

Kunnskapsdepartementet  
Postboks 8119 Dep.  
0032 OSLO

Deres referanse  
19/1516-1

Vår referanse  
19/85-2

Vår dato  
28.06.2019

## **Høring - forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie**

Det vises til ovennevnte sak fra Kunnskapsdepartementet datert 1.4.2019.

Innledningsvis vil vi fremheve at arbeidsgruppene som har vært involvert i det faglige grunnlaget og utviklet selve utkastet til Forskrift om en nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, har utført et grundig og viktig arbeid.

Utdanningsinstitusjonene har et ansvar for å samarbeide med praksisfeltet, og en forpliktelse overfor kommunene til å bidra med utdanning av kvalifisert sykepleiekompetanse som er i tråd med helsepolitiske føringer (Samhandlingsreformen, 2008-2009 og Primærhelsetjenestemeldingen, 2014-2015) for å imøtekomme behovet for helse- og omsorgstjenester.

Forslag til forskrift er derfor viktig for å styrke og videreutvikle sykepleierollen og sykepleiekompetansen, og for å kunne imøtekomme behovet til store brukergrupper med komplekse sykdomstilstander og sammensatte behov i primærhelsetjenesten.

### **Generelle kommentarer**

Når det gjelder retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger har UHR uttalt seg både om RETHOS fase 1 og RETHOS fase 2. Her har vi bl.a. pekt noen prinsipielle forhold som gjelder i større og mindre grad for alle retningslinjeutkastene, og som også gjelder forslag til forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning. Her nevner vi

- Sterk detaljeringsgrad innebærer mer styring
- Detaljeringsnivået mener vi går ut over institusjonenes rett til å utforme utdanninger.
- For mange læringsutbyttebeskrivelser
- Liten konsistens i utformingen av retningslinjene når retningslinjene sammenliknes med andre retningslinjer som er bygd opp etter samme konsept

### **Opptakskrav**

I Helsedirektoratets (Hdir) rapport [«Masterutdanning i avansert klinisk sykepleie»](#) signaliseres det at et av opptakskravene er minimum to års klinisk praksis i 100 % stilling innenfor de siste 6 år. Opptakskrav er ikke berørt i [forslag til forskrift om nasjonal](#)

Postadresse  
Stortorvet 2  
NO-0155 Oslo

Telefon +47 409 14 969  
postmottak@uhr.no  
www.uhr.no  
Org.nr. 917 697 825

Saksbehandler  
Tor Rynning-Torp  
tor.rynning.torp@uhr.no  
Telefon +47 907 42 286

[retningslinje for utdanningen](#). Rapporten har ingen formell juridisk status. Slik sett kan derfor den enkelte utdanningstilbyder fastsette opptakskravene selv. UHR-HS er imidlertid av den oppfatning at det må være felles opptakskrav til denne utdanningen. Derfor bes departementet avklare om utdanningen skal utvikles etter bestemmelsene i § 3 eller § 5 i [mastergradsforskriften](#), noe som gir konsekvenser for opptakskravene. Dette bør være klargjort så raskt som mulig og helst før studieplanarbeidet er kommet for langt.

### **Kunnskapsdepartementets høringsspørsmål**

Vi har valgt å gi svar på de høringsspørsmålene som er mest aktuell for utdanningsinstitusjonene. Spørsmål 4 og 6 har vi derfor utelatt å svare på.

#### **1. Formålet med forskriften er blant annet å sikre at kandidater med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie får samme sluttkompetanse uavhengig av hvilken utdanningsinstitusjon de er utdannet ved. Hvordan vurderes dette å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene?**

Vi støtter formulering om at formålet med forskriften er å sikre at kandidater med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie har lik sluttkompetanse uavhengig av utdanningsinstitusjon. I den grad det er mulig å styre etter læringsutbyttebeskrivelser, vurderes dette som godt ivaretatt. Nasjonale eksamener vil også bidra til lik sluttkompetanse. Den viktigste forutsetningen for lik sluttkompetanse er samarbeid mellom utdanningsstedene på nasjonalt nivå.

#### **2. I hvilken grad vurderes utkast til forskrift å være i tråd med intensjonen med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, herunder behovet for breddekompetanse, kompetanse til å fylle nye roller, funksjoner og oppgaver som beskrevet i forskriften?**

Breddekompetanse anses nødvendig for å kunne ivareta funksjon og yrkesrolle i kommunenes helse- og omsorgstjeneste. I høringsbrevet er det vist til at sentrale kjerneområder:

- Kliniske undersøkelser og behandling
- Pasientopplæring og veiledning
- Fagutvikling
- Faglig koordinering og ledelse

Disse fire områdene vurderes som aktuelle og hensiktsmessige for å kunne ivareta utvidede roller og funksjoner relatert til behov for kompetanse i kommunal sektor med spesiell vekt på behov i kommunal helse- og omsorgstjeneste som hjemmesykepleie og sykehjem.

Samtidig gir "Forskriften" noen utfordringer fordi det prinsipielt sett er breddekompetanse som erverves i en bachelor grad og dybdekompetanse som erverves i en mastergrad. Forskriftens innhold er preget av krav til at svært bred kompetanse skal oppnås. Utfordringen er å se hvordan kandidater kan tilegne seg dybdekunnskap innen de ulike områdene som er definert, når bredden på kunnskapstilfanget skal være så vidt. Vi stiller oss undrende til om det er mulig å oppnå læringsutbyttene innenfor foreslåtte rammer. Videre bør det vurderes om

forskriften i tilstrekkelig grad belyser at økt kunnskap og økte ferdigheter tilegnet gjennom masterutdanning bidrar til økt selvstendige arbeid-/ansvarsområder utover det en kan ha ansvar for med bachelor i sykepleie.

### **3. I hvilken grad vurderes utkast til forskrift å være i tråd med tjenestenes kompetansebehov?**

Utkast til forskrift vurderes å være i tråd med tjenestenes kompetansebehov.

### **5. Hvordan vurderes graden av detaljering med hensyn til utdanningsinstitusjonenes behov for lokal tilpasning? Vi ber særlig utdanningsinstitusjonene gi innspill på dette spørsmålet.**

I og med at forskriften skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at kandidater som uteksamineres har felles sluttkompetanse uavhengig av utdanningsinstitusjon, må graden av detaljering være tilstede.

Forslaget om at det gis mulighet for å utvikle valgfrie emner støttes. Dette vil kunne bidra til å gi studiet spissinger og spesialiseringer innen områder for enkelte utdanningsinstitusjons særegenhet og profil. Utdanningsinstitusjoner kan her samarbeide om å tilby emner og tilby studentutveksling. En ønsket synergieffekt her vil være at studenter utvider sitt nettverk med utvidet studentmiljø som bidrar til nettverksbygging. Dette kan gi effekt for rolleutforming av AKS i tilpasset nasjonal kontekst.

### **7. Er det innhold som mangler i høringsutkastet? I så fall hvilke?**

På sikt forventes det at rollen vil gi utvidede rettigheter, dette burde vært omtalt. Å innføre spesialistgodkjenning vurderes som første steg, og i riktig retning i denne sammenheng.

### **8. Er det innhold som bør tas ut eller nedtones? I så fall hva?**

Hovedutfordringen er krav til breddekompetanse beskrevet i sluttkompetanse-utbyttene. Kombinasjonen bredde og dybde er krevende. Her vil kandidatens forkunnskap (både teoretisk og erfaringsmessig) spille inn. Kompetanse utvikles over tid, bl.a. gjennom å møte og få erfaring fra situasjoner i praksis. Det er derfor ikke gitt at alle kompetanseområder er utviklet på forventet taksonomisk nivå ved endt utdanning. Kompetanseutvikling er livslang læring.

### **9. Praksisstudier skal beskrives, men på et overordnet nivå. Detaljert beskrivelse av praksisstudiene skal skje ved den enkelte utdanningsinstitusjon. Er forskriftens beskrivelse av praksisstudier hensiktsmessig?**

Vi støtter forslaget om at praksisstudier beskrives på et overordnet nivå, og vurderer beskrivelsen som hensiktsmessig. Det er viktig at masterutdanningen bidrar til økte ferdigheter tilegnet gjennom selvstendige arbeid-/ansvarsområder utover det en kan ha ansvar for med bachelor i sykepleie.

Det skisseres mange ulike arenaer for praksisstudier. Praksis i helsestasjon og skolehelsetjeneste kan tones ned/tas bort. Praksis ved forvaltningskontor i kommunen kan være hensiktsmessig.

Arenaen for praksis bør gjenspeile hvor det er mest behov for denne utdanningen. Sykehjem, KAD, hjemmetjeneste, boliger for personer med psykiske utfordringer/rusrelaterte utfordringer samt mottak i sykehus er eksempler på dette. Bør noen praksisarenaer være obligatorisk? (Jfr. pkt. 1- samme sluttkompetanse). Praksis ved mottak i sykehus vil bidra til økt mengdetrening ift. klinisk vurderingskompetanse. En slik praksis i spesialisthelsetjenesten trenger avklaring før studiet starter pga. høyt press på praksisplasser i sykehus.

### **10. Masterutdanningen har et krav om 800 timers praksis. I hvilken grad er kravene i forskriften gjennomførbare innenfor rammene av en masterutdanning?**

Dersom forskriften skal sikre at utdanningene fremstår som enhetlige og gjenkjennelige uavhengig av utdanningsinstitusjon, er det behov for en avklaring av hvor mye av praksis kan foregå i utdanningsinstitusjonene og hvor mye som må/bør foregå i det kliniske feltet.

Det er også kjent at det per i dag eksisterer utdanningstilbud innen allmennsykepleie med 800 timer veiledet praksis (eksempel fra LDH, master i avansert klinisk sykepleie, spesialisering i allmennsykepleie). Ved høy andel studieinnsats i feltet fordres det at praksis brukes målrettet som læringsarena. Fokus er da knyttet til hva studenter skal lære. I praksisstudiene vil breddekunnskapen anvendes i kontekst, og dette vil kunne bidra til fordypning og spissing. Utdanningens hensikt er å skulle dekke behov i kommunal sektor til pasienter og pårørende i alle aldre. Det er så en mulighet her, at studentene gjennom sine veiledede praksisperioder, vil måtte prioritere noen hovedfokusområder. På den måten vil de utvikle handlingsberedskap til å kunne overføre kompetanse de har ervervet fra en situasjon over til liknende situasjoner. Å inneha rollen som avansert klinisk sykepleier vil da også gi kompetanse til å analysere hva man selv kan utføre samt å også konsultere og samarbeide tverrfaglig ved behov. Valgfri praksis vurderes som hensiktsmessig; kan sees i sammenheng med masteroppgaven.

### **11. En vesentlig del av praksisstudiene skal som hovedregel være organisert som veiledet praksis av sykepleiere med masterkompetanse innen allmennsykepleie eller andre med avansert klinisk og akademisk kompetanse på minimum masternivå og med inngående kunnskap om rollen og oppgavene til allmennsykepleiere. Anses dette som gjennomførbart?**

Veiledede praksisstudier vurderes som en sentral læringsmetode for å utvikle kompetanse, spesielt innen ferdigheter og rolleforståelse. Ferdighetstrening og simulering kan inngå som del av denne kompetanseutviklingen. Samtidig er veilede praksisstudier i feltet avgjørende for å lære i autentiske situasjoner med pasienter, pårørende og andre profesjonelle utøvere. En av utfordringene vil være å rekruttere kompetente veiledere. Det vil også ta tid å bygge opp denne kompetansen. I den forbindelse vurderes det som aktuelt å samarbeide med andre yrkesgrupper for å

veilede på deler av kompetansen, for eksempel leger og annet helsepersonell som deltar i tverrfaglige team.

Sentralt innenfor den avanserte kompetansen er refleksjon og kritisk analyse og vurdering. Utvikling av denne kompetansen bør ivaretas av veileder med formell veilederkompetanse helst i kombinasjon med relevant mastergrad innen sykepleie. Selv om studietilbud innen praksisveiledning tilsvarende 10 studiepoeng eller mer finnes ved flere utdanningsinstitusjoner, bør det vurderes om ikke deler av denne kompetansen kan utvikles via simulering/ferdighetstrening/workshop i utdanningsinstitusjonene.

Inntil masterstudiet har uteksaminert kandidater, vil det i en overgangsperiode være en mulighet at sykepleiere med annen masterkompetanse (f.eks. psykisk helsearbeid, spl. med masterkompetanse i mottaksavd.) veileder disse studentene. Bruk av kombinerte stillinger hvor lærere bidrar med sin kompetanse vil også kunne kompensere for manglende veiledningskompetanse i praksisfeltet. Det bør utarbeides en plan for hvordan behovet for veiledning skal dekkes og hvordan veiledning tenkes gjennomført.

Formuleringen "Ferdighetstrening og simulering kan inngå som del av denne kompetanseutviklingen" kan oppfattes som en nedvurdering av simulering til fordel for praksisstudier. Simulering er et viktig bidrag til ferdighetstrening og bør utgjøre en stadig viktigere del av oppøving av kliniske ferdigheter i utdanninger både på bachelor og masternivå. Den nevnte formulering anbefales omformulert til: "Ferdighetstrening og simulering bør inngå som en viktig del av denne kompetanseutviklingen".

## **12. Er innholdet og omfanget av masterutdanningen gjennomførbart innenfor rammen av et 120 studiepoengs studium?**

Studiet, slik det nå er beskrevet, vurderes som omfattende. Det fordrer en balanse mellom utvikling av akademiske- og kliniske ferdigheter. Å mestre begge deler på forventet nivå vurderes til å være krevende i et studieprogram som skal gi rom til fordypning i teori, 800 timer praksis og gjennomføring av masteroppgave. Studiet skal også kvalifisere for opptak til en PhD. Sammenhengen mellom bredde og spesialisering/spissing har derfor behov for avklaring.

Behovet for breddekompetanse i helsetjenesten er godt dokumentert, og er særlig viktig for å ivareta pasienter med kompliserte og sammensatte behov for helsetjenester. Dette bør forskriften få tydelig frem. Det bør også avklares om spissing/spesialisering best oppnås gjennom for eksempel veiledede praksisstudier og valgfrie emner som del av mastergraden, eller om denne kompetansen må utvikles i etterkant av fullført studium gjennom praksiserfaringer og livslang læring i kombinasjon med videre utdanning.

## **13. Er tittelen masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie dekkende for innholdet?**

Det vurderes at foreslått tittel dekker innholdet i masterutdanningen.

Begrepet “avansert” beskriver nivået, og det er vesentlig at det benyttes i tittel – jfr. diskusjoner i arbeid med forskrift for BA i sykepleie, der det er definert at begrepet avansert knyttes til masternivå.

**14. Masterutdanningen skal kvalifisere til spesialistgodkjenning i avansert klinisk allmennsykepleie. I forarbeidene som omtales i Helsedirektoratets rapport, er nasjonal eksamen på slutten av utdanningen foreslått som grunnlag for å kunne søke om spesialistgodkjenning. Nasjonal eksamen er eventuelt tenkt utformet og gjennomført i et samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene.**

**Vurderes nasjonal eksamen som hensiktsmessig for å sikre tilstrekkelig vurderingsgrunnlag for å kunne gi spesialistgodkjenning?**

Forslaget om nasjonal deleksamen støttes for å sikre et nasjonalt nivå. Det må klargjøres hva som skal testes i en slik eksamen og hvordan. Bør en slik eksamen inneholde testing både av teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter? I så fall, hvordan kan dette gjennomføres?

Det er mulig at innføring nasjonal eksamen gir et behov for ytterligere detaljering av overordnede læringsutbyttebeskrivelser, eller en operasjonalisering av disse, for å imøtekomme krav til nasjonal likhet.

Ideen om nasjonal eksamen støttes. Men det kan være utfordringer knyttet til at en nasjonal eksamen eventuelt skal utformes og gjennomføres i UH-sektoren, og utgjøre vurderingsgrunnlag for spesialistgodkjenning som gis av Helse- og omsorgsdepartementet evt. Helsedirektoratet. Hvordan dette skal kunne gjøres på en god måte bør utredes nærmere.

For øvrig må det være en sammenheng mellom spesialistgodkjenning og utvidete fullmakter.

Vennlig hilsen

Randi Skår  
Leder, UHR-Helse og sosial

Tor Rynning-Torp  
seniorrådgiver

Dette dokumentet er godkjent elektronisk ved UHR