er relativt nytt i Norge. Det første programmet ble opprettet på Universitetet i Oslo i 2011. I dag er det flere universiteter og høyskoler som tilbyr lignende studier. Internasjonalt er det mange land som har lange tradisjoner for denne typen videreutdanning av sykepleiere, og det finnes Nurse Practitioners i over 60 land.

Definisjonen av en avansert klinisk sykepleier (Nurse Practitioners) er:

«En autorisert sykepleier som har tilegnet seg kunnskaper på ekspertnivå, ferdigheter i kompleks beslutningstaking, samt klinisk kompetanse til en utvidet funksjon som utformes ut fra konteksten og/eller autorisasjonskravene i det aktuelle land. Mastergrad anbefales som minstekrav.»^{31,32}

Som det fremkommer av definisjonen er det enkelte lands kontekst avgjørende for hva som legges i den utvidede funksjonen en avansert sykepleier skal ha. Både i USA og i Storbritannia har Nurse Practitioners selvstendige roller og utvidede rettigheter³³. De har selvstendige roller både i primær og spesialisthelsetjenesten og da særlig knyttet til oppfølging av kronisk syke pasienter i tillegg til pasienter på «drop-in-clinics», legevakt eller akuttmottak. I en del land har AKS myndigheter og ansvar som tilsvarer legers på avgrensede områder.

3.2 AKS i en internasjonal kontekst

Internasjonale studier viser at innføringen av kompetanse i avansert klinisk sykepleie på høyere utdanningsnivå (master), og selvstendige roller for sykepleiere med slik kompetanse, har følgende effekter for pasientene³⁴:

³¹ <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>

³² Schober, M. (2006), Advanced nursing practice: an emerging global phenomenon. Journal of Advanced Nursing, 55: 275–276. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03971_2.x

³³ Universitets- og høyskolerådet, Merverdi av master i sykepleie, (Oslo: Universitets- og høyskolerådet, 2016), http://www.uhr.no/documents/merverdi_master.pdf

³⁴ Universitets- og høyskolerådet, Merverdi av master i sykepleie, (Oslo: Universitets- og høyskolerådet, 2016), http://www.uhr.no/documents/merverdi_master.pdf

- færre komplikasjoner, redusert liggetid i sykehus, bedre overganger fra spesialist til kommunehelsetjenesten og færre reinnleggelser
- Økt tilgjengelighet til helsetjenester og reduserte ventetider
- AKS bruker mer tid med hver pasient og gir mer opplæring og støtte enn leger
- Pasienter og brukere er godt fornøyd med tjenestene
- Ikke funnet negative effekter på pasienters effekt av behandling eller pasientsikkerhet

Man har ikke klart å identifisere om innføringen av AKS gir reduksjon eller økning av utgifter, men man har funnet at AKS bidrar positivt til kvaliteten på tjenesteytingen og på pasientsikkerheten³⁵. I de fleste studiene har resultatene på utfallsmålene (punktlisten over) blitt sammenlignet der pasienten har fått helsehjelp av henholdsvis sykepleiere med mastergrad i AKS eller leger. Det er ikke gjort systematiske evalueringer av sykepleiere med mastergrad i AKS sammenlignet med sykepleiere med annen type videreutdanning eller sykepleiere med bachelorgrad³⁶. Se vedlegg 2 for utdypende bakgrunnsinformasjon.

3.3 AKS i Norge

Utdanningsinstitusjonene som tilbyr AKS-utdanning i Norge i dag har bygd opp studiet på ulik måte. Noen utdanninger har valgfrie fordypningskurs i eksempelvis avansert klinisk sykepleie til skrøpelige eldre eller suturteknikk. Helsedirektoratet anser det som hensiktsmessig at det er noe variasjon, men at man bør etterstrebe at utdanningene er forholdsvis like hvis de skal gi grunnlag for å få en tittel som AKS. Tjenesten har også ønsket en standardisering slik at de kan vite hvilken kompetanse som ligger i en AKS-utdanning.

I noen land har AKS-rollen vokst frem som et svar på legemangelen. Det er ikke legemangel som er hovedgrunnen til at det er et behov for sykepleiere med en bredere kompetanse i den norske helsetjenesten. Men det kan på noen enkeltområder være relevant at AKS-utdannet sykepleier overtar tradisjonelle legeoppgaver, som f.eks. vurdering og rådgiving til unge med mindre alvorlige helseplager, oppfølging av personer med kroniske lidelser med svingende forløp som trenger regelmessige oppfølging og akutt smertebehandling, eller sutur- og sårbehandling på legevakt/akuttmottak.

Det er foreløpig ikke publisert systematiske oversiktsartikler om AKS i en norsk kontekst, men det er gjort enkeltstudier. En studie har sammenlignet to studentkull fra to typer AKS-utdanninger, ett som har tatt full mastergrad og ett som kun har tatt videreutdanningen på 60

³⁵ Universitets- og høyskolerådet, Merverdi av master i sykepleie, (Oslo: Universitets- og høyskolerådet, 2016), http://www.uhr.no/documents/merverdi_master.pdf

³⁶ Ibid, http://www.uhr.no/documents/merverdi_master.pdf

studiepoeng ³⁷. Resultatene viser at kullet med videreutdanning var mer avhengig av sine «overordnede» og at det måtte legges til rette for dem på arbeidsplassen for at de skulle få brukt utdannelsen sin. Kullet med mastergrad var mer selvstendige etter avsluttet utdanning.

Etter at det i 2015 ble det etablert en lønnstilskuddsordning for å stimulere kommunene til å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie, har mange kommuner gjort seg erfaringer med denne nye kompetansen. Disse kommunene rapporterer at kompetansen kan benyttes i mange sammenhenger. Mange AKS-ere arbeider i hjemmebaserte tjenester for å følge opp hjemmeboende pasienter som er utskrevet fra sykehus, men som fortsatt har store og ofte uavklarte behov for både rehabilitering og sykepleiefaglig oppfølging. I tillegg arbeider sykepleiere med AKS ofte tverrfaglig med fysioterapeut og fastlege/kommunelege for å planlegge og gjennomføre behandling og oppfølging av enkeltpasienter. «Virtuell avdeling» i Eidsberg kommune er et kjent eksempel på slikt systematisk pasientoppfølgingsarbeid som er ledet av sykepleier med AKS.

Sykepleiere med AKS-utdanning arbeider også med pasienter i sykehjem eller bemannede heldøgns boliger. Gjennomgang av pasienters legemiddelliste er en oppgave som ofte blir gjort av AKS i samarbeid med fastlege og eventuelt farmasøyt. Det er også eksempler på AKS som arbeider ved kommunallegevakt eller akuttmottak og som har fått utvidede fullmakter til blant annet å gi avansert smertebehandling som har gjort at pasienter får raskere hjelp og legene blir avlastet.

Breddekompetansen som en AKS-utdanning leder til, er særlig egnet til helsehjelp for pasientgrupper med sammensatte lidelser i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Bruksområder AKS

Sykepleiere med master i AKS arbeider i dag både med kliniske oppgaver overfor enkeltpasienter, og med kvalitet- og fagutviklingsoppgaver. Kunnskapen blir brukt til fagutvikling for hele organisasjonen. Sykepleieren med AKS-utdanning i Tvedestrand kommune benevnes som en «kvalitetskoordinator». I tillegg til kliniske oppgaver arbeider hun bl.a. med å styrke tverrfaglig ernæringskompetanse i sykehjem og hjemmetjenesten, innføring av tverrfaglig legemiddelgjennomgang i hjemmetjenesten og sykehjem, utarbeide kartleggingsskjema og innføre systematisk kartleggingsverktøy i Tildelingsenheten i kommunen, gir internundervisning med ferdighetstrening for ansatte, og deltar i arbeidet med innføring av velferdsteknologiske løsninger i omsorgstjenesten.

³⁷ Brenna, S, Johansson, Ciliska, D, Hole, G, Ol & Gravetholt, B "Educating change agents: a qualitative descriptive study of graduates of a Master's program in evidence-based practice". BMC Medical Education 2016;16,17
https://www.researchgate.net/publication/297410328_Educating_change_agents_A_qualitative_descriptive_study_of_graduates_of_a_Master's_program_in_evidence-based_practice
Ciliska, D, Hjämhult, E, N, Wamen, M & Aaskjær, K, «Managements Involvement – A Decisive Condition When Implementing Evidence – Based Practice. Worldviews on Evidence-Based Nursing», 2016; 13:1, 32 -41.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wvn.12141/abstract>

Helsedirektoratet mener at kompetansen også kan være til nytte i deler av spesialisthelsetjenesten spesielt ved indremedisinske og geriatrike avdelinger og i akuttmottak. I tillegg er AKS kompetansen særlig relevant for å ivareta den somatiske helsen til pasienter med psykisk helse- og rusproblemer i spesialisthelsetjenesten. Den vil kunne fylle et behov til pasientgrupper som i dag faller mellom ulike helsetilbud eller har et fragmentert eller dårlig koordinert helsetilbud ved å bidra til bedre helse og pasientforløp og til kompetanseoverføring.

3.4 Målbilde: Sluttkompetanse med mastergrad i AKS

3.4.1 Innledning

Hovedmålet med videreutdanning i AKS er å bedre helsehjelpen, i særdeleshet i kommunene, til pasienter, uavhengig av alder, med sammensatte og /eller kompliserte sykdomstilstander.

For å oppnå en breddekompetanse som gjør sykepleierne i stand til å bedre helsehjelpen til pasienter med sammensatte og /eller kompliserte sykdomstilstander, må en mastergrad i AKS gi grunnlaget for utvikling av høy kompetanse innen følgende områder:

- Kunnskaper om sykdom og helse hos ulike pasientgrupper
- Vurderings- og handlingskompetanse (ferdigheter)
- Tjenestekordinering og faglig ledelse
- Kunnskapsbasert fagutvikling og tjenesteforbedring

Disse områdene vil bli nærmere drøftet i kapitlene under.

3.4.2 Kunnskaper om sykdom og helse hos ulike pasientgrupper

Sykepleiere med master i AKS må ha avanserte kunnskaper om sykdom, helse- og funksjonssvikt og hvordan dette påvirker pasienters fysiske, psykiske og sosiale situasjon. Disse kunnskapene må dekke et vidt spekter av medisinske tilstander og være knyttet til vanlige problemstillinger hos målgruppen for tjenesten. Målgruppen vil være definert til innbyggere med særskilte sykdoms- og helseutfordringer, særlig kronisk syke pasienter med sammensatte og komplekse behov for sykepleietjenester. Dette omfatter også mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet som har særskilt behov for oppfølging av sin somatiske helsetilstand i tillegg til sin psykiske lidelse. I tillegg må sykepleierne ha kompetanse knyttet til helseutfordringer hos særskilte aldersgrupper, henholdsvis skrøpelige eldre og barn, unge med familier.

3.4.3 Vurderings- og handlingskompetanse

En av de viktigste kompetansene til en AKS er å gjennomføre selvstendige og systematiske undersøkelser og analyser av pasienters helsemessige situasjon, følge opp kroniske tilstander og fange opp symptomer på forverring. Utfra monitorering og vurdering vet AKS sykepleieren når hun skal iverksette adekvate tiltak og når annen kompetanse må innhentes. Ofte koordineres tiltakene av AKS for i å ivareta kontinuitet og helhetlige pasientforløp. AKS undersøkelsesmetoder handler også om å kunne kommunisere med og veilede pasienter, evne til å samhandle

med pasienten selv og pasientens pårørende. En AKS ser egen kompetanse som en del av et team og samarbeider med relevant helsepersonell både innenfor egen tjeneste og på tvers av tjenestenivå.

3.4.4 Tjenestekoordinering og faglig ledelse

En sykepleier med mastergrad i AKS må kunne lede det faglige/kliniske arbeidet med pasienter i målgruppen og selvstendig vurdere kompetansebehovet slik at tilbudet kan bli tilpasset og tjenester kan bli bedre koordinerte. En AKS sykepleier skal ha god kjennskap til de ulike nivåene i helsetjenesten, pasientrettigheter, samhandling, teknologi og pasientens helsebehov. Ved innføring av AKS-kompetanse vil også eksisterende kompetanse for eksempel i det tverrfaglige teamet kunne bli utnyttet bedre.

3.4.5 Kunnskapsbasert fagutvikling og tjenesteforbedring

Sykepleiere med master i AKS må kunne oppdatere seg på ny kunnskap, sette seg inn i relevant forskningskunnskap og anvende den i egen praksis. Videre må AKS kunne veilede studenter på mastergradsnivå i klinisk praksis, og kunne legge til rette for fagutviklingsprosjekter i egen praksis samt bistå i forskningsprosjekter. At AKS har kunnskap om forskningsmetode og anvendelse av forskningsresultater, vil ha betydning for hele tjenesten, samt for tjenester som utøves av helsepersonell med lavere kompetanse (systemlæring). En AKS vil kunne fungere som en faglig veileder for sine medarbeidere og bidra til at tjenesten som sådan blir mer kunnskapsbasert.

Et eksempel på sammenheng mellom kompetanseområdene. De fire områdene har en innbyrdes avhengighet. AKS skal ha en generisk kompetanse til å sette seg inn i aktuelle sykdommer. Et eksempel kan være at studentene lærer om hjerte- og karsykdommer hos eldre pasienter. De må samtidig lære å bruke stetoskop for å lytte på hjertet og gjøre andre kliniske undersøkelser av eldre hjertepasienter. Videre må sykepleierne lære seg å vurdere aktuelle tiltak for å bedre pasientens tilstand. Dette handler både om tiltak sykepleieren kan iverksette selv eller få annet pleiepersonell til å gjøre, eller at hun må henvise pasienten til fastlege, eventuelt vurdere om pasienten bør legges inn på sykehus for videre undersøkelser. Sykepleieren må samtidig legge til rette for at pasientens egne ønsker og behov skal bli ivaretatt. I tillegg skal sykepleieren kunne oppdatere seg på aktuell kunnskap på området, f.eks. å vurdere relevans av kartleggingsverktøy på behandling av hjertesvikt hos eldre pasienter i den aktuelle situasjonen.

3.5 Drøfting av nye områder for videreutdanning på masternivå

3.5.1 Innledning

Å ta til seg ny kunnskap, reflektere over kunnskapens relevans for praksis samt å anvende kunnskapen i praksis, er en av de viktigste metaferdighetene en nyutdannet AKS-sykepleier skal ha. Gjennom studiet skal studentene få oppdatert kunnskap om sykdom, helse,

helsepedagogikk, helsekommunikasjon, helsetjenesten som system og ulike helseutfordringer for grupper av befolkningen. AKS skal kunne anvende kunnskaper og ferdigheter fra et sykdomsområde til å sette seg inn i nye sykdommer (o.l.) hun får ansvar for å følge. Kunnskapsfeltet utvikler seg stadig og sykepleierne må derfor oppsøke ny kunnskap som de kan vurdere i relasjon til en gitt klinisk setting, eventuelt implementere og evaluere i sin yrkesutførelse. I tillegg til det kliniske arbeidet vil sykepleiere med AKS-kompetanse ha sentrale roller på sine arbeidsplasser i fagledelse, opplæring, fagutvikling og veiledning av kolleger og studenter. Dette krever kompetanse på mastergradsnivå.

3.5.2 Psykiske lidelser og rusproblematikk

Siden slutten av 1990-tallet har myndighetene satset sterkt på å stimulere ansatte i kommunene til å ta tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og rusarbeid, og det eksisterer flere videreutdanninger, de fleste av disse er tverrfaglige med rekruttering fra alle helse- og sosialfag. Allikevel tyder mye på at en systematisk kartlegging og/eller ivaretagelse av denne pasientgruppens somatiske sykdom ikke er god nok.

Det har vært diskutert hvorvidt det er behov for en egen klinisk videreutdanning for sykepleiere (ikke tverrfaglig) i psykisk helse og rusproblematikk. Et argument for dette er at denne brukergruppen er såpass stor og med til tider så komplekse behov, at for å få en grundig nok forståelse av pasientens psykiske helse og kunne sette denne i sammenheng med den somatiske sykdommen, eller omvendt, trengs det en egen videreutdanning. Tall fra Helsedirektoratet³⁸ viser at i 2016 var det totalt 2 873 årsverk rettet mot barn og unge og 11 063 rettet mot voksne innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. Fra 2015 til 2016 økte årsverkene i tjenester rettet mot barn og unge med 7,3 % og tjenester til voksne med 4,7 %. Den største utdanningskategorien blant ansatte i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, med 42,5 %, er høyskoleutdannede uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid.

Helsedirektoratet mener derfor at det i en bred klinisk videreutdanning er behov for at det inngår utvidet kunnskap om psykisk helse og rus, samt hvordan dette henger sammen med somatisk sykdom. Det kan derfor være grunn til å inkludere disse fagområdene som mulige spesialiseringer i masterutdanning(er) for sykepleiere.

I en metaanalyse av 61 sammenliknende studier ble det påvist at risikoen for underbehandling av somatisk sykdom var 12 % høyere hos personer med schizofreni og 10 % høyere hos personer med affektive lidelser enn for kontrollgruppen. En mulig forklaring på underbehandlingen kan være forhold ved den psykiske lidelsen eller ruslidelsen (eller begge), for eksempel en livsstil som gjør det utfordrende å gi god medisinsk behandling. Bivirkninger av medikamenter knyttet til

³⁸ <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/nokkeltall/nokkeltall-psykisk-helse-og-rus>

interaksjon med psykofarmaka eller rusmiddelbruk kan være en annen mulig årsak³⁹. I regjeringens strategi⁴⁰ legges det vekt på at tjenestene må etablere rutiner og en organisering som sikrer en forsvarlig ivaretagelse også av disse pasientenes somatiske helse. Det er derfor et behov for at kunnskap om oversykkelighet og overdødelighet i disse pasientgruppene tas inn i grunn- og videreutdanningene.

Det foregår mye utvikling på dette feltet, bl.a. er den desentraliserte delen av spesialisthelsetjenesten under videreutvikling med mer vekt på ambulante og polikliniske tjenester. Det er stilt krav om at ambulante akutt-team skal ha lege- og psykologspesialist. Utviklingen av oppsøkende og ambulante team er særlig viktig for personer som av ulike grunner ikke klarer å nyttiggjøre seg av det ordinære tjenestetilbudet. Pakkeforløp på psykisk helse- og rusområdet skal iverksettes fra 2018 og bidra til bedre samhandling, økt forutsigbarhet, raskere utredningsforløp og økt brukerinnflytelse⁴¹. Det er således mye utvikling på feltet og mange helsepersonellgrupper er involvert.

Helsedirektoratet vil ikke anbefale en egen klinisk videreutdanning for sykepleiere i psykisk helse og rus. Fagområdet foreslås heller inkludert i de to andre foreslåtte videreutdanningene for å ivareta sammenhengen med den somatiske siden til denne pasientgruppen best mulig.

3.5.3 Barn, unge og deres familier

For å gi likeverdige og gode helsetjenester til alle barn og unge, inkludert de med sammensatte lidelser, kompliserte tilstander og komplekse behov for helse- og omsorgstjenester, er det grunn til å vurdere om det er behov for sykepleiere med en større breddekompetanse enn det som tilbys i kommunale helse- og omsorgstjenester i dag. Dette vil også være et viktig tiltak for å bistå og avlaste foreldrene til disse barna.

Tilbud som retter seg spesielt mot barn og unge, dekkes i dag primært av helsesøsterutdanning, barnesykepleie, jordmorutdanning og nyfødtsykepleie. I tillegg omfatter utdanningene innen anesthesi- og intensivsykepleie alle aldersgrupper. Mens helsesøsterutdanningen i hovedsak retter seg mot friske barn og unge og bygger på et helsefremmende perspektiv, er dagens barnesykepleierutdanning primært rettet mot barns sykdom og spesialisthelsetjenesten og alvorlig sykdom hos barn. Barnesykepleiere utgjør en svært liten del av det totale antall spesialsykepleiere. Problemer med rekruttering til denne utdanningen har ført til at den nå tilbys kun ved noen få utdanningsinstitusjoner.

³⁹ Lien, Huus & Mork, « Psykisk syke lever kortere». *Tidsskriftet den norske legeforening* nr. 3 (2015):246-8

<http://tidsskriftet.no/2015/02/kronikk/psykisk-syke-lever-kortere>

⁴⁰ Departementene, Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017 -2022). (Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2017), https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

⁴¹ Departementene, Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017 -2022). (Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2017), https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Helsesøsterutdanningen har tradisjonelt vært en ettårig spesialisering for sykepleiere og er den eneste helsefaglige utdanningen med hovedfokus på helsefremming og sykdomsforebygging. Utdanningen har en sentral rolle bl.a. ved å gjennomføre helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov, opplysningsvirksomhet og veiledning samt samarbeid om habilitering av barn og ungdom med spesielle behov, og forebygge, avdekke og følge opp vold, overgrep og omsorgssvikt.

Helsesøsterutdanningen er under utvikling, og det diskuteres bredt hvilken retning utdanningen skal ta for best å imøtekomme kompetansebehovet for fremtidens helsetjenester. Høgskolen Diakonova tilbyr et mastergradsstudium i sykepleie med et kommunehelseperspektiv⁴², mens universitet i Stavanger tilbyr en master i helsesøsterfag med spesialisering i forebyggende helsearbeid i kommunehelsetjenesten for og med barn, unge og deres familier, samt vitenskapelig og metodisk kompetanse til forsknings- og utviklingsarbeid på fagfeltet⁴³. At helsesøsterutdanningen utvides til mastergrad og at det gis rom for enda mer fordypning i fag som f.eks. epidemiologi, folkehelsearbeid og systemarbeid, har vært fremhevet som en måte å sikre kommunenes lovfestede plikt til å ha et helsefremmende og forebyggende perspektiv.

Selv om de fleste barn og unge har det bra, ser vi en utvikling hvor flere barn og unge har helseutfordringer. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er viktig fordi den når ut til nesten alle barn og unge og deres familier, og er i en særskilt posisjon med tanke på tidlig avdekking og forebygging. Dette er ivare tatt i de nye nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten⁴⁴.

Høsten 2017 vil utkast til revidert forslag til forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten sendes på høring⁴⁵. Her er det foreslått å utvide formålet ved at tjenesten også skal bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt. Imidlertid inngår ikke diagnostikk/oppfølging av barn ved avdekket sykdom/skade i forslaget som sendes på høring. I regjeringens strategi for god psykisk helse⁴⁶ fremgår det at det «vurderes å utvide formålet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten ytterligere til også å inkludere behandling og oppfølging av barn og unge for både psykiske og somatiske tilstander. Det vil kunne bidra til et lettere tilgjengelig

⁴² <http://www.diaconova.no/master>

⁴³ <http://www.uis.no/studier/studietilbud/helse-og-sosialfag/master/helsesosterfag/>

⁴⁴ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/>

⁴⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---forslag-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/id2570266/>

⁴⁶ Departementene. *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017 -2022)*. (Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

behandlingstilbud til barn og unges egen helsetjeneste og gir en mer effektiv ressursbruk. Arbeidsdeling mot fastlegene må avklares».

Denne utredningen konsentrerer seg om å beskrive behovet for økt sykepleierkompetanse i forhold til barn, unge og deres familier, uten å ta stilling til om denne kompetansen skal knyttes til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, eller plasseres andre steder i det kommunale tjenesteapparatet. Helsedirektoratet vil imidlertid understreke at et eventuelt utvidet mandat for helsestasjons- og skolehelsetjenesten ikke må gå på bekostning av det forebyggende og helsefremmende arbeidet, som er en bærebjelke i kommunale helsetjenester til barn og unge.

Barn og unge med omfattende helseproblemer får ofte bistand fra spesialisthelsetjenesten hvor man ved en del sykehus har ansatt barnesykepleiere. En barnesykepleier har spesialisert kompetanse i sykepleie til akutt/og eller kritiske syke nyfødte, barn og unge. De har kunnskap om kompliserte medisinske tilstander og kunnskap om barns fysiske, psykiske og sosiale utvikling⁴⁷. Den medisinske utviklingen har medført at det nå behandles en rekke medfødte tilstander, sykdommer og skader hos barn, som var umulig å behandle tidligere. Flere barn overlever, men dette medfører også at barn som behandles i spesialisthelsetjenesten er sykere enn tidligere, noe som igjen stiller økte krav til barnesykepleierens kompetanse.

Utviklingen av medisinsk teknisk utstyr og nye kommunikasjonsplattformer har gitt økt mulighet for hjemmebehandling, og flere og flere barn og unge blir nå behandlet av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Behandling av barn, unge og unge voksne krever på mange områder en annen fremgangsmåte/kommunikasjonsmåte enn overfor voksne. Barnesykepleiere har denne kompetansen. Lave søkerantall har imidlertid ført til at flere videreutdanningstilbud for barnesykepleie er lagt ned. De som utdannes blir i stor grad værende i spesialisthelsetjenesten.

Brukergruppen nyfødt/barn/unge med familie i dag dekkes av primært fire forskjellige spesialiserte videreutdanninger for sykepleiere: nyfødt- og barnesykepleie, jordmor og helsesøster. Til sammen burde disse utdanningene dekke kompetansebehovene, men som vist i avsnitt 2.5.3 og drøftet videre her, ser vi likevel at endel barn- og unge med helseutfordringer ikke blir godt nok ivaretatt i dag. For at denne brukergruppen best skal få ivaretatt sine behov, er det nødvendig å sikre at sykepleiere har bred kompetanse som både har i seg et forebyggings- og et behandlingsperspektiv og som kan ivareta hele barne-/og ungdomsforløpet, helt fra den nyfødte kommer hjem fra sykehuset og videre gjennom oppveksten. *Dette bør dekkes gjennom en videreutdanning for sykepleiere rettet mot barn, unge og familie.*

Det er behov for å bedre kompetansen i forebyggende-, helsefremmende- og folkehelsearbeid i kommunene. Sykepleiere med videreutdanning kan ha en rolle her, men det er også behov for

⁴⁷ Temahefte « Barnesykepleier, funksjons- og ansvarsområder» utgitt av Barnesykepleierforbundet NSF 2017.

personell med andre grunnutdanninger. Det finnes i dag gode tverrfaglige masterutdanninger i Public Health, som vi tror vil imøtekomme dette behovet bedre enn det vil være rom for innenfor en master i barn/unge/familiesykepleie.

3.5.4 Eldre

Eldre pasienter kjennetegnes av store og sammensatte behov, som både har fysiske, psykiske, kognitive og psykososiale dimensjoner. Dette kan medføre en reduksjon i reservekapasitet som gjør pasienten mer utsatt for negative hendelser som sykehusinnleggelse, funksjonstap eller tap av nære personer. I tillegg har eldre pasienter rene aldersrelaterte plager. Det betyr at de eldre pasientene har behov for helsehjelp fra sykepleiere som har kompetanse til å se ulike sykdommer og behandlinger i sammenheng med særskilte aldersrelaterte utfordringer. Regjeringens kvalitetsreform «Leve hele livet» bygger blant annet på en erkjennelse av at mange eldre brukere og pårørende opplever at tjenestene for er fragmenterte, lite koordinerte, for lite tilpasset den enkelte og ofte uten sammenheng. En AKS-utdanning som gir en breddekompetanse som beskrevet i kapittel 3.4 vil være særlig egnet til å ivareta eldre pasienters behov.

For at denne brukergruppen best skal få ivaretatt sine behov, bør området *inngå som en del av en bredere videreutdanning for sykepleiere innen allmennsykepleie (AKS)*.

3.6 Alternativer til full mastergrad

Enkelte tilbakemeldinger fra helseforetak og kommuner kan tyde på at ledere ønsker et kortere videreutdanningsløp for sykepleiere enn full mastergrad. Dette grunnis bl.a. økonomisk med at det kan være utfordrende for arbeidsgivere å legge til rette for permisjon til lengre videreutdanningsløp.

Et alternativ til en full mastergrad i avansert klinisk sykepleie er at utdanningsinstitusjonene tilbyr at sykepleiere kan ta kun deler av et samlet mastergradsprogram i AKS. Det betyr at sykepleiere kan velge å ta enkeltmoduler, men ikke full mastergrad. Dette vil kunne gi viktig kompetanseheving om sykepleieren vil inneha en fordypning i faget

Alternativer til full mastergrad innebærer en del utfordringer. Disse blir behandlet nedenfor.

3.6.1 Innplassering i norsk og andre lands utdanningssystem

Norge har tre hovednivå for høyere utdanning: Bachelor, Master og PhD. Hvis man anbefaler at sykepleiere kan avslutte sin utdanning på et nivå som ligger mellom en bachelorgrad og en mastergrad, vil man samtidig legge seg på et nivå som normalt ikke gir økonomisk eller akademisk uttelling i utdanningssystemet. Utdanningstilbydere får bl.a. inntekter basert på antall fullførte mastergrader. Det gis imidlertid også noe støtte til enkelte videreutdanninger som ikke er fulle mastergrader.

Videre er det viktig for Norge å legge seg på samme utdanningsnivå med land som vi kan sammenligne oss med. Utdanningen i avansert klinisk sykepleie er, som tidligere beskrevet, basert på lignende masterutdanninger som fører fram til tittelen Nurse Practitioner (NP) eller Advanced Nurse Practitioner (ANP). Utdanningen ligger på masternivå eller høyere i andre land. Dersom vi legger oss på et videreutdanningsnivå mellom bachelorgrad og mastergrad, vil det bli problematisk ved konvertering av utenlandske utdanninger. Internasjonalt ligger en AKS-utdanning på et mastergradsnivå.

3.6.2 Rekrutteringshensyn

Muligheten til å ta en mastergrad som kvalifiserer til viktige kliniske fagoppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gir en ny karrierevei for sykepleiere. Kommunale omsorgstjenester har et stort behov for sykepleiere og andre faggrupper med høyere utdanning. En av årsakene til sykepleiemangel i kommunene har vært angitt som manglende mulighet for avansement i stillinger knyttet til direkte pasientarbeid. Tjenesten er fortsatt preget av mange uten helse- og sosialfaglig utdanning og av deltidsstillinger. Dette utfordrer ledelse av tjenesten, og kan hindre nødvendige endringer og fagutvikling.

Masterutdanning i avansert klinisk sykepleie gir en kompetanse som det er stort behov for i tjenesten, både til å utføre de mest avanserte sykepleieroppgavene og til å lede personellet med lavere utdanning. Dette kan bidra til å øke fagutvikling og fagmiljø, noe som igjen kan øke anseelsen til helse og omsorgstjenesten og stimulere til rekruttering av kvalifiserte sykepleiere (og andre) til helse- og omsorgstjenesten. Mangel på fagmiljø og fagutvikling er blant de viktigste grunnene til at en av to sykepleiere i omsorgstjenestene vurderer å søke seg bort fra tjenesten⁴⁸. Ansettelse av sykepleiere med mastergrad i AKS vil kunne bidra til rekruttering og å beholde kvalifiserte sykepleiere og andre faggrupper i helse- og omsorgstjenesten.

3.6.3 Ambisjonsnivå for masterutdanning i AKS

For og gjøre det enklere for arbeidsgiverne og sykepleierne selv å differensiere på hvilket kompetansenivå de ønsker å oppnå, vil vi i neste kapittel foreslå modulbasert utdanninger som kan avsluttes før full mastergrad. Helsedirektoratet anser det imidlertid som viktig at minst en sykepleier i hver kommune, i større kommuner flere, innehar en full mastergrad. Det vil være nødvendig for å ivareta, undervisning og veiledning, forskningsbasert fagutvikling, systemutvikling og implementering av kunnskapsbasert praksis som er omtalt tidligere.

⁴⁸ Gautun, H og Øien, H, Underbemanning er selvforsterkende (Oslo: NOVA, 2016), <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjonar/Rapporter/2016/Underbemanning-er-selvforsterkende>

3.7 Konklusjon

3.7.1 AKS på mastergradsnivå

Kunnskapene og ferdighetene som en AKS-utdannet sykepleier tilegner seg vil samlet gi en generell, bred kompetanse i sykepleiefaget. Denne sluttkompetansen gjør dem i stand til å anvende kunnskaper og ferdigheter på selvstendig vis i ulike situasjoner gjennom samarbeid, ta større ansvar, evne til refleksjon og kritisk tenkning i utøvelsen av sykepleie⁴⁹. Denne sluttkompetansen gjør at en sykepleier med mastergrad i AKS har ferdigheter i kompleks beslutningstaking, og blir i stand til å utøve en kunnskapsbasert praksis i samhandling med annet helsepersonell, pasienter og pårørende.

AKS-utdanningene kvalifiserer sykepleiere til selvstendige roller og utvidete funksjons- og ansvarsområder. 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.

Det er særlig tre hovedgrupper pasienter som AKS-utdannede bør dekke:

1. Eldre og voksne pasienter med sammensatte lidelser, kompliserte tilstander og komplekse behov for tjenester.
2. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusavhengighet som i tillegg har somatiske sykdommer eller lidelser.
3. Barn/unge langs hele spekteret fra normal utvikling til sammensatte lidelser, kompliserte tilstander og komplekse behov for tjenester og deres familier

3.7.2 Videreutdanning innen allmennsykepleie

Helsedirektoratet vurderer at det er et behov for sykepleiere med avansert klinisk kompetanse i arbeid rettet mot brukere sammensatte lidelser og komplekse behov for tjenester. Mange eldre pasienter er i denne gruppen, men det er også en god del voksne pasienter mellom 18 og 67 år med denne type behov, særlig i kommunene. Det bør derfor være en egen mastergradsutdanning rettet mot disse pasientgruppene og den kan omtales som en «Allmennsykepleier».

Kompetansen til en sykepleier med mastergrad i Allmennsykepleie vil også være svært nyttig i tjenester som retter seg mot pasienter med psykisk helse og rusproblematikk, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Allmennsykepleieren skal ha særlig fokus på den somatiske helsen til pasienter med psykisk helse- og rusproblematikk, og vil kunne være del av et oppsøkende team

⁴⁹ <http://www.nokut.no/no/Fakta/Det-norske-utdanningssystemet/Nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/Begreper/>

eller et lavterskeltilbud. Kompetansen vil komme i tillegg til andre faggruppers mer inngående kompetanse og tjenester innen psykisk helsearbeid og rusarbeid.

I tillegg til kliniske oppgaver kan typiske arbeidsoppgaver for en sykepleier med videreutdanning innen allmennsykepleier være:

- arbeide med å styrke tverrfaglig ernæringskompetanse i sykehjem og hjemmetjenesten
- innføring av tverrfaglig legemiddelgjennomgang i hjemmetjenesten og sykehjem
- utarbeide kartleggingsskjema og innføre systematisk kartleggingsverktøy i Tildelingsenheten i kommunen
- gir internundervisning med ferdighetstrening for ansatte
- delta i arbeidet med innføring av velferdsteknologiske løsninger i omsorgstjenesten
- psykisk enhet/ambulante team /DPS vil også ha nytte av og være en mulig arbeidsplass for en allmennsykepleier
- kontaktsykepleier mellom nivåene og sørge for kompetanseutvikling og opplæring.

Helsedirektoratet konkluderer med at det bør etableres en egen mastergrad innen allmennsykepleie. Anbefalingen er nærmere beskrevet i kapittel 4.

3.7.3 Videreutdanning innen barne-, ungdoms- og familiesykepleie

I arbeid med barn og unge som har sammensatte lidelser, kompliserte tilstander og komplekse behov for tjenester, har tjenestetilbudet rehabilitering og oppfølging inntil nylig i all hovedsak vært gitt fra spesialisthelsetjenesten. Dette er i endring, og denne delen av oppfølgingen er i mange tilfeller blitt en del av det kommunale tjenestetilbudet. Framover vil det være behov for sykepleiere som kan ivareta både helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge, samtidig som de har tilstrekkelig avansert klinisk kompetanse til å håndtere barn med langvarig sykdom og store helseutfordringer. En avansert klinisk sykepleier med mastergrad i barn-/ungdom- og familiesykepleie vil ha tilstrekkelig breddekompetanse til å ivareta og følge opp spebarn, barn, unge og deres familier gjennom første del av livet, og kunne ivareta både langvarig somatisk og psykisk sykdom, funksjonshemminger og andre helseutfordringer.

Det bør derfor etableres en egen mastergrad i innen barne-, ungdoms- og familiesykepleie. Anbefalingen er nærmere beskrevet i kapittel 4.

4. ANBEFALING

4.1 Etablering av to nye AKS videreutdanninger på masternivå

Helsedirektoratet har tatt utgangspunkt i eksisterende masterutdanninger i AKS både nasjonalt og internasjonalt og foreslår at det opprettes to nye masterutdanninger:

1. **Master i barne- ungdoms- og familiesykepleie**
2. **Master i allmensykepleie (voksne og eldre pasienter)**

Formålet med å foreslå to AKS-utdanninger er at de skal bidra til å standardisere omfang, innhold og oppbygging av mastergraden. En slik standardisert oppbygging vil være førende for hvordan utdanningsinstitusjonene skal utforme sine utdanningstilbud, og vil være viktig for tjenestene for at de skal kunne vite hvilken sluttkompetanse en sykepleier med mastergrad i AKS har. Det vil også være av betydning for sykepleiere som vurderer å ta en slik utdanning at det er to standardiserte mastergradsutdanninger, og ikke ulike varianter på ulike universiteter og høyskoler.

Masterutdanningene bygger videre på kompetansen som sykepleierne har fra bachelorutdanningen. Bachelorutdanningen i sykepleie er under revisjon. Følgende områder fra bachelorutdanningen vil masterutdanningen i AKS videreutvikle:

- kompetanse på kunnskaper om sykdom og helse hos ulike pasientgrupper
- vurderings og handlingskompetanse
- tjenestekoordinerings og faglig ledelse
- kunnskapsbasert fagutvikling og tjenesteforbedring

I masterutdanningen vil kompetanse på de ulike områdene utdypes og integreres til en sluttkompetanse som vi har beskrevet som en breddekompetanse.

Kompetanseområdene vil innebære ulike mengder studiepoeng som til sammen utgjør 120 studiepoeng for en full mastergrad. Hvordan studiepoengene skal fordeles på de ulike kompetansetyperne, bør utarbeides videre i samarbeid med tjenesten og utdanningsinstitusjonene. Det bør imidlertid være et krav at fullført mastergrad kvalifiserer til videre PhD-utdanning.

Vurderings- og handlingskompetansen må læres i skjæringspunktet mellom praksis og teori.

Den største forskjellen mellom de ulike variantene av AKS-utdanning som finnes i Norge i dag, er hvordan og i hvilken grad praksis blir brukt som læringsform. Helsedirektoratet mener at mengden praksis og hvordan den bør gjennomføres i AKS-studiet må diskuteres med utdanningsinstitusjonene, men at det må være et kriterium at det legges opp til klare arbeidskrav som må godkjennes av egnet veileder. Arbeidskravene må bidra til at studenten opparbeider seg vurderings- og handlingskompetanse i møte med virkelige pasienter (ikke bare i simuleringslaboratorium).

4.2 Oppbygging av masterutdanningene

Både masterutdanningen i barne-, ungdoms- og familiesykepleie og masterutdanningen i allmennykepleie er bygget opp på lik måte, men retter seg mot forskjellige pasientgrupper. Begge de to masterutdanningene består av to moduler. Deler av innholdet i modulene kan være sammenfallende, mens graden av faglig fordypning innen hvert av kompetanseområdene vil være tilpasset de to masterutdanningene. Denne fordelingen må diskuteres videre i den konkrete utformingen av læreplanene for utdanningene. Innholdet og oppbyggingen av masterutdanningene bygger på og henter elementer fra hhv AGS⁵⁰ og andre eksisterende AKS programmer.

I kapittel 3 beskrives de fire ulike kompetanseområder som dekkes av en AKS, og som må inngå i begge de to foreslåtte masterutdanningene:

- Kompetanse A: Kunnskap om sykdom og helse hos ulike pasientgrupper
- Kompetanse B: Vurderings og handlingskompetanse
- Kompetanse C: Tjenestekoordinerings og faglig ledelse
- Kompetanse D: Kunnskapsbasert fagutvikling og tjenesteforbedring

Noe av innholdet i modulene vil kunne være felles for de to masterutdanningene. Dette gjelder særlig kompetanse på tjenestekoordinerings og faglig ledelse (kompetanse C) og kunnskapsbasert fagutvikling og tjenesteforbedring (kompetanse D) (se liste over). Kunnskaper om sykdom og helse hos ulike pasientgrupper (kompetanse A) og vurderings- og handlingskompetanse (kompetanse B) bør tilpasses målgruppen for masterutdanningen.

I det følgende vil kompetanseområdene som må dekkes i de to modulene beskrives overordnet. Hvert kompetanseområde vil også bli merket med hva slags type kompetanse det enkelte område omfatter (A, B, C og/eller D).

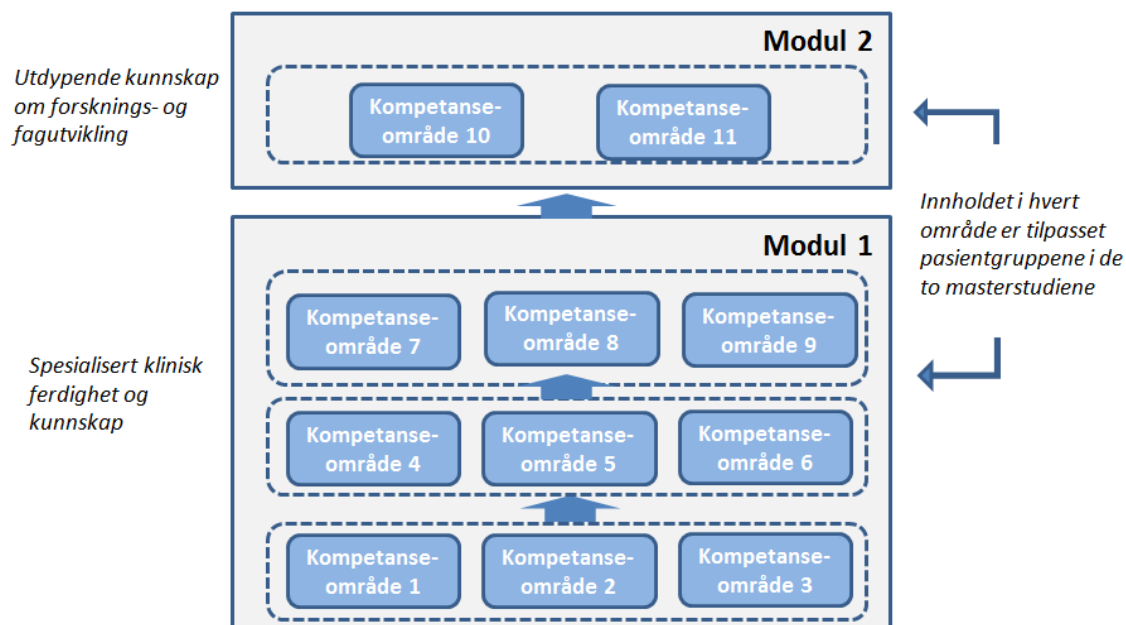
Kompetanseområdene må utdypes i detaljerte læringsaktiviteter (hva skal læres), læringsmetoder (hvordan skal det læres) og arbeidskrav (hvordan skal man sikre at læring er

⁵⁰ <http://www.uio.no/studier/program/geriatrik-sykepleie-master/oppbygging/>

oppnådd). Herunder må mengde, innhold og krav til klinisk praksis beskrives for de to master-utdanningene. Dette bør gjøres i samarbeid mellom tjenesten og utdanningsinstitusjonene.

Den strukturelle sammenhengen mellom modulene og kompetanseområdene vises i figur 4.

Figur 4: Strukturell sammenheng mellom modulene og kompetanseområdene



4.2.1 Modul 1

Den første modulen gir:

- Utdypende og/eller spesialisert kunnskap om sykdom, helseutfordringer, samt forståelse og håndteringen av disse hos de aktuelle pasientgruppene (kompetanse A).
- Utdypende og/eller spesialisert kunnskap til å skjelne sykdom fra forhold som henger sammen med normal utvikling, herunder kjennskap til vanlige rus og/eller psykiske helseutfordringer, og tegn på sykdom hos barn og unge til forskjell fra vanlige utviklingsutfordringer. Dette inkluderer kunnskap om egnede tilnæringsmåter til, og kommunikasjon med, pasientgruppene (kompetanse A og B).
- Utdypende ferdigheter til å koordinere pasienters helsetjenester (kompetanse C).
- Utdypende og/eller spesialisert kliniske vurderings- og handlingsferdigheter knyttet til personer i ustabile, uavklarte og kritiske sykdomsfaser (kompetanse A, B, C og D).

Kompetanse i modul 1 bør testes med praktiske og teoretiske eksamener.

Modul 1 inneholder følgende kompetanseområder:

Kompetanseområde 1:

Studenten har utdypende og/eller spesialisert kjennskap til sentrale utviklingstrekk hos pasientgruppene (psykisk, fysisk og sosialt) som inngår i de to AKS-utdanningene.

Kompetanseområde 2:

Studenten kan gjøre systematiske kliniske undersøkelser av friske personer i pasientgruppen. Dette innebærer bruk av inspeksjon, palpasjon, perkusjon, auskultasjon samt egnede kartleggingsverktøy.

Kompetanseområde 3:

Studenten har utvidet kunnskap om sykepleievitenskapelig teori og verdigrunnlag. Studenten kjenner til forskningsmetoder og hvilke forskningsspørsmål de ulike metodene kan gi svar på som er relevant for å jobbe kunnskapsbasert.

Kompetanseområde 4:

Studenten har utdypende og/eller spesialisert kunnskap om de viktigste sykdomsgruppene hos pasientgruppen: patofysiologi, sykdomslære, behandling og bivirkninger. Herunder kunnskap om vanlige psykisk helseutfordringer og rusproblematikk.

Kompetanseområde 5:

Studenten kan undersøke/kartlegge helsetilstanden hos utsatte personer i pasientgruppen og kan iverksette forebyggende og helsefremmende tiltak (kommunikasjon, kartleggingsverktøy, samhandling, velferdsteknologi).

Kompetanseområde 6:

Studenten kan utføre systematisk vurdering av kliniske tegn hos pasienter i stabile sykdomsfaser i pasientgruppen. Herunder ligger også vurdering av utsatte grupper og bruk av relevante kartleggingsverktøy, samt kommunikasjon med og tilnærming til ulike pasientgrupper og deres pårørende.

Kompetanseområde 7:

Studenten har utdypende og/eller spesialisert kunnskap om relevant/vanlig farmakologi hos pasientgruppen.

Kompetanseområde 8:

Studenten kan gjøre en helhetlig og systematisk vurdering av pasienter i ustabile, uavklarte og kritiske sykdomsfaser og iverksette tiltak for å bedre helsetilstanden hos pasienter i alle aldre, f.eks. pasienter med sterke smerter (vurdere årsak til smerte, gi smertelindring, støtte og berolige, samhandle med annet helsepersonell og andre tjenestenivå, bruke velferdsteknologi).

Kompetanseområde 9:

Studenten kan identifisere, vurdere og benytte forskningskunnskap i klinisk praksis og har kunnskap om hvordan forskning og fagutvikling kan påvirke helsetilbudet til pasientene.

4.2.2 Modul 2

Den andre modulen gir en helhetlig og selvstendig handlingskompetanse som består av en integrering av:

- Utdypende ferdighet til å lede sykepleiefaget, vurdere kunnskaps- og fagutviklingsbehov, samt utvikle, identifisere og oppsummere kunnskap relatert til spesialistområdet (kompetanse A, B, C og D).
- Utdypende kunnskap om vitenskapsteori og forskningsmetoder som er relevant for å arbeide kunnskapsbasert og systematisk som sykepleier innenfor feltet (kompetanse D).

Kompetanse i modul 2 bør testes i en praktisk eksamen samt i en egen masteroppgave.

Modul 2 inneholder følgende kompetanseområder (de har fått benevnelsen, 10 og 11 for å vise at de følger etter kompetanseområdene i modul 1):

Kompetanseområde 10:

Studenten kan lede faget målrettet og veilede annet personell. Videre kan studenten vurdere behovet for ulike typer kunnskap og fagutvikling, det vil si systematisk iverksette, monitorere og evaluere fagutviklingsinitiativ og bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedringer i praksis. Studenten kan selvstendig vurdere kompetansebehovet slik at tilbudet kan bli tilpasset og tjenester kan bli bedre koordinerte.

Kompetanseområde 11:

Studenten viser i en egen masteroppgave evne til å gjøre et selvstendig og avgrenset forskningsarbeid som er relevant for klinisk sykepleie til den aktuelle målgruppen. Studenten skal følge forskningsetiske retningslinjer og vise evne til kritisk refleksjon.

4.2.3 Sammenheng mellom modul 1 og 2

Inndelingen i to moduler betyr at sykepleiere etter modul 1 vil ha tilegnet seg spesialisert kompetanse som er verdifull for og i noen tilfeller tilstrekkelig for enkelte deler av tjenesten, selv om modulen ikke gir formalkompetanse i form av en mastergrad. Til sammen utgjør modul 1 og 2 et helhetlig masterløp, som forutsetter at kunnskapene og ferdighetene som tilegnes i modul 1, bygges videre på i modul 2.

For å kvalifisere til en *mastergrad* i AKS må sykepleieren følge hele løpet. Helsedirektoratet vurderer det slik at kompetansen på modul 2 nivå må inneholde en masteroppgave, fordi det gir sykepleieren nødvendig kompetanse i kontinuerlig og systematisk kunnskapsbasert fagutvikling og tjenesteforbedring, samt ledelse av denne. Dette er nødvendig for å fylle rollen som sykepleier med klinisk toppkompetanse og samtidig kunne delta i tjenesteutvikling på høyt nivå. Dersom man ikke tar modul 2 vil sykepleiere som har tatt modul 1 inneha betydelig spesialisert kompetanse og vil kunne handle selvstendig i mange pasientsituasjoner.

5. ADMINISTRATIVE, UTDANNINGSMESSIGE OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Fordi AKS-rollen er så ny og lite etablert i helsetjenesten er det vanskelig å foreta en samfunnsøkonomisk analyse som vurderer de totale kostandene ved utdanningen opp mot nytten av den økte kompetansen. Vi har derfor konsentrert oss om de umiddelbare konsekvensene knyttet til utdanningsinstitusjonen og arbeidsgiverne.

5.1 Utdanningsinstitusjonene

Norsk høyere utdanning er strukturert som en treårig bachelorutdanning, toårig masterutdanning og en treårig doktorgradsutdanning. Det finnes ikke et mellomnivå i utdanningsstrukturen som gir akademisk uttelling i form av en grad i utdanningssystemet.

Statlig finansiering⁵¹ er den viktigste finansieringskilden for universiteter og statlige høyskoler. Statlige bevilgninger til utdanningsinstitusjonene er i dag bl.a. knyttet til antall studieplasser (kandidatmåltall) og finansieringskategori. Studier er delt inn i seks ulike kostandskategorier⁵² og en sats som følge av ulik grad av lærer- og utstyrsintensitet mellom studier. Antall studieplasser og finansieringskategori vil dermed ha innflytelse på de statlige utgiftene, og utdanningsinstitusjonenes inntekter for utdanninger som finansieres over statsbudsjettet.

Ved etablering av nye utdanninger vil det dermed være avgjørende om det ligger statlig finansiering og tildeling av studieplasser til grunn. Både finansieringskategori og antall studieplasser vil være bestemmende for de statlige utgiftene og for utdanningsinstitusjonenes mulighet til å avsette ressurser til drift av utdanningen. For tjenestene og studentene vil det i tillegg være av betydning om utdanningene tilbys på heltid eller deltid, i hvilken grad samlings- og nettbaserte løsninger benyttes, og om utdanningene tilbys geografisk spredt eller sentralisert til et fåtall institusjoner.

⁵¹ Finansieringssystemet er bygd opp av tre ulike komponenter; en basiskomponent, en undervisningskomponent og en forskningskomponent <http://dbh.nsd.uib.no/dokumentasjon/kategorier.action>

⁵² <http://dbh.nsd.uib.no/dokumentasjon/kategorier.action>

Som vist i kap. 2.3 eksisterer det allerede flere mastergradsutdanninger for sykepleiere i Norge, og flere av disse er variasjoner av avansert klinisk sykepleierutdanning. Implementering av de foreslåtte mastergradsløpene vil kunne bygge på disse strukturene, og ved å tilby rammeplanstyrte mastergrader kan det sikres at utdanningstilbydere får inntekter knyttet til bl.a. antall uteksaminerte studenter. I hovedsak er det fullgåtte grader som gir slik finansiell uttelling, men noen videreutdanninger av kortere varighet gir også inntekter til utdanningsinstitusjonen. Vis det åpnes for en AKS utdanning på masternivå som kan avsluttes etter modul 1, er det viktig å sikre finansiering som gjør det regningsvarende for utdanningsinstitusjonen å tilby dette.

Helsedirektoratet sitt forslag til masterutdanning av AKS sykepleiere tilbyr en standardisering av utdannelsen. Dette vil ha innvirkning på de eksisterende videreutdanningene i avansert klinisk sykepleie. Det er spesielt mht. praksis i utdanningsløpet, hvor mye og hvordan praksisen gjennomføres som har skilt de nåværende AKS-utdanningene fra hverandre. At Helsedirektoratet foreslår at den kliniske praksisen skal foregå i direkte pasientrettede situasjoner, ikke simulering, vil ha betydning for utdanningsinstitusjonenes tilgang til kompetente veiledere.

Kliniske studier (praksisstudier) utgjør opptil halvparten av innholdet i flere av dagens videreutdanninger. En velkjent utfordring er krav til praksisveileders kompetanse når utdanningen heves til masternivå. Denne type problemstillinger er bl.a. diskutert i Universitet og høyskolerådet sin rapport om kvalitet i praksisstudier⁵³. Her framheves behovet for formell veiledningskompetanse hos praksisveiledere, som også innebærer å kunne veilede studenter i å jobbe kunnskapsbasert. Det anbefales at veileder skal ha minimum samme akademiske grad som den graden studenten utdanner seg til. Dette kan være en utfordring når vi vet at det per d.d. er mangel på veiledere generelt. Samtidig utdannes det stadig flere AKS-sykepleiere fra de allerede eksisterende mastergradsutdanningene og flere er under utdanning. Å anbefale en utdanning som ligger på et videreutdanningsnivå i stedet for et mastergradsnivå fordi det er for få veiledere, vil ikke være formålstjenlig ei heller avhjelpe mangel på veilederkompetanse i et langsiktig perspektiv. Det bør heller legges til rette for at både utdanningssektoren og tjenestene utvikler en plan for å bygge kompetanse hos veiledere, hvor overgangsordninger for masterutdanningene inngår.

⁵³ Universitets- og høyskolerådet, Praksisprosjektet (Oslo: Universitets- høyskolerådet, 2016), http://www.uhr.no/documents/praksisprosjektet_sluttrapport_ver2.pdf

5.2 Arbeidsgiver

Det er i dag tradisjon for at arbeidsgivere finansierer videreutdanning, helt eller delvis, for sine ansatte gjennom stipend- eller lønnsordninger, eventuelt knyttet opp mot bindingstid etter endt utdanning. Dette gjelder først og fremst ABIO-utdanningene, men også sporadisk for andre utdanninger. Her vil utdanningens varighet åpenbart være av betydning. Toårig mastergradsutdanning medfører økte utgifter for arbeidsgiver sammenlignet med videreutdanning på 1 eller 1,5 år. Her må også behov for å innleie vikarer ved utdanningspermisjon medregnes. Selv om det per i dag ikke er konsensus omkring avlønning av sykepleiere med mastergrad, er det i tillegg rimelig å tro at dette vil utløse lønnsutgifter ut over spesialsykepleierlønn. Dersom forholdet mellom antall sykepleiere med videreutdanning og mastergrad endres, vil det ha direkte økonomiske konsekvenser på arbeidsgiversiden.

Utgifter arbeidsgiver måtte ha i forbindelse med å sende sine sykepleiere på en toårig videreutdanning, i stedet for en 1 eller 1,5 årig, må sees i en større sammenheng og i et lengre tidsperspektiv. Omsorgsbyrde brukes for å beskrive forholdet mellom personer i yrkesaktive og yrkespassive aldre. Det kan defineres som antall barn (0-19 år) pluss antall eldre (70+), delt på antall personer i det som kan regnes som yrkesaktiv alder (20 -29 år). Økningen i andelen eldre gjør at omsorgsbyrden for eldre vil øke fremover. I dag er omsorgsbyrden for eldre 0,17 som innebærer at det er 17 personer i pensjonsalder per 100 personer i yrkesaktiv alder. Eldreomsorgsbyrden dobles frem mot 2065 til 0,34 og stiger ytterligere fram mot 2100 i hovedalternativet⁵⁴, noe som vil øke behovet for arbeidskraften i fremtiden. Det er derfor nødvendig for arbeidsgiver å være attraktiv og ikke bare kunne tiltrekke seg sykepleiere, men også beholde disse. Masterutdanning i avansert klinisk sykepleie gir en kompetanse som det er stort behov for i tjenestene, og kan bidra til å utvikle fagmiljøet og gi flere karriereveier, noe som igjen kan virke stimulerende på rekruttering av kvalifiserte sykepleiere og andre til helse- og omsorgstjenesten.

Utgifter ved utdanning av disse sykepleierne må også sees i sammenheng med hvilke roller disse sykepleierne kan fylle. Det er funnet at bruk av masterutdannede sykepleiere i sykehus kan bidra til mer fleksibel og effektiv respons i akutt situasjoner, bedre oppfølging av pasienter med komplekse behov og til bedre pasienttilfredshet. Videre tyder funn på at involvering av masterutdannede sykepleiere i overføring fra sykehus til primærhelsetjeneste bidrar positivt til pasientresultat ved å redusere mortalitet, morbiditet, reinnleggelser og lengde på sykehusoppholdet⁵⁵.

⁵⁴Tønnesen, Leknes & Syse « Befolkningsframskrivinger 2016 -2100». <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-2016-2100-hovedresultater>

⁵⁵ Universitets- og høyskolerådet, Merverdi av master i sykepleie, (Oslo: Universitets- og høyskolerådet, 2016), http://www.uhr.no/documents/merverdi_master.pdf

Delamarie & Lafortune, Nurses in Advanced Roles, A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, (Paris: OECD, 2010), http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en;jsessionid=2t14ah0jt5dr5.x-oecd-live-02

Det er etablert en tilskuddsordning der kommuner og private tilbydere av kommunale helse- og omsorgstjenester kan søke lønnstilskudd til å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie på mastergradsnivå. Tilskuddet gis kun til utdanning i avansert klinisk sykepleie der målgruppen er brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester som har kroniske, sammensatte og/eller kompliserte sykdomstilstander eller som er i ferd med å utvikle dette. De foreslåtte utdanninger må anses å falle innenfor målgruppen for tilskuddsordningen.

Å estimere hvilken økonomisk gevinst en AKS-sykepleier gir, er utfordrende da dette er en relativt ny rolle i Norge. Det er også lite internasjonal forskning som gir noen klare indikasjoner på den rent økonomiske gevinsten, men erfaringer fra land som allerede har, eller i prosessen med å implementere slike roller har vist at det er mange faktorer som enten kan hindre eller legger til rette for utviklingen. Organisatoriske utfordringer, profesjonsinteresser, usikkerhet knyttet til hvilke roller AKSer skal innta på arbeidsplassen gjør det vanskelig å få til en vellykket implementering. Det er derfor viktig at rammefaktorer er på plass for en hensiktsmessig utnyttelse av denne sykepleierrollen.

6. LITTERATUR

Abellan, Van Kan, G., Rolland, S., Bergman, H. & Vellas, B. « The I.A.N.A Task Force on frailty assessment og older people in clinical practice.» *The Journal of Nutrition Health Aging* 12, nr 1 (2008):29 -37

DOI: 10.1007/BF02982161

<https://www.researchgate.net/publication/5683494> The IANA Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice

Backe, B. « Svangerskapsomsorgen i Norge – mange unødvendige kontroller». *Tidsskriftet den norske legeforening*, nr 20 (2002): 122:1989-92.

<http://tidsskriftet.no/2002/08/aktuelt-problem/svangerskapsomsorgen-i-norge-mange-unodvendige-kontroller>

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. «Helsetjenester»

Hentet 10.september 2017 fra

https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Helse/Helsetjenester/

Brenna, S, Johansson, Ciliska, D, Hole, G, Oline & Gravetholt, B. “Educating change agents: a qualitative descriptive study of graduates of a Master’s program in evidence-based practice». *BMC Medical Education* 2016 (16):71.

DOI: 10.1186/s12909-016-0597-1

<https://www.researchgate.net/publication/297410328> Educating change agents A qualitative descriptive study of graduates of a Master's program in evidence-based practice

Bonnie, Sibbald, Laurant, Miranda G & Reeves, David (2006). Advanced nurse roles in UK primary care. *Med J Aust* 2006; 185 (1): 10-12.

<https://www.mja.com.au/journal/2006/185/1/advanced-nurse-roles-uk-primary-care>

Browne, Gina, Bryant – Lukosius, Dicenso, Alba & Pinelli, Janet (2004). Advanced practice nursing roles: Development , implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. Volum 48 (5), 519-529.

DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x/abstract;jsessionid=DDE926BFFF19FF4CE2C8033CEA21EE9.f04t01>

Callens, Betty, De Geest, Sabina, Gut, Chris, Lindpainter, Moons, Philip & Spirig, Rebecca (2008). Introducing advanced practice nurses / nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss medical weekly*, 2008; 138 (43 -44);621 -628.

DOI: 2008/43/smw-12293

https://www.researchgate.net/publication/23470273_Introducing_Advanced_Practice_Nurses_Nurse_Practitioners_in_health_care_systems_a_framework_for_reflection_and_analysis

Ciliska, D, Hjämhult, E, Nordtvedt, Wamen, M & Aaskjær, K. "Managements Involvement – A Decisive Condition When Implementing Evidence –Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*", 2016;13:1,32 -41.

DOI: 10.1111/wvn.12141

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wvn.12141/abstract>

Delamaire, M.L. & Lafortune, G. *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*. Paris: OECD, 2010.

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en;jsessionid=2t14ah0jt5dr5.x-oecd-live-02

Departementene. *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017 -2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2017.

https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

East, Leah, Hutchinson, Marie, Jackson, Debra & Stasa, Helene (2014). Deriving Consensus on the Characteristics of Advanced Practice Nursing. *Meta –summary of More Than 2 Decades of Research*. Volume 62.No 3.

DOI:10.1097/NNR.0000000000000021

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24589642>

Folkehelseinstituttet. *Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge. Årsrapport 2016*.

Oslo:Folkehelseinstituttet, 2017

<https://www.fhi.no/publ/2017/barnevaksinasjonsprogrammet-i-norge/>

Folkehelseinstituttet. *Folkehelse rapporten*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2015.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>

Forskift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene

<https://www.regjeringen.no/contentassets/76054ff6b88e4f55877041352fffd2fd/forskrift-om-felles-rammeplan-for-helse--og-sosialfagutdanninger.pdf>

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing/id2527734/>

Forskrift om øyeblikkelig hjelp døgntilbud: *Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud*. Fastsatt ved kgl.res. 13. november 2015 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-11-13-1287>

Gautun, H og Øien, H. *Underbemanning er selvforsterkende*. Oslo: NOVA, 2016.
<http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Underbemanning-er-selvforsterkende>

Haatainen, Kaisa, Jokiniemi, Krista, Kylmä, Jari & Pietilä, Anna-Maija (2012). Advanced nursing roles: A systematic review. *Nuring and Health Sciences*. Volum 14 (3), 421-431.
DOI: 10.1111/j.1442-2018.2012.00704.x
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2012.00704.x/abstract>

Helsedirektoratet. *Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren 2016*. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1340/2016_Analyse%20av%20utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren%20.pdf

Helsedirektoratet. «Psykisk helsevern og rus – antall pasienter, diagnoser og behandling. Tertialvis statistikk for psykisk helsevern for barn og unge, voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TBS). Hentet 10.20.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/statistikk-fra-norsk-pasientregister/psykisk-helsevern-og-rus-antall-pasienter-diagnoser-og-behandling>

Helse og omsorgsdepartementet. Prop. I S (20017- 2018) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2018. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-fd-20172018/id2574574/>

Helse-og omsorgdepartementet. « Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid» St.meld.nr 47 (2008 -2009). Oslo: Helse-og omsorgdepartementet, 2009.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>

Helse- og omsorgsdepartementet. « Fremtidens primærhelsetjenester – nærhet og helhet» St. meld. nr 26 (2014 -2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Helse- og omsorgsdepartementet. « Nasjonal helse- og sykehusplan» St.meld.nr 11 (2015 -2016). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2016.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

Hubbard, R.E. & Woodhouse, K.W. «Frailty inflammation and the elderly.” *Biogerontology* 5, nr 11 (2010): 635-41

doi: 10.1007/s10522-010-9292-5.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20571864>

Kirkevold, M. & Ekern, K.M, red. *Familien i sykepleiefaget*. Oslo. Gyldendal Akademiske, 2001.

Knudsen AK, Tollånes MC, Haaland ØA, Kinge JM, Skirbekk V, Vollset SE. *Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resulater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sykdomsbyrde_i_norge_2015.pdf

Kunnskapsdepartementet. « Utdanning for velferd» St.meld. nr 13 (2011-2012).

Oslo:Kunnskapsdepartementet, 2012.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>

Lien, L., Huus, G. & Morjen, G. « Psykisk syke ever kortere». *Tidsskriftet den norske legeforening* nr. 3 (2015): 246 -8

DOI: 10.4045/tidsskr.14.0831

<http://tidsskriftet.no/2015/02/kronikk/psykisk-syke-lever-kortere>

Mortensen, S. M. & Kalseth, B. *Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i den eldre befolkningen*. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.

https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2017%20Analysenotater/10-2017%20Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20i%20den%20eldre%20befolkningen.pdf

Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F. V., Sundby, B., Karlsen, H. & Wettergreen, J. « Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere». *Rapporter* 26, (2017): 1 -59.

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2016#content>

Nasjonalt organ for kvalitet i utdanninga, <http://www.nokut.no/no/Fakta/Det-norske-utdanningssystemet/Nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/Begreper/>

Norsk Helseinformatikk « Legemiddelbehandling av eldre mennesker». Sis endret 15.08.2017

<https://nhi.no/forskning-og-intervju/legemiddelbehandling-av-eldre/?page=all>

Norsk senter for forskningsdata (NSD) besøkt 25.september 2017

<http://dbh.nsd.uib.no/dokumentasjon/kategorier.action>

Pedersen, M & Huseby, B, M. *Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2012 – 2016*. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.

https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2017%20Analysenotater/15-2017%20Produktivitetsutviklingen%20i%20somatikk.pdf

Rostoft, S. & Skaar, E. « Er pasienten min skrøpelig?» hentet 5.september 2017 fra

<https://indremedisinen.no/2017/01/er-pasienten-min-skrøpelig/>

Syse, A, Pham, D.Q., & Keilman, N. «Befolkningsframskrivninger 2016 -2100: Dødelighet og levealder» *Økonomiske analyser* 3, (2016): 25 – 36.

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivninger-2016-2100-dodelighet-og-levealder>

Tønnesen, C, N & Huseby, B, M., *SAMDATA kommune*. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1300/Samdata%20kommune%20IS-2575.pdf>

Tønnessen, M., Leknes, S. & Syse, A. «Befolkningsframskrivninger 2016 -2100: Hovedresultater.» *Økonomiske analyser* 3 (2016): 4 -13.

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivninger-2016-2100-hovedresultater>

Universitets- og høgskolerådet. *Merverdi av master i sykepleie*. Oslo. Universitets- og høgskolerådet, 2016.

http://www.uhr.no/documents/merverdi_master.pdf

Universitets- og høgskolerådet. *Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: PRAKSISPROSJEKTET*. Oslo: Universitets- og høgskolerådet, 2016.

http://www.uhr.no/documents/praksisprosjektet_sluttrapport_ver2.pdf

7. VEDLEGG /APPENDIKS

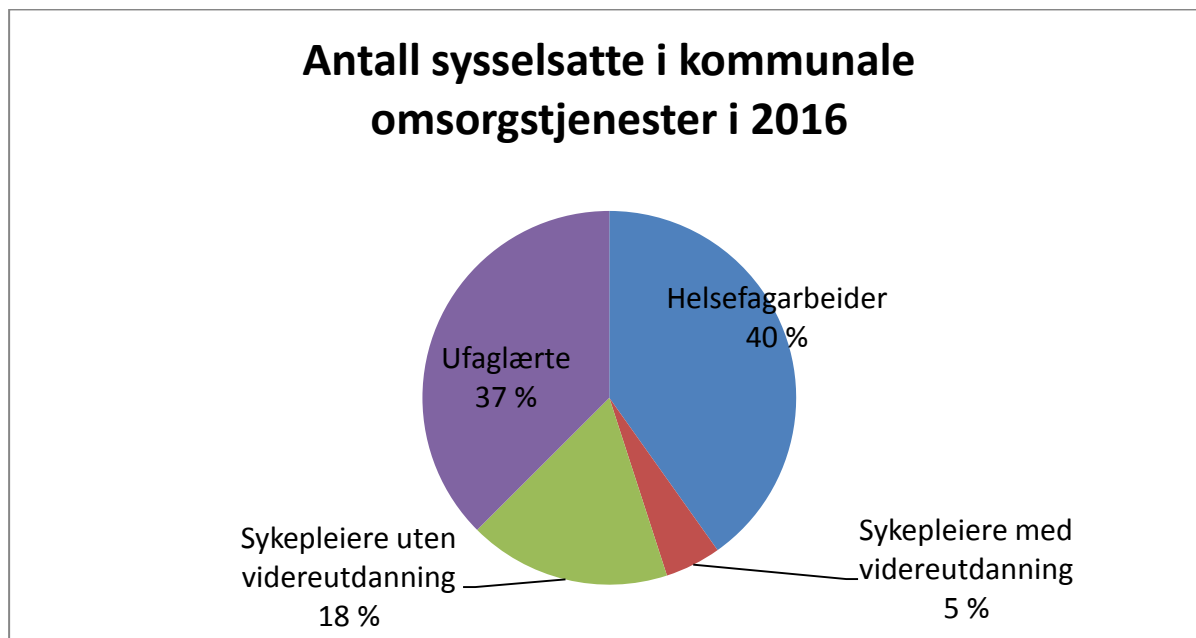
Vedlegg 1: Sykepleier og annet pleiepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten

Pasienter i kommunale helse- og omsorgstjenester har ulike behov for tjenester, og mange får god hjelp av personell med lavere helsefaglig kompetanse, som f.eks. en helsefagarbeider. I en vurdering av tjenestens behov for sykepleiere med videreutdanning, er det viktig å ha dagens fordeling av ulike yrkesgrupper i mente.

Det er en utfordring for omsorgstjenesten at andelen ufaglærte er stor og at andelen med helsefagarbeiderutdanning og sykepleierutdanning på bachelornivå er lav (se fig. 1). I helsestasjons- og skolehelsetjenesten er kompetansen derimot høy (se fig. 2). En annen utfordring i kommunale helse- og omsorgstjenester er høyt sykefravær og at så mange har deltidsstillinger. Dette fører blant annet til lavere kontinuitet i pleien. Det er ikke behov for at alle sykepleiere skal ha videreutdanning, men det er behov for at de som skal ivareta pasienter med sammensatte lidelser og/eller kompliserte tilstander med komplekse behov for tjenester har det.

Økende behov for sykepleiere med videreutdanning i kommunene. Figur 1 viser andelen av ulike sysselsatte innen personellgrupper som arbeidet i brukerrettete kommunale helse- og omsorgstjenester i 2016. Om lag 1/4 av de sysselsatte er sykepleiere. Andelen avtalte årsverk for sykepleier og sykepleier med videreutdanning er imidlertid noe høyere (om lag 1/3) fordi disse i større grad har hele stillinger enn helsefagarbeidere og ufaglærte. Antall sykepleier med videreutdanning er fortsatt lav (bare 5 %).

Figur1: Andel sysselsatte i kommunale omsorgstjenester i 2016



Figur 2 viser antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2016 (Helsedirektoratet har ikke tall på antall sysselsatte). Her er kompetansenivået høyere enn i omsorgstjenesten og bare 7 % av de ansatte er uten fagutdanning (mot 37 % i omsorgstjenesten). Om lag 75 % av de ansatte er sykepleiere eller sykepleiere med videreutdanning (helsesøstre eller jordmødre).

Det har skjedd en økning av antall og andel sykepleiere med bachelor og videreutdanning i omsorgstjenestene i de siste årene. En økende andel sykepleiere med videreutdanning vil være med på å løfte fagmiljøet og heve nivået på tjenestene.

De videreutdannede sykepleierne i spesialisthelsetjenesten har primært videreutdanning innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjonssykepleie, forkortes ABIO. Dette er spesialiserte videreutdanninger, og arbeidsgiver gir ofte sykepleierne støtte til å ta utdanningene ut fra hvilket behov arbeidsgiver har. Spesialisthelsetjenesten kan imidlertid ha bruk for sykepleiere med bredere videreutdanning i både indremedisinske og geriatriske avdelinger samt ivaretagelse av somatisk helse i psykisk helsevern.

Figur 3 viser kategorien pleiepersonell i spesialisthelsetjenesten. Her var det i 2016 65 492 sysselsatte. Sykepleiere med videreutdanning inkl. jordmødre utgjør 31 %, og sammen med sykepleiere utgjør de klart den største gruppen av pleiepersonell. Videre utgjør helsefagarbeidergruppen (13 %) mot 40 % i de kommunale omsorgstjenestene. I gruppen annet pleie- og omsorgspersonell er halvparten sysselsatt som ambulansesarbeidere, og det er mulig at

det også er noen ufaglærte. Andelen ufaglærte i spesialisthelsetjenesten er imidlertid færre enn i primærhelsetjenesten.

Figur 2: Antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2016

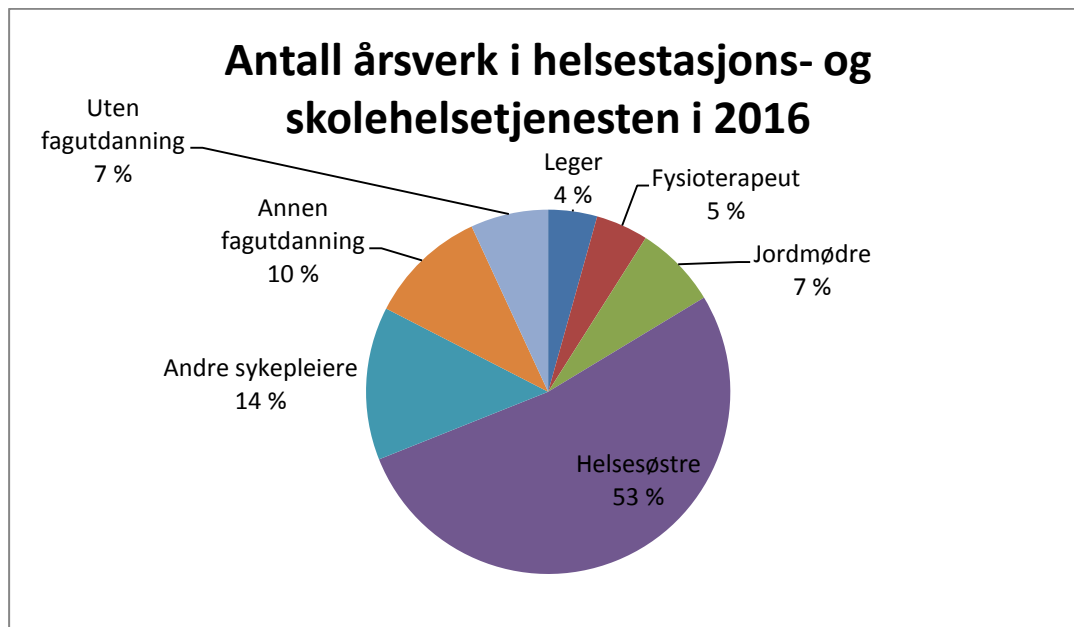
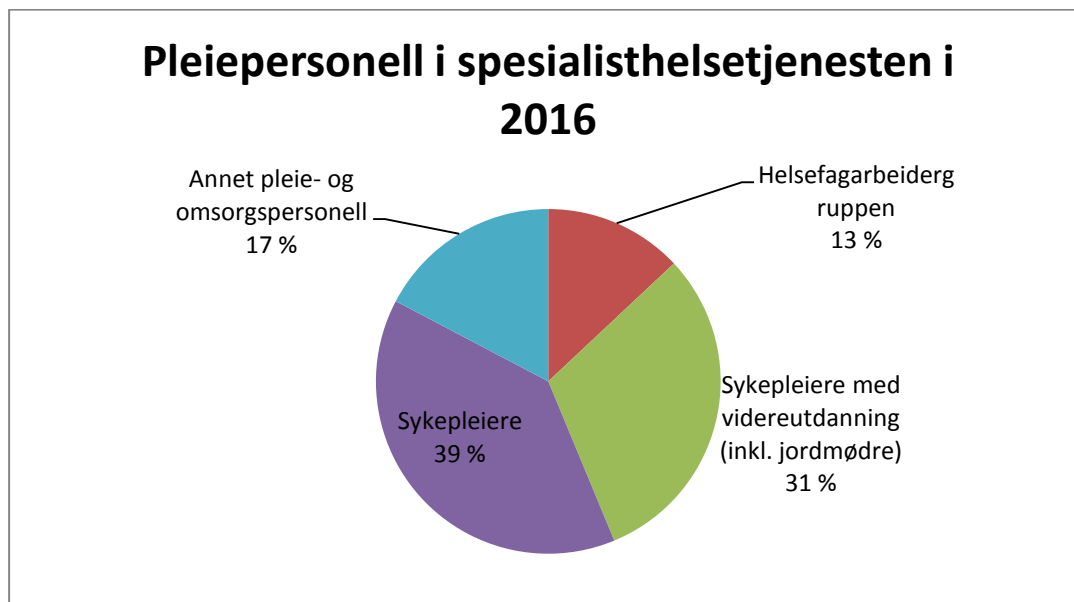
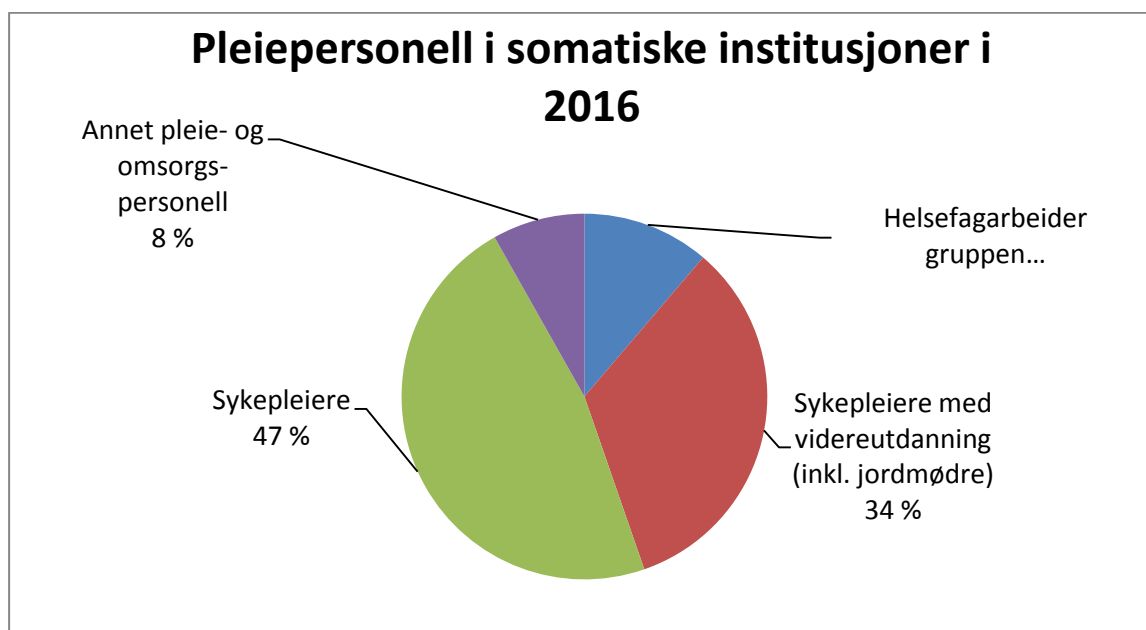


Fig 3: Pleiepersonell i spesialisthelsetjenesten 2016



Tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten omfatter bl.a. somatiske og psykiatriske sykehus, ambulansetjeneste, poliklinikker og behandlingssentre m.m. I gruppen pleiepersonell i somatiske institusjoner utgjør sykepleiere med videreutdanning 34 % og sykepleiere uten videreutdanning 47 %. Også her utgjør helsefagarbeidergruppen (11,2 %) kun en liten del av det totale antall sysselsatte.

Fig 4: Pleiepersonell i somatiske institusjoner i spesialisthelsetjenesten i 2016



Vedlegg 2: Resultater fra internasjonale studier om avanserte roller for sykepleiere

Endringer i demografiske forhold i samfunnet og i befolkningens sykdomsbilde har ført til økt behov for sykepleiere med høyere klinisk kompetanse. Dette er ikke en endring som er unik for Norge. OECD-rapporten «Nurses in Advanced Roles» peker på at mange land vurderer måter å forbedre effektiviteten i helsevesenet på, ved å gjennomgå roller og ansvar for ulike helsepersonellgrupper. Diskusjonene om hvilke roller, og omfanget på rollene sykepleiere skal ha, finner ofte sted i sammenheng med en bredere omorganisering av helsevesenet, spesielt ved omorganisering av primærhelsetjenesten⁵⁶ Dette er også diskutert i Helsedirektoratets rapporter om endret oppgavedeling mellom helsepersonell⁵⁷

Det er flere faktorer som forklarer den økende interessen for utvikling av avanserte roller for sykepleiere, og de varierer i henhold til hvert lands behov og organisering av helsevesenet. I de fleste land er en av hovedgrunnene for å utvikle mer avanserte roller for sykepleiere å bedre tilgang til helse- og omsorgstjenesten, og må sees i sammenheng med begrenset tilgang på leger. Ved å delegere bestemte oppgaver fra leger til avanserte sykepleiere kan det være mulig å levere samme (eller flere) tjenester til en lavere pris⁵⁸.

Artikkelen «Advanced nurse roles in UK primary care» lister opp følgende punkter som bakenforliggende årsaker til å utvide/utvikle sykepleierollen⁵⁹:

- økende etterspørsel etter helsetjenester
- press for å begrense kostnadene
- dårlig tilgang til tjenester i utsatte områder og
- mangel på helsepersonell

I tillegg er endring i befolkningens sykdomsbilde, spesielt en økning av eldre og kronisk syke⁶⁰ og forbedring av karrieremuligheter for sykepleiere viktige faktorer for utvikling av avanserte

⁵⁷ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/790/Oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-opplegg-for-pilotprosjekter-IS-2261.pdf>

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/149/Oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-IS-2122.pdf>

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/150/Oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-IS-2108.pdf>

⁵⁸ Delamaire, M and G. Lafortune (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris.

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

⁵⁹ Bonnie, Sibbald, Laurant, Miranda G & Reeves, David (2006). Advanced nurse roles in UK primary care. *Med J Aust* 2006; 185 (1): 10-12.

<https://www.mja.com.au/journal/2006/185/1/advanced-nurse-roles-uk-primary-care>

⁶⁰ Callens, Betty, De Geest, Sabina, Gut, Chris, Lindpainter, Moons, Philip & Spirig, Rebecca (2008). Introducing advanced practice nurses / nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss medical weekly*, 2008; 138 (43 -44);621 -628.

https://www.researchgate.net/publication/23470273_Introducing_Advanced_Practice_Nurses_Nurse_Practitioners_in_health_care_systems_a_framework_for_reflection_and_analysis

sykepleieroller^{62,63}. Begrepet *avansert sykepleier* oppstod først i sykepleielitteraturen på 1980 – tallet⁶⁴. The International Council of Nurses (ICN) har følgende definisjon:

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

Det er imidlertid ingen klar definisjon på *avansert praksis* fordi det favner bredt, og er i stadig utvikling. Å oppnå internasjonal konsensus på en definisjon er vanskelig fordi landene er i forskjellige stadier i implementeringer av disse sykepleierrollene⁶⁵. Ulikheter i kravene til utdanning for å bli *avansert sykepleier*, og variasjoner innad i land, gjør det utfordrende. Men i det fleste land er det nå anbefalt, eller stilt krav om, at man har en grad (f.eks. mastergrad) for å kvalifisere som *avansert sykepleier*⁶⁶.

OECD ga i 2010 ut rapporten «Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries». Rapporten beskriver, og analyserer ulike lands erfaringer med *avansert sykepleie*. Studien ser på erfaringer fra 12 land: Australia, Belgia, Canada, Kypros, Tsjekia, Finland, Frankrike, Irland, Japan, Polen, Storbritannia og USA. I artikkelen «Advanced nursing roles: A systematic review» fra 2012 ble det gjort systematisk søk på CINAHL og PubMed Medline for å søke på litteratur på henholdsvis, «sykepleiekonsulenten» (nurse consultant) i Storbritannia, «klinisk sykepleiespesialist» (clinical nurse specialist) i USA og «klinisk sykepleiekonsulent» i Australia. Formålet med litteraturgjennomgangen var å beskrive og sammenligne rollene samt diskutere om det er mulig å oppnå en internasjonal konsensus på definisjon av *avansert sykepleie*⁶⁷. Forfatterne fant at rollene var like og at variasjonene ser ut til

⁶¹ East, Leah, Hutchinson, Marie, Jackson, Debra & Stasa, Helene (2014). Deriving Consensus on the Characteristics of Advanced Practice Nursing. Meta –summary of More Than 2 Decades of Research. Volume 62.No 3.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24589642>

⁶² Delamare, M and G. Lafortune (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

⁶³ Callens, Betty, De Geest, Sabina, Gut, Chris, Lindpainter, Moons, Philip & Spirig, Rebecca (2008). Introducing advanced practice nurses / nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. Swiss medical weekly, 2008; 138 (43 -44);621 -628.
https://www.researchgate.net/publication/23470273_Introducing_Advanced_Practice_Nurses_Nurse_Practitioners_in_health_care_systems_a_framework_for_reflection_and_analysis

⁶⁴ Delamare, M and G. Lafortune (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

⁶⁵ Ibid http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

⁶⁶ Ibid http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

⁶⁷ Haatainen, Kaisa, Jokiniemi, Krista, Kylmä, Jari & Pietilä, Anna-Maija (2012). Advanced nursing roles: A systematic review. *Nursing and Health Sciences*. Volum 14 (3), 421-431.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2012.00704.x/abstract>

å stamme fra organisatoriske eller individuelle valg⁶⁸. Videre ble det funnet noen gjennomgående egenskaper som kjennetegner avanserte sykepleierroller. De hadde bred erfaring og utdanning opp til, eller over, mastergradsnivå. Arbeidsområder er:

- avansert klinisk praksis
- utvikling av praksis
- utdanning
- forskning
- konsultasjoner⁶⁹ og administrasjon

En lignende studie finner man i East et al. sin "Deriving Consensus on the Characteristics of Advanced Practice Nursing. Meta-summary of More Than 2 Decades of Research". Formålet var å finne definerte egenskaper ved avansert sykepleie, og ble gjennomført i tre faser. Først en systematisk gjennomgang av litteraturen for å identifisere spesielle aktiviteter som kunne knyttes til avansert sykepleie. Deretter et kvalitativt meta-sammendrag av karakteristikk som kunne knyttes til avansert sykepleie i de artiklene som oppfylte kriteriene. Til slutt ble det gjennomført en statistisk analyse på tvers av de avanserte sykepleiekategoriene, og landene som inngikk i studien⁷⁰. Femti artikler oppfylte utvalgsriteriene, og ble analysert. De finner at mye av forskningen som er gjort på avansert sykepleie har fokusert på fire eller fem bredt definerte hovedområder for utøvelse. Disse metakategoriene er: Spesialist, avansert praksis, utdanning, forskning, ledelse og lederstøtte. Analysen viste syv forskjellige områder for avansert sykepleie, og ett område relatert til grunnleggende sykepleiefunksjon⁷¹. Videre består de syv hovedområdene av 19 kategorier av forskjellige aktiviteter samt deres suboppgaver og andre relaterte oppgaver. Følgende områder var representert i mer enn 50 % av studiene:

- autonom og/eller sykepleierledet utvidet klinisk praksis, herunder å gjennomføre omfattende pasientvurderinger og differensialdiagnostikk
- gi ekspertråd til andre klinikere og delta i kunnskapsdeling
- å forbedre eksisterende omsorgssystemer, herunder lede kvalitetsforbedringsprosjekter og å etablere standarder for utøvelse av yrket samt delta i strategisk planlegging
- å utvikle utdanningsprogrammer, blant annet ved å identifisere kunnskapsbehov samt utvikle programmer og ressurser for å imøtekomme behovene

⁶⁸ Ibid <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2012.00704.x/abstract>

⁶⁹ Konsultasjoner I denne sammenheng henviser til to praksiser. I noen land kan sykepleiere som innehar en avansert klinisk sykepleierrolle gjennomføre pasientkonsultasjoner (Finland, USA og England) i samarbeid med lege, eller selvstendige konsultasjoner. Konsultasjoner kan også henvise til konsulentrollen/rådgiverrollen, men ikke i klinisk forstand, der hovedoppgavene er å veilede og bidra til utvikling av prosjekter og/ eller organisatoriske utvikling.

⁷⁰ East, Leah, Hutchinson, Marie, Jackson, Debra & Stasa, Helene (2014). Deriving Consensus on the Characteristics of Advanced Practice Nursing. Meta –summary of More Than 2 Decades of Research. Volume 62.No 3.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24589642>

⁷¹ Ibid <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24589642>

- forskning, herunder å designe og lede forskningsprosjekt samt bidra inn i andres prosjekter

Det overordnede målet med å innføre avanserte sykepleierroller er å bedre kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. Erfaringer fra land som allerede har, eller er i prosessen med å implementere slike roller viser at det er mange faktorer som enten kan hindre eller legge til rette for utviklingen⁷² ⁷³. Organisatoriske utfordringer, profesjonsinteresser, usikkerhet knyttet til hvilken rolle avanserte sykepleiere skulle innta på arbeidsplassen, samt mangel på støtte og erkjennelse fra ledelsen, gjør det vanskelig å få til en vellykket implementering⁷⁴. I tillegg er et lands lovgivning avgjørende da det ofte kreves lovendringer som følge av utvidet yrkesutøvelse. Dette sammen med mangel på strukturell planlegging, har i mange tilfeller ført til en ad hoc-introduksjon og inkonsekvent utvikling av rollen, noe som igjen har konsekvenser for legitimiteten og effektiv bruk av kompetansen⁷⁵. Utdannings- og opplæringskapasitet er også viktige faktorer som må ligge til rette for å sikre sykepleiere høyere kompetanse⁷⁶.

Høsten 2016 ga Universitets- og Høgskolerådet ut rapporten «Merverdi av master i sykepleie»⁷⁷. Det ble gjennomført en review av internasjonal forskningslitteratur som omhandler betydningen av mastergrad innen sykepleie for kvaliteten på tjenesteyting og pasientsikkerhet. Da det ikke var mulig å identifisere litteratur som spesifikt sammenlignet evt. forskjeller (merverdi) av masterutdanning sammenlignet med dagens videreutdanninger, ble det tatt utgangspunkt i evalueringsstudier av masterutdannede sykepleiere⁷⁸. Ut fra innhold og fokus i artiklene ble det opprettet fem tematiske kategorier:

⁷² Delamair, M and G. Lafortune (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris.

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

⁷³ Haatainen, Kaisa, Jokiniemi, Krista, Kylmä, Jari & Pietilä, Anna-Maija (2012). Advanced nursing roles: A systematic review. *Nuring and Health Sciences*. Volum 14 (3), 421-431.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2012.00704.x/abstract>

⁷⁴ Delamair, M and G. Lafortune (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

Haatainen, Kaisa, Jokiniemi, Krista, Kylmä, Jari & Pietilä, Anna-Maija (2012). Advanced nursing roles: A systematic review. *Nuring and Health Sciences*. Volum 14 (3), 421-431. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2012.00704.x/abstract>

Browne, Gina, Bryant – Lukosius, Dicenso, Alba & Pinelli, Janet (2004). Advanced practice nursing roles: Development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. Volum 48 (5), 519-529. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x/abstract;jsessionid=DDE926BFFFF19FF4CE2C8033CEA21EE9.f04t01>

⁷⁵ Delamair, M and G. Lafortune (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

Browne, Gina, Bryant – Lukosius, Dicenso, Alba & Pinelli, Janet (2004). Advanced practice nursing roles: Development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. Volum 48 (5), 519-529. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x/abstract;jsessionid=DDE926BFFFF19FF4CE2C8033CEA21EE9.f04t01>

⁷⁶ Delamair, M and G. Lafortune (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

⁷⁷ Universitets- og høgskolerådet, Merverdi av master i sykepleie, (Oslo: Universitets- og høgskolerådet, 2016), http://www.uhr.no/documents/merverdi_master.pdf

⁷⁸ Universitets- og høgskolerådet, Merverdi av master i sykepleie, (Oslo: Universitets- og høgskolerådet, 2016), http://www.uhr.no/documents/merverdi_master.pdf

- effekten av masterutdannede sykepleiere i spesialisthelsetjenesten
- effekten av masterutdannede sykepleiere på kvaliteten og pasientsikkerheten ved overføring fra et tjenestenivå til et annet (eller fra en type tjeneste til en annen)
- effekten av oppgavedeling i spesialist- og primærhelsetjenesten
- effekten av masterutdannede sykepleiere i primærhelsetjenesten.

Det ble i tillegg opprettet en «annet» kategori for studier som ikke direkte omhandlet noen av de overnevnte temaene, men som belyste faktorer av betydning. De finner at bruk av masterutdannede sykepleiere i sykehus kan bidra til mer fleksibel og effektiv respons i akutt-situasjoner, bedre oppfølging av pasienter med komplekse behov og til bedre pasienttilfredshet. Videre tyder funnene på at involvering av masterutdannede sykepleiere i overføring fra sykehus til primærhelsetjeneste bidrar positivt til pasientresultatet ved å redusere mortalitet, morbiditet, reinnleggelser og lengde på sykehusoppholdet⁷⁹. Litteraturoppsummeringen viser at enkelte legeoppgaver kan utføres av masterutdannede sykepleiere. Det var ingen signifikante forskjeller i kvalitet og pasientsikkerhet mellom masterutdannede sykepleiere og leger når oppgaveløsning og pasientresultat på samme type oppgaver ble sammenlignet⁸⁰.

Beskrivelsene i rapporten er i tråd med funnene i OECD-rapporten. I deres litteraturgjennomgang finner de på generell basis at bruken av en avansert sykepleierolle forbedrer tilgangen og reduserer ventetid for tjenestene. Delamaire, M and G. Lafortune (2010) finner at avanserte sykepleiere evner å yte tjenester av lik kvalitet som leger på oppgaver de har fått delegert, forutsatt riktig utdanning og opplæring. De finner i sin studie en høy grad av pasienttilfredshet, og i mange tilfeller en høyere grad av tilfredshet enn der leger yter samme tjenester. Dette synes å være knyttet til at sykepleierne har en tendens til å bruke mer tid på hver pasient og bedriver bedre rådgivning.

Kostnadseffektivitet er det færre studier som har undersøkt. Det er vanskeligere å trekke sikre slutninger, dels grunnet kvaliteten på datamaterialet, dels grunnet mer sprikende konklusjoner⁸¹. Resultatene indikerer at en av de viktigste faktorene som vil påvirke kostandene er om AKS-rollene er utformet for å erstatte aktiviteter som tidligere ble utført av leger. I slike tilfeller har de fleste evalueringer funnet at virkningen enten er kostnadsreducerende eller

⁷⁹ Ibid http://www.uhr.no/documents/merverdi_master.pdf

⁸⁰ Ibid http://www.uhr.no/documents/merverdi_master.pdf

⁸¹ Delamaire, M and G. Lafortune (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

Universitets- og høyskolerådet, Merverdi av master i sykepleie, (Oslo: Universitets- og høyskolerådet, 2016), http://www.uhr.no/documents/merverdi_master.pdf

kostnadsnøytrale⁸². Mange evalueringer har funnet at besparelsen på sykepleierlønn (sammenlignet med legers lønn) helt eller delvis utlignes av andre faktorer som for eksempel økt tidsbruk ved konsultasjoner, økt antall pasienthenvisning til andre leger, tilbakekallingsfrekvenser og i noen tilfeller bestilling av flere tester. Når AKS-rollen innebærer tilleggsoppgaver, har enkelte studier rapportert at effekten er kostnadsøkende. Dette er imidlertid høyst usikkert da disse evalueringene ikke tar hensyn til en mulig langsiktig besparelse som kan skyldes høyere kvalitet på omsorgs- og behandlingstilbud⁸³.

⁸² Delamaire, M and G. Lafortune (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

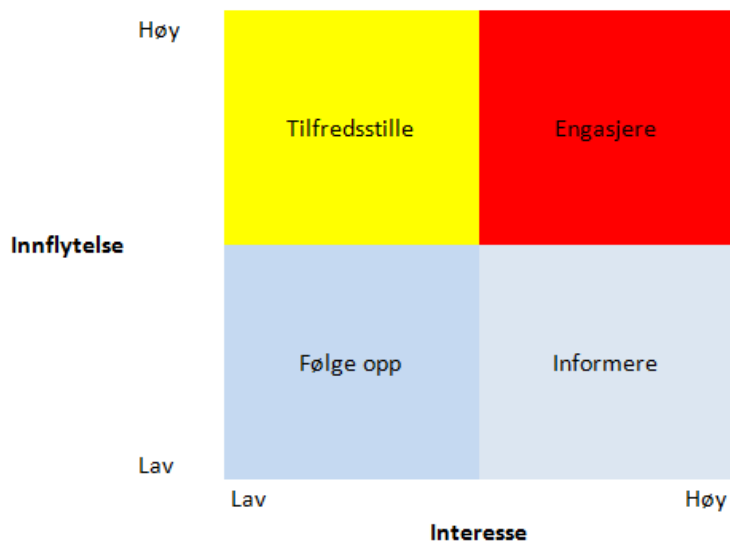
Universitets- og høyskolerådet, Merverdi av master i sykepleie, (Oslo: Universitets- og høyskolerådet, 2016), http://www.uhr.no/documents/merverdi_master.pdf

⁸³ Delamaire, M and G. Lafortune (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en

Vedlegg 3: Interessentanalyse

Interessenter er definert som grupper eller personer som blir positivt eller negativt berørt av endringen eller selv kan påvirke endringen. Interessentene kan ha ulike behov, forventninger og ønsker.

Følge opp	Dette er personer, grupper, virksomheter som man kun skal følge opp, ikke bruke mye ressurser på når det gjelder kommunikasjon
Informere	Interessenter som er interessert men har lite innflytelse. Da dette er interessenter som kan ha nyttig informasjon bør de holdes informert.
Tilfredsstill	Interessenter med stor innflytelse, men liten interesse av å bruke den. Disse er det viktig å tilfredsstill i prosjektet.
Engasjere	Interessenter som både har stor innflytelse og stor interesse av å bruke denne. Disse er det viktig å engasjere i arbeidet og tilfredsstill. Interessenter som både har stor innflytelse og stor interesse av å bruke denne. Disse er det viktig å engasjere i arbeidet og tilfredsstill.



Interessent	Navn	Behov som skal ivaretas	Grad av involvering	Strategi
Oppdragsgiver	HOD	Følge opp Primærhelse-meldingen og Nasjonal helse- og sykehusplan	Tilfredsstill	Underveis-rapportering og utsjekk
Tjenester	Primær-helsetjenesten Spesialist-helsetjenesten Private helsetjenester	Rekruttering Kompetanse Kvalitet og pasientsikkerhet Kapasitet	Engasjere	Spørre-undersøkelse Gruppesamtaler/ intervju Arbeidsseminar
Brukere	Pasienter Pårørende (Potensielle) studenter	Kunnskapsbaserte og trygge tjenester «Pasientens helsetjeneste» Samsvar mellom behov og kompetanse Attraktive karriereløp	Informere Tilfredsstill	
Utdannings-institusjoner	Universitet/ Høgskole	Fagmiljø Økonomi Autonomi	Engasjere	Kartlegge og beskrive utdanningstilbud Delta på NSF-konferanse Arbeidsseminar (leder profesjonsråd) Diskutere forslag til endret innhold, profesjonsrådet i uke 17
Yrkesgruppen	Sykepleiere som kolleger, veiledere og lærere	Profesjonens særegenhet og selvstendige ansvar - vitenskap - forskning - utdanning - yrkesutøvelse	Engasjere	Lærere er invitert på NSF-konferanse (noen få fra tjenestene) evt spørre-undersøkelse Arbeidsseminar Representert gjennom fagforening, ledere og lærere
Ledere	På alle nivå i tjenestene (RHF, Hf, KS)	Faglig forsvarlighet Økonomisk bærekraft	Engasjere	Spørre-undersøkelse på hf-nivå Arbeidsseminar Snakke med kommuner som har AGS Utdannings-sentrene Spørre et utvalg kommuner
Annet helsepersonell	Leger	Faglig forsvarlighet	Tilfredsstill	Evt. Spørre-undersøkelse arbeidsseminar
Fagforeninger	NSF DNLF	Profesjons-interesser	Engasjere Informere	NSF-konferanse 27/1
Arbeidsgiverorg.	Spekter Virke	Arbeidsgiver-interesser	informere	Sende et brev om oppdrag og prosess

Vedlegg 4: Kartlegging om kompetansebehov sendt ut til tjenestene

Spørsmål om kompetansebehov i tjenestene

Ta utgangspunkt i gruppens vurdering av kompetansebehovet innenfor den delen av helsetjenesten dere arbeider i.

1. I tabellen under har vi skissert en rekke sentrale fagområder innenfor sykepleietjenestens virkeområde. De fleste av disse fagområdene inngår i grunnutdanningen (3-årig bachelorutdanning i sykepleie). Etter endt grunnutdanning er det mulig å spesialisere seg innenfor mange av fagområdene gjennom videre- og masterutdanninger.

Spørsmål: Er innholdet i dagens videreutdanningstilbud i tråd med tjenestenes kompetansebehov, eller er det fagområder som bør inngå i nye kliniske videre-/masterutdanninger?

Besvar spørsmålet ved å sette et kryss i en av kolonnene bak hvert fagområde i tabellen under:

Fagområde	Kompetansebehov utover grunnutdanningsnivå dekkes av dagens videre-/masterutdanningstilbud	Fagområdet kan inngå i ny bred klinisk videre-/masterutdanning	Fagområdet er godt nok dekket i grunnutdanningen	Vet ikke
Helsefremming og forebyggende helsearbeid				
Rehabilitering, læring og mestring, pasient- og pårørendeopplæring				
Kulturforståelse, det flerkulturelle Norge				
Sykdomslære og behandlingsmetoder, overvåkning av vitale funksjoner kompliserte sykdomstilstander				
Medikamenthåndtering, medikamentell behandling og observasjon				
Selvstendig vurderingskompetanse, Standardiserte vurderingsverktøy				

Fagområde	Kompetansebehov utover grunnutdanningsnivå dekkes av dagens videre-/master-utdanningstilbud	Fagområdet kan inngå i ny bred klinisk videre-/masterutdanning	Fagområdet er godt nok dekket i grunnutdanningen	Vet ikke
Hygiene og smittevern, infeksjonskontroll- og forebygging				
Lindrende behandling/palliasjon				
Medisinsk teknologi, velferds- og informasjonsteknologi				
Vitenskapelig metode, forskning, fagutvikling og kunnskapsbasert praksis				
Ledelse, team og prosjektledelse				
Kommunikasjon, pedagogikk og veiledning				
Systemforståelse og samhandling på tvers av grupper, sektorer, instanser og nivåer				

Kommentarer eller forslag til andre fagområder som bør vurderes.

2. Er det særskilte helseutfordringer/behov hos brukere/pasienter i kommuner eller helseforetak som bør ivaretas av nye, brede, klinisk mastergrader for sykepleiere?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Kommentar:

Til slutt: Gjør rede for hvem som har bidratt til å svare på spørsmålene (stillingstittel og faglig bakgrunn)

Det utfylte skjemaet scannes og sendes per epost til Bente Skulstad.

Bente.Skulstad@helsedir.no

Vedlegg 5: Innholdet i dagens AKS-utdanninger

Tabellen viser innholdet i dagens AKS-utdanninger. Tallverdien angir antall studiepoeng. Hovedtrekkene i tabellen er beskrevet under resultatdelen i rapporten.

	AKS Trondheim	AKS Ålesund	AKS Sørøst	AKS Østfold	AKS Molde	AKS Innlandet	AKS Oslo	AKS Haugesund	AKS Lovisenberg
Totalt antall studiepoeng	60	120	120	120	60	120	120	30	120
Naturvitenskapelige emner og sykdomsleære	7,5	15	10		5		10		10
Avansert Klinisk Sykepleie som eget emne	25	15	5	30	5	30	25		
Vitenskapelig metode, div emner	7,5	30	15	15	7,5	20	15		15
Masteroppgave/avsluttende oppgave	15	30	30	30	15	30	30		30
Etikk/pasientopplevelser/pasientforløp	5	15			2,5				5
Medvirkning/kvalifisering/kvalitetssikring									
Farmakologi			10		5		5		
Systematiske helsevurderinger/avansert vurderingskompetanse			25	15		15	10		10
Aldring/eldre							5	30	
Kommunikasjon/helsepedagogikk				15	5				
Kliniske studier/praksis som eget emne*				10	10				
Organisasjon/ledelse/samhandling				15					10

I tillegg tilbys en rekke emner på kun ett av lærestedene, for eksempel: Medvirkning og profesjonskvalifisering, helhetlig pasientplan, omsorg ved livets slutt, personsentrert sykepleie, sykepleievitenskap, håndtering av komplekse tilstander, akutt smertebehandling, poliklinisk behandling.

*Flere utdanninger tilbyr kliniske studier integrert i øvrige emner.

Vedlegg 6: Spørsmål til gruppearbeid på arbeidsseminaret

Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til helsedirektoratet:

- Gjennomgå videreutdanningstilbudet og vurdere om innholdet i dagens videreutdanninger for sykepleiere møter behovet i tjenestene
- Utrede etablering av en eller flere kliniske videreutdanninger på masternivå som møter behovet for breddekompetanse i tjenestene, både i kommunene og i sykehus.

Til diskusjon i gruppene på arbeidsseminar 30.03.2017.

1. Kartleggingen kan tyde på at følgende fagområder kan inngå i en ny utdanning:
 - Rehabilitering, læring og mestring, pasient-/pårørende – opplæring
 - Kulturforståelse, det flerkulturelle Norge
 - Selvstendig vurderingskompetanse, standardiserte vurderingsverktøy
 - Medisinsk teknologi, velferdsteknologi
 - Systemforståelse

Kan sykepleierne for lite om disse områdene? Eller er det andre fagområder sykepleietjenesten kan for lite om?

2. Hvordan skaffe den kompetansen vi mangler?
 - a) Styrke disse fagområdene i bachelorutdanningen?
 - b) Gjennom internundervisning (arbeidsgivers ansvar)
 - c) Eksterne kurs
 - d) Bør inngå i eksisterende videreutdanninger/master
 - e) Etablere en eller flere nye videreutdanninger /master
3. Det finnes flere master/videreutdanninger som kaller seg *avansert klinisk*. Hva legger dere i begrepet?
4. Er det behov for egne nye videreutdanninger/masterutdanninger tilpasset primærhelsetjenesten? Eller er det behov for en bred utdanning som kan brukes både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten? Hva mener dere med «bred kompetanse»?

Andre kommentarer til oppdraget?