

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep
0032 OSLO

Deres ref.: 20/1151
Vår ref.: 20/44258-2
Saksbehandler: Linda Hafskjold
Dato: 26.02.2021

Høringsuttalelse fra HelseDirektoratet til forslag til forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning

Vi viser til Kunnskapsdepartementets (KD) brev av 26.november 2020 hvor det informeres om at utkast til Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning er sendt på høring med frist 28.02.21. Vi takker for muligheten til å gi en høringsuttalelse.

I høringsbrevet fra KD bes det særlig om at følgende punkter vurderes i tillegg til de 8 oppførte høringsspørsmålene:

- Utelatelse av krav om to års relevant klinisk praksis som et minimum for opptak til utdanningen
- Hvorvidt noe bør utgå eller noe som mangler, samt at det spesifiseres hvordan dette bør endres eller utvikles
- Hvorvidt felles innhold er inkludert/dekket på en hensiktsmessig måte på tvers mellom utdanningene (ABIOK)

Høringsuttalelsen er strukturert under de 8 spørsmålene angitt i høringsbrevet. Høringsuttalelsen blir også sendt inn via den digitale plattformen.

1. I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med tjenestenes fremtidige kompetansebehov?

Formålet med utdanningen

HelseDirektoratet støtter at operasjonssykepleierutdanningen skal bygge på bachelorutdanning i sykepleie eller tilsvarende og norsk autorisasjon som sykepleier slik det fremgår i formålet i forslaget.

Vi leser formålet som dekkende og bredt beskrevet. Særlig ønsker vi å fremheve det som positivt at det er vektlagt at utdanningen skal sette kandidaten i stand til å "*bidra til å løse utfordringene knyttet til teknologisk utvikling, inkludert nye og innovative behandlingsmetoder*". Samt at endrings- og forbedringsarbeid og brukermedvirkning på individ- og systemnivå er løftet frem. Dette er i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023, gode pasientforløp og regjeringens satsning mot å skape pasientens helsetjeneste. Knyttet til

HelseDirektoratet

Avdeling retningslinjer og fagutvikling

Linda Hafskjold

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

beskrivelsen av handlingskompetanse for å ivareta pasientens og pårørendes behov, ved planlagt og akutt kirurgisk undersøkelse og behandling, vil vi anbefale å inkludere *vurderings- og beslutningskompetanse* innenfor operasjonsykepleierens ansvarsområde.

Mastergrad og avstigningsmulighet:

Vi ser at for alle ABIOK-utdanningene er lagt opp til at kandidaten skal kunne avslutte ved to ulike kompetansenivåer, i dette tilfellet skilles det mellom gjennomført mastergrad på 120 studiepoeng og videreutdanning på 90 studiepoeng.

Vi forstår det slik at det vil være viktige forskjeller i utdanningsløpet for kandidater som gjennomfører en videreutdanning på 90 studiepoeng sammenlignet med et mastergradsløp. Samt at forskjellen i utdanningsløpene vil i hovedsak være knyttet til emner og læringsaktiviteter utviklet for å oppfylle "*Kapittel 7. Læringsutbytte for kompetanseområde Fordypning i vitenskapsteori og forskningsmetode*". Vi antar at kandidatens forberedelse og arbeid med masteroppgaven, samt noe mer omfattende emner knyttet til vitenskapelige metoder og forskningsarbeid vil gi økt sluttkompetanse innen dette kompetanseområdet for kandidater som gjennomfører et mastergradsløp. Vi antar derfor at kandidater som avslutter etter 90 studiepoeng vil ha lavere sluttkompetanse knyttet til ovennevnte områder sammenlignet med de som gjennomfører mastergradsløpet.

Nyere internasjonal forskning peker på at sykepleiere med masterkompetanse er mer selvstendige i utøvelsen av sin rolle, har økt handlingskompetanse til å drive fagutvikling innenfor sitt ansvarsområde, samt kan i større grad bidra i endringsarbeid og forskning for å utvikle helsetjenesten ([Wangensteen et al. \(2018\). Nurse Education Today](#)). Dette er også inngående belyst i rapporten "[Videreutdanning for sykepleiere - Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivarettatt i fremtiden?](#)", utgitt av Helsedirektoratet i 2017. For å møte fremtidige behov i helsetjenesten generelt og i spesialisthelsetjenesten spesielt, vil sannsynligvis kompetansen som utvikles i en mastergrad være mer i takt med fremtidens behov enn det kandidaten oppnår med kun videreutdanning på 90 studiepoeng. Det kan settes spørsmålsteget ved om en videreutdanning gir tilstrekkelig kompetanse til å fylle operasjonssykepleierens kompetansebehov i fremtiden da rollen er preget av stor grad av selvstendighet og ansvar i pasientbehandlingen.

[Det har vært uttrykt bekymring](#) for at det kan være vanskeligere å rekruttere til mastergradsløp, samt at mastergrad kan bidra til å trekke spesialisykepleierne vekk fra pasientnært arbeid og over i utviklingsarbeid og fagavdelinger. Vi tror at operasjonssykepleierutdanning som mastergradsløp vil kvalifisere kandidaten til en etablert og anerkjent, klinisk rolle, og at mastergrad på sikt heller vil bidra til å gi kandidaten høy faglighet som kan virke rekrutterende og gi endringskompetanse til å kunne stå i rollen lenger.

På en annen side ser vi at avstigning etter 90 studiepoeng kan være et tiltak for å sikre økt kompetanse for og rekruttering av klinisk erfarne sykepleiere som av ulike grunner ikke ønsker å gå inn i et fullt mastergradsløp. I rapporten nevnt over ([Helsedirektoratet, 2017](#)) kommer det også frem at noen ledere i helseforetak og kommuner ønsker et kortere videreutdanningsløp for sykepleiere enn full mastergrad. Dette grunngis bl.a. økonomisk med at det kan være utfordrende for arbeidsgivere å legge til rette for permisjon til lengre videreutdanningsløp. Dette kan tyde på at det samlet sett kan være behov for avstigningsmulighet slik forslaget legger opp til.

Økt karakterkrav for opptak til bachelor i sykepleie gjør også at flere studenter har gode akademiske ferdigheter og vi har fått beskrevet fra utdanningsinstitusjoner at flere planlegger fra første dag å ta en masterutdanning. Kompetanseutvikling i form av mastergradsløp kan derfor være med å sikre fremtidig rekruttering til utdanningen.

Ut fra argumentasjonen beskrevet over antar vi at sluttkompetansen mellom kandidater som avslutter etter 90 studiepoeng og de som gjennomfører en mastergrad, er ulik og at dette er særlig knyttet til handlingskompetanse til å bidra i utviklings- og forbedringsarbeid, samt kompetanse til å drive og utvikle kunnskapsbasert praksis innenfor eget ansvarsområde. Forutsatt at det stemmer at sluttkompetansen vil være ulik mellom kandidater som avslutter etter 90 studiepoeng og de som gjennomfører en mastergrad (120 studiepoeng), anbefaler vi at denne forskjellen i kompetanse tydeliggjøres i formålet og under §3.

2. I hvilken grad vurderes utkast til retningslinjen å være i tråd med brukernes fremtidige behov for kompetanse i tjenestene?

Helsekompetanse og helsepedagogikk.

Det savnes omtale av begrepet helsekompetanse. Operasjonssykepleiere tar utgangspunkt i pasientens og eventuelt pårørendes helsekompetanse i møte med pasienter, og er et sentralt virkemiddel i kommunikasjon for å fremme brukermedvirkning, samt riktige og gode tjenester tilpasset den enkelte pasient.

Helsekompetanse er definert som den enkeltes evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten. En av forutsetningene for å nå regjeringens mål om økt helsekompetanse i befolkningen er å utforme en helse- og omsorgstjeneste arbeider for å ivareta og gjøre folk helsekompetente, og hvor holdninger (og kunnskap) hos de ansatte gjenspeiler dette ([Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023 \(regjeringen.no\)](#)). Dette er også beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, [under kapittel 3.2 Helsekompetanse og opplæring.](#)

Forståelse og innsikt i forhold knyttet til helsekompetanse kan også underbygge operasjonssykepleierens ferdigheter innen veiledning som omtales under kapittel 3. Vi foreslår derfor at helsekompetanse legges inn som læringsutbytter under kunnskap og ferdigheter i kapittel 3.

Vi foreslår å legge til et punkt under kunnskap, §7: har inngående kunnskap om forhold som påvirker helsekompetansen i befolkningen, samt hvordan helsekompetanse kan påvirke involvering av pasient og pårørende i beslutninger på individ- og systemnivå. Samt inkludere dette i §9, punkt c: kan anvende kulturkompetanse og kunnskap knyttet til helsekompetanse i vurdering, planlegging, gjennomføring og evaluering av operasjonssykepleie

3. Hvordan vurderes graden av detaljering sett i forhold til utdanningsinstitusjonens rett til autonomi og lokal tilpasning?

Ingen merknad

4. I hvilken grad vurderes behovet for nasjonal standardisering å være ivaretatt i læringsutbyttebeskrivelsene?

Vi anbefaler at programgruppene jobber tettere sammen for å formulere felles læringsutbyttebeskrivelser knyttet til felles temaer/innhold. Dette kan gi grunnlag for felles læringsarenaer som kan fremme samhandling, tverrfaglig samarbeid og innovasjon. Dette vil sannsynlig gi en dypere innsikt i både teamene og egen og hverandres rolle og kompetanse. Vi utdyper dette ytterligere under spørsmål 8.

5. Er det noen typer kompetanser som mangler i høringsutkastet til retningslinje?

Tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid.

Samhandling på tvers av tjenestenivåer og særlig samarbeid med primærhelsetjenesten vil være viktig kompetanse for operasjonsykepleieren.

Forskriften tydeliggjør på en god måte behovet for at operasjonsykepleieren fungerer i tverrfaglige team og samarbeid, samt under kapittel 3 fremheves kommunikasjon og samhandling på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå. Vi savner at det tydeliggjøres kompetanse om samhandling på tvers av tjenestenivåer, dvs. mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Det foreslås at dette tas inn i et eget læringsutbytte som en ferdighet i § 8:

kan anvende samhandlings- og kommunikasjonsverktøy for å ivareta samhandling og tverrfaglig samarbeid om pasientforløp på tvers av tjenestenivåer.

Mangfold/ ikke-diskriminering

Under kapittel 3, §4 foreslår vi at det tas inn en læringsutbyttebeskrivelse tilsvarende den som ligger i Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfaglige utdanninger, §2.2, for å favne dette brede ikke-diskrimineringsgrunnlaget. Læringsutbytte kan løftes til masternivå med begrepet "inngående kunnskap":

"har *inngående kunnskap* om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering, uavhengig av kjønn, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder, slik at kandidaten bidrar til å sikre likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet".

Dette læringsutbytte bør inngå som selvstendig læringsutbyttebeskrivelse i utdanningen som et minimum inntil flertallet av kandidatene forventes å ha oppfylt læringsutbyttebeskrivelsen i sin grunnutdanning.

Akutt beredskap og krisehåndtering

Erfaringer fra arbeid ut mot tjenestene og sykehus forteller oss at både anestesi-, intensiv- og operasjonsykepleiere vil ha behov for bred kunnskap innen akutt beredskap og

krisehåndtering da de ofte er svært sentrale aktører i dette arbeidet i spesialisthelsetjenesten. I forslagene til retningslinjer står dette kun omtalt som LUB under anestesisykepleierutdanning. Vi anbefaler derfor å legge til LUB o. fra §7, hentet fra forslag til Anestesisykepleierutdanning, her endret til operasjonssykepleiers rolle:

Kunnskap

Kandidaten

o. har bred kunnskap om operasjonssykepleierens rolle ved beredskap- og krisehåndtering ved større ulykker, terror og i krigs- og katastrofeområder

6. Er praksis (praksisstudiet) hensiktsmessig beskrevet og gjennomførbart?

Veiledningskompetanse.

Det er et generelt behov for å styrke tilbudet om veiledningsutdanning for aktivt, klinisk personell i helsetjenestene. Operasjonssykepleier har ansvar for veiledning og oppfølgingen av operasjonssykepleierstudentene. Det er i dag ikke krav om formalisert veiledningskompetanse hos de ansatte ved alle aktuelle praksissteder. Vi støtter at det under §8 er inkludert at kandidaten "*kan gjennomføre undervisning og veiledning av studenter og medarbeidere*". Vi tror økt veilederkompetanse vil gi endra bedre læringsutbytte i praksis for studenter på sikt, samt kunne påvirke positivt en utvikling av kultur for læring i organisasjonene.

Vi anbefaler at det vurderes om pasienter og pårørende bør inkluderes som målgruppe her også, jf. argumentasjonen knyttet til helsekompetanse beskrevet under spørsmål 2.

7. I hvilken grad er omfanget av utdanningen gjennomførbart innenfor rammene av utdanningen?

Helsedirektoratet ser at kravet om minimum to års relevant yrkespraksis som grunnlag for opptak ikke er videreført og antar at dette er utelatt fordi dette anses å falle under utdanningsinstitusjonenes hjemmel til å regulere selv. Vi anbefaler likevel at dette revurderes. Vi ser det som en klar styrke å videreføre kravet om erfaring da dette vil være viktig å ha før de begynner på et utdanningsløp med så høyt krav til rask kompetanseutvikling innen både teknisk krevende og avansert kompetanse. Vi tror det vil være vanskelig å oppnå ønsket nivå på sluttkompetansen innen kreftsykepleie for en nyutdannet sykepleier eller sykepleier med lite relevant erfaring.

Dersom et krav om relevant erfaring ikke reguleres av den nasjonale retningslinjen, kan dette åpne for ulik praksis og på sikt gi ulik kvalitet på spesialsykepleiere ut fra utdanningssted. En god ballast fra relevant praksis tror vi vil bidra positivt til gjennomføringsgraden, bedre kandidatens grunnlag for læring og dermed øke kvaliteten på kandidatene som uteksamineres. Vi vil derfor anbefale å videreføre krav om minimum to års relevant yrkespraksis som grunnlag for opptak til kreftsykepleierutdanning for å sikre nasjonal standardisering, samt sikre at inntakskvalitet på kandidatene som tas opp til studiet ikke kun styres av akademisk karaktersnitt fra bachelor i sykepleie, men også klinisk erfaring.

8. Er felles temaer/innhold for ABIOK-utdanningene som nevnt ovenfor ivaretatt i retningslinjene?

I høringsbrevet står det at programgruppene har "*i arbeidet med utvikling av forskriften hatt kontakt på tvers for å vurdere felles temaer og innhold i forskriftene*". Aktuelle temaer som er tatt opp er vitenskapsteori og metode, kommunikasjon, tverrprofesjonell samhandling, innovasjon og pasientsikkerhet.

Som beskrevet under spørsmål 4, mener vi det vil være en styrke for ABIOK-utdanningene å samle seg rundt felles læringsutbyttebeskrivelser for å utnytte synergier ved å lære sammen og av hverandre. Dette vil gjøre kandidatene bedre egnet til å møte en fremtid som vil kjennetegnes av å jobbe i tverrprofesjonelle team. Her kan delt kompetansegrunnlag fra felles kompetanseområder fremme samhandling, og utarbeidelse av nye og bedre løsninger.

For å vurdere i hvilken grad felles temaer/innhold er ivaretatt, har vi systematisk gått igjennom alle retningslinjene og sett i hvilken grad sentrale temaer er adressert, samt på formuleringer som er benyttet i kompetanseområder og læringsutbytter. Det er store forskjeller. Vi har respekt for at faglig innhold må knyttes opp mot den enkelte spesialitet, men variasjon, vekt og nivå på formuleringene slik det fremstår nå, tror vi med fordel kan samkjøres i større grad for å gjøre utdanningene mer fremtidsrettet mot samhandling og tverrprofesjonell problemløsning.

Under listes aktuelle felles temaer og kjennetegn ved ulikhetene slik vi har funnet, samt forslag til tiltak som kan bidra til å samkjøre innhold og nivå:

Tema/ innhold	Kjennetegn ved ulikheter (A: anestesisykepleier; B: barnesykepleier; I: intensivsykepleier; O: operasjonssykepleier; K: kreftsykepleier)	Forslag til samkjøring
Vitenskapsteori og metode	<p>A: Meget godt ivaretatt, eget kompetanseområde med tydelige LUBer, ivaretar et høyt kompetansenivå</p> <p>B: Noe overordnet beskrevet, tradisjoner og prinsipper for forskning i fokus, lavt kompetansenivå.</p> <p>I: Noe overordnet beskrevet, vitenskapelige perspektiver og kunnskapsformer i fokus, lavt kompetansenivå.</p> <p>O: Godt ivaretatt, eget kompetanseområde, ivaretar et godt kompetansenivå, men noe overordnede LUBer.</p> <p>K: Overordnet vektet, har vektlagt begrepet <i>kunnskapsbasert</i> i sine formuleringer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ta utgangspunkt i kompetanseområdene og formuleringene gitt i AOK. • Jobbe ut omforent kompetanseområder og læringsutbyttebeskrivelser for ABIOK.

Innovasjon	<p>A: Som LUBer under kapittel 4 og 6</p> <p>B: angis som kvalifikasjon under formålet.</p> <p>I: Inkludert i kompetanseområde, kapittel 5</p> <p>O: Inkludert i formålet (§2) kompetanseområde, kapittel 5</p> <p>K: Ikke angitt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ta utgangspunkt i beskrivelser fra I og O, men bør knyttes tydelig opp mot teknologisk utvikling. • Anbefales som inkludert i et felles kompetanseområde: Kompetanse til å analysere kritisk behov for, bidra i innføring, og vurdere følger av nye teknologiske/digitale løsninger (IKT) / nyvinninger bør inkluderes felles for alle retningslinjene. • Bør i større grad bygge videre på kompetansen innen innovasjon og teknologi fra nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning.
Fagledelse, forbedringsarbeid og pasientsikkerhet	<p>Det er variasjon i hvorvidt disse begrepene er inkludert kun som LUBer eller er løftet frem i kompetanseområder. Det også ulik begrepsbruk i læringsutbyttebeskrivelsene som kan gi variasjon i kompetanse og potensielt gi ulik kvalitet på tjenestene som leveres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se på muligheten for å knytte dette opp mot et felles kompetanseområde som kan bidra til felles forståelse for teoretiske perspektiver, problembeskrivelser og arbeidsmetodikk. • Styrke utgangspunktet for å finne felles løsninger på problemer som går på tvers i organisasjoner og sektorer.
Kommunikasjon	<p>Det er variasjon i hvorvidt temaet er inkludert kun gjennom LUBer eller er løftet frem i et kompetanseområde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se på muligheten for å utvikle felles læringsutbytte beskrivelser som inkorporeres hensiktsmessig for hver retningslinje • Avklare om det er felles kompetanseområder kommunikasjon kan kobles til slik at man kan legge til rette for å lære dette i en tverrprofesjonell arena
Tverrprofesjonell samhandling	<p>Det er variasjon i hvorvidt dette temaet er inkludert i særlig grad, behandlet som et begrep eller to, beskrives kun gjennom LUBer eller er løftet frem i kompetanseområder. Det også ulik begrepsbruk i læringsutbyttebeskrivelsene som kan gi variasjon, særlig knytte til handlingskompetanse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se på muligheten for å utvikle felles læringsutbytte beskrivelser som inkorporeres hensiktsmessig for hver retningslinje

Vennlig hilsen

Heidi Stien e.f.
prosjektleder

Linda Hafskjold
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
Helse- og omsorgsdepartementet