

«Helsevesenet trenger vår kompetanse- hvorfor ikke bruke den?» En kvalitativ studie av filippinske sykepleieres opplevelse av veien til autorisasjon i Norge

Kari Dahl, Vibeke Lohne og Line Nortvedt

Kari Dahl, førstelektor, OsloMet Storbyuniversitet, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Vibeke Lohne, professor, OsloMet Storbyuniversitet, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Line Nortvedt, førsteamanuensis, OsloMet Storbyuniversitet, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Abstract

«The healthcare system need our competence – why not use it?» A qualitative study of Filipino nurses experience of their way to accreditation in Norway

Healthcare professionals educated outside the EU/EEA are an important source of labor in the Norwegian healthcare system, where nurses and auxiliary nurses from the Philippines constitute the largest group. Complicated authority requirements are attached to accreditation in Norway. The study explores how Filipino nurses with three different approvals in the authorization process, experience the process of accreditation in Norway, using qualitative research interviews. The results show that nurses face challenges related to the authorization process in Norway, which they experience as unworthy, unfair, baffling and economically burdensome, but also with experiences of hope for good prospects. A predictable and a dignified authorization process for Filipino nurses should be developed, so that their knowledge and competence can be included and appreciated in the Norwegian health care services.

Keywords/Nøkkelord:

filipino nurses; accreditation; migration

filippinske sykepleiere; autorisasjon; migrasjon

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4461>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Innledning

Internasjonal sykepleiemigrasjon har vært økende de siste 15 årene og alt tyder på at det vil fortsette inn i framtiden (Debesay og Tschudi-Madsen, 2018). I dagens norske helsevesen er det underskudd på 2500 autoriserte sykepleiere, og beregninger viser at underskuddet vil, parallelt med et økende omsorgsbehov, være mer enn tidoblet innen 2035 (Samfunnsøkonomisk analyse, 2018; Gautun, 2016). Sykepleiere og helsefagarbeidere utdannet på Filippinene er den største kilden til arbeidskraft fra land utenfor EU/EØS i Norge, og de er et viktig bidrag for å dekke nevnte omsorgsbehov. I dag bor det 21.283 filippinske innvandrere i Norge (SSB, 2018) og i 2017 var 1808 helsefagarbeidere fra Filippinene sysselsatt i norsk helsevesen. Sansynligvis er de fleste helsefagarbeidere utdannet sykepleiere og ifølge Helsedirektoratet, et ubenyttet kompetansepotensiale (NHSP 2020-2023). I 2017 var det i Norge sysselsatt 946 sykepleiere fra Filippinene, og disse utgjorde den tredje største gruppen av utenlandske sykepleiere, etterfulgt av Sverige og Danmark.

Imidlertid viser studier at migrasjon av sykepleiere kan skape utfordringer både i landet sykepleiere reiser fra og i landet sykepleiere reiser til (Delucas, 2014; Ortiga, 2014; Moyce, Lash, & de Leon Siantz, 2016). En sentral problemstilling i denne sammenheng er utfordringer knyttet til sykepleiernes autorisasjonsprosess, når en sykepleier er utdannet i ett land og skal utøve sin profesjon i et nytt land. Samtidig må alt helsepersonell ha autorisasjon for å utøve sitt yrke, noe som er viktig for pasientsikkerhet og for at befolkningen skal ha tillit til helsevesenet.

Bakgrunn

Verdens Helseorganisasjon (WHO) sin globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell bygger på verdenserklæringen for menneskerettigheter og har som mål å etablere og fremme frivillighetsprinsipper og normer for etisk rekruttering av helsepersonell. Den globale koden er et viktig bidrag til at fattige land ikke blir tappet for helsepersonell (Helsedirektoratet 2010 s.7). Internasjonale studier viser likevel til utfordringer ved at fattige land blir tappet for kvalifiserte sykepleiere, for å dekke behovet for helsepersonell i rike land (Rodriguez, 2010; Isaksen, 2010, 2012; Dywili, Bonner & O'Brien, 2013; Delucas, 2014). Filippinsk økonomi er avhengig av at penger overføres fra migrerte arbeidere til hjemlandet (remittering) og 10 % av det filippinske BNP (over 30 milliarder kroner) er overførte penger gjennom remittering (FN-sambandet, 2016). Filippinene regnes ikke til gruppen av land med kritisk mangel på helsepersonell (Helsedirektoratet, 2007). Imidlertid viser en kvalitativ studie hvor 58 ansatte fra sykepleierutdanning på Filippinene ble intervjuet, at kvaliteten i utdanning og helsevesen kan bli lidende når en «produserer» sykepleiere for eksport (Ortiga, 2014). En systematisk litteraturstudie hvor 44

artikler var inkludert, viser til utfordringer når utenlandske sykepleiere ankommer nytt land. Utfordringene er knyttet til kommunikasjon, rasisme, undervurdering av kompetanse, ulikt syn på sykepleiepraksis, kulturell ulikhet, savn av familie og religionsutøvelse (Moyce, Lash, & de Leon Siantz, 2016). En australsk kvalitativ studie som inkluderte fem sykepleiere fra Japan og Korea om erfaringer med arbeid i australsk helsevesen, fant at de var fornøyd med arbeidsforholdene, men hadde problemer knyttet til språk, kulturelle forskjeller og syn på sykepleie (Takeno, 2010). En norsk studie viser at sykepleiere utdannet utenfor EØS er stolte over egen utdanning, men opplever utfordringer knyttet til språk, sykepleierolle og rasisme (Dahl, Dalen, Larsen & Lohne, 2018). En annen norsk studie (Munkejord, 2017) viser til migrerte helsepersonells positive mestringserfaringer ved å arbeide i eldreomsorgen, men også utfordringer knyttet til at helsepersonell som sykepleiere og leger ikke får anvendte kompetansen fra sine utdanninger.

Autorisasjon som sykepleier- ulike krav i ulike land

Å bli autorisert sykepleier synes ulikt praktisert i forskjellige land i verden fordi både myndighetskrav og innhold i utdanningene kan være svært ulike. Innenfor EU/EØS er det utarbeidet kriterier gjennom direktiver som hvert medlemsland må følge (Utenriksdepartementet, 2009), og kriteriene er styrende for sykepleieautorisasjon og utøvelse av profesjonen i alle EU/EØS land. En studie fra USA viser til at det er forskjellige godkjenningsordninger i de ulike statene, men at de fleste stater stiller krav til å gjennomføre et akkrediteringsprogram samt gjennomføre en eksamen på engelsk, og det er Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS), som gjennomfører den faglige vurderingen (Pendergast, 2005). En sammenlignende studie fra flere asiatiske land (Effendi, Kurniati & Gunawan, 2018) viser ulike krav til sykepleieres lisensseksamen (Nursing Licensing examination), og konkluderer med at systemene er uensartet i de asiatiske land og dermed komplisert å vurdere i mottakerlandet. England og Henry (2013) beskriver i sin artikkel det britiske godkjenningssystemet for utenlandsk utdannede sykepleiere. Programmet som er utviklet av Nursing and Midwifery Council (NMC) og introdusert i 2005, inneholder obligatorisk teori og praksis, og stilte fra 2007 strengere krav til engelsk språk, noe som skapte større utfordringer for migrerte sykepleiere i Storbritannia. I Australia og New Zealand gjør Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA, 2019) den faglige vurderingen av sykepleierutdanningen. Canada og USA synes å være land hvor mange sykepleiere fra Filippinene ønsker å migrere til (Freeman, Beaulieu & Crawley, 2015), og studier fra Canada viser til utfordringer som å finne fram i et komplisert system, samt språkproblemer når filippinske sykepleiere søker autorisasjon og skal finne arbeid i Canada. En rapport fra Nordisk ministerråd (2017a, b) viser til at godkjenningsordningene i de nordiske land synes like på det overordnede nivå, mens det er store forskjeller når det gjelder de ulike aktørenes mandat og organisering av godkjenningsprosessen.

Rapporten beskriver blant annet utfordringer innen autorisasjon i Norden hvor konsekvensen er mangelfull nyttiggjøring av helsepersonell sin kompetanse.

Autorisasjon som sykepleier i Norge

Alt helsepersonell i Norge er underlagt helsepersonelloven og autorisasjon av helsepersonell er hjemlet i samme lov og i EU sitt yrkeskvalifikasjonsdirektiv fra 2005 (Helsepersonelloven 1999; Utenriksdepartementet, 2009). Disse dokumentene legger premisser for hvordan myndighetskravene innen autorisasjon og utdanning skal forstås. Det er Helsedirektoratet som utsteder autorisasjon ved å vurdere jevngodhet og kyndighet ved å sammenligne søkers utdanning med norsk utdanning. Det er utarbeidet et rundskriv (Helsedirektoratet, 2012) av Helsedirektoratet med kommentarer til helsepersonelloven. Her vektlegges det at autorisasjonsordningen har som mål å ivareta pasientens sikkerhet og at helsepersonell har de nødvendige kvalifikasjoner for å utøve yrket, og at en bestemt tittel som sykepleier innebærer en bestemt kompetanse. Autorisasjonsordningen skal også ivareta søkers rettsikkerhet og behov for forutsigbarhet (kommentarer til §48). Med jevngodhet forstås at noe er sidestilt, jevnbyrdig og likeverdig og rundskrivet forklarer jevngodhet med likestilt teori og praksis samt tilstrekkelig bredde og fordypning i de enkelte fag.

Med bakgrunn i retningslinjer gitt av Helsedirektoratet har forfatterne gjennom flere år gitt faglige råd ved å sammenligne norsk og utenlandsk sykepleierutdanning. Retningslinjene er knyttet til vurdering av jevngodhet og nødvendig kyndighet, og beskriver ulike vedtak:

Vedtak 1. Søker blir vurdert med jevngod utdanning, som betyr at utdanningen er likeverdig med norsk utdanning. Da må søker gjennomføre tilleggskravene: norsk språkprøve, kurs i nasjonale fag med legemiddelhåndtering samt fagprøve.

Vedtak 2: Utdanningen til søker blir vurdert til å ha vesentlige, men reparable avvik på nivå 1. Det betyr i hovedsak at søkers kliniske praksis er mangelfull, for eksempel svært spesialisert eller svak faglig innretning av praksis, langt fravær fra yrket eller lignende. Utdanningen kan da godkjennes, etter gjennomført tilleggskrav og veiledet praksis av ulik lengde og karakter.

Vedtak 3: Dette vedtaket beskriver at utdanningen til søker innehar vesentlige, men reparable avvik på nivå 2 og betyr at mangler i utdanning kan anses å kompenseres for/avdekkes ved gjennomført klinisk praksis og/eller enkeltemner ved et norsk lærersted. Utdanningen vil da bli godkjent etter gjennomførte tilleggskrav, og eventuelt veiledet praksis samt enkeltemner.

Vedtak 4: Det siste mulige vedtaket sier at utdanningen til søker innehar omfattende, ikke reparable avvik fra norsk utdanning knyttet til dokumenterte kunnskaper og ferdigheter som ikke kan kompenseres for gjennom veiledet




praksis eller enkeltemner. Her vil søker anbefales å søke opptak på bachelorutdanning og eventuelt søke om fritak fra enkelte fag etter en vurdering ved [det norske nettstedet](#).

Både utdanningen på Filippinene og i Norge gir Bachelorgrad i sykepleie, men den filippinske sykepleierutdanningen godskrives kun med to år i Norge (120 studiepoeng). Den filippinske grunnutdanningen har en varighet på 10 år og bachelor tar 4 år å gjennomføre. Imidlertid godkjennes ikke de to første årene av den filippinske bachelorutdanningen som høyere utdanning i Norge (Nokut, 2016). Videre viser rammeplanen på Filippinene fra 2009 til kjerneverdiene omsorg, kjærlighet til Gud, mennesket og landet (Ched Memorandum Order, 2009), mens kjerneverdiene i den norske rammeplanen fra 2008 er formulert som et helhetlig menneskesyn, respekt, autonomi og medbestemmelse, pleie, omsorg og behandling (Kunnskapsdepartementet, 2008). Naturvitenskapelig kunnskap og grunnleggende sykepleie, hvor en benytter 23 amerikanske sykepleie-teoretikere, er vektlagt i filippinsk utdanning. Som motsats er sykepleiefaget og yrkesgrunnlaget, sykepleiens faglige og vitenskapelige grunnlag, medisinske og naturvitenskapelige emner, samt samfunnsvitenskapelige emner vektlagt i norsk sykepleierutdanning. På Filippinene er praksis i all hovedsak lagt til sykehus og i kommunehelsetjenesten hvor omsorg for mor, barn og familie er i fokus, mens i Norge er praksis i spesialisthelsetjeneste innen kirurgi, medisin og psykisk helse, samt eldreomsorg, geriatri og hjemmesykepleie krav som må gjennomføres fordelt på 50 uker. Både på Filippinene og i Norge er rammeplaner i sykepleie under revidering og vil få konsekvenser for framtidig jevngodhetsvurdering.

Fra 2017 ble det innført en ny forskrift for helsepersonell utdannet utenfor EU/EØS hvor blant annet sykepleiere, etter jevngodhetsvurdering med norsk utdanning, stiller krav om å gjennomføre tilleggskrav innen tre år (Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell, 2016). Tilleggskravene er: Norsk språkkrav på B2 nivå, Kurs i Nasjonale fag, legemiddelhåndtering og fagprøve. Før 2017 var det kun Kurs i Nasjonale fag og legemiddelhåndtering som var et tilleggskrav etter å ha blitt vurdert som jevngod. Kurs i Nasjonale fag er i dag et profesjonsnøytralt kurs som har som mål å gi deltagerne kunnskap om norsk helsevesen og kultur slik at helsepersonellovens intensjoner skal sikres. Kurset består av emnene: Oppbygging og organisering av helse og omsorgstjenesten, helse-, trygde- og sosialrett, kulturforståelse samt nasjonale satsningsområder. Fagprøven består av en praktisk og en teoretisk test. Alle tilleggskrav legges ut på anbud av Helsedirektoratet og kandidatene må selv betale for gjennomføringen, hvor kostnadene for sykepleiere er cirka 30.000 NOK. Det er i dag to lærersteder i Norge som tilbyr kompletterende utdanning for sykepleiere hvor alle kravene kan gjennomføres og hvor kostnadene er langt mindre (Dahl, Nortvedt & Ligan, 2017).

I figur 1 vises veien til autorisasjon fra en utenlandsk sykepleier ankommer Norge (A) til han/hun eventuelt blir autorisert (D eller E).

Figur 1: Veien til autorisasjon

Sykepleier utdannet utenfor EU/EØS	Relevante myndigheter	Vedtak
A. Ankomst Norge	Utlendingsmyndigheter	Oppholdstillatelse
B.  knad om autorisasjon	Helsedirektoratet	Vedtak 1, 2, 3 eller 4 (beskrevet på side 4)
C. Gjennomføre vedtak	Helsedirektoratet innhenter tilbud for tilleggskrav.	Vedtak 1: Jevngod, og må gjennomføre tilleggskrav.
	Søker ordner selv veiledet praksis i norsk helsevesen.	Vedtak 2: Må gjennomføre praksis for å bli jevngod og deretter gjennomføre tilleggskrav.
	Søker gjennomfører kompletterende utdanning eller deler av enkeltemne ved universitet/høgskole samt veiledet praksis.	Vedtak 3: Må gjennomføre praksis og/eller enkeltemner for å bli jevngod og deretter gjennomføre tilleggskrav. 
	Søker gjennomfører sykepleier-utdanning på universitet/høgskole.	Vedtak 4: Avslag og anbefaling om å starte på nytt ved en sykepleier-utdanning og be om fritak for tidligere gjennomførte fag.
D. Gjennomført vedtak	Søke Helsedirektoratet om autorisasjon.	Vedtak eller avslag om autorisasjon.
E.  lighet for å påklage vedtaket.	Helseklage	Nytt vedtak: Avslag eller autorisasjon.

Hensikten med denne artikkelen er å få en forståelse av hvordan sykepleiere utdannet på Filippinene opplever veien mot autorisasjon i Norge.

Metode

Studien anvender kvalitative forskningsintervju basert på Kvale og Brinkmann (2015) med et hermeneutisk design. Hermeneutikk forstås som læren om fortolkning hvor formålet er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av teksten og hvor forskeren orienterer seg i en kontinuerlig dialektikk mellom selvfortolkning og fortolkning av andre (Kvale og Brinkmann, 2015).

Utvalg

Studiens utvalg ble rekruttert gjennom universitetets databasesystemer og sykepleierne ble forespurt anonymt via mail/informasjonskriv av studieadministrativt personale. Det studieadministrative personalet ble bedt om å gjøre et tilfeldig utvalg innen tre grupper av sykepleiere. De tre gruppene var fordelt ut fra ulike prosesser og veier til autorisasjon slik vedtak 2, 3 og 4 i figur 1 viser.

Sju kvinner og tre menn med en gjennomsnittsalder på 30 år, den eldste 38 år og den yngste 27 år var med i studien. Alle deltakerne var uteksaminerte sykepleiere med graden Bachelor of Science in Nursing på Filippinene mellom 2007 og 2012, og ankom Norge mellom 2009 og 2014 (hvorav halvparten i 2013). Sykepleierne hadde hatt opphold i Norge mellom 3 og 8 år og alle hadde arbeidet i norsk helsevesen som helsefagarbeidere, de fleste i eldreomsorgen. Fire av ti informanter hadde fått autorisasjon som helsefagarbeider før de reiste til Norge, mens de andre seks søkte og fikk autorisasjon som helsefagarbeider da de ankom Norge. Tre av deltakerne, utdannet i 2007 og 2012, har fått autorisasjon som sykepleier etter å ha gjennomført et kompletterende studie på 33 studiepoeng, to praksisperioder og Kurs i Nasjonal fag.

Gjennomføring

Datasamlingen ble utført våren og høsten 2017. De tre forskerne i prosjektet intervjuet hver sin gruppe, hvorav hver deltaker ble intervjuet individuelt, og en semistrukturert intervjuguide ble anvendt. Intervjuguiden besto av tre introduksjon av tre hovedspørsmål som omhandlet hvilken erfaring de hadde som sykepleier fra utdanning og yrke på Filippinene, hvordan de begrunnet valg av Norge som migrasjonsland og til slutt hvordan de opplevde veien mot autorisasjon i Norge. Intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert av profesjonelle. Intervjuene ble gjennomført der deltakerne ønsket, i all hovedsak i universitetets lokaler. Intervjuene varte mellom 35-60 minutter.

Dataanalyse

De transkriberte tekstene på cirka 70.000 ord ble analysert gjennom hermeneutisk meningsfortolkning i tre ulike fortolkningskontekster: Gjennom selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse (Kvale og Brinkmann, 2015). Hver av de tre forskerne foretok først en naiv lesing av tekstene for å danne seg et helhetsinntrykk. Tekstene ble deretter gjennomlest og diskutert av alle tre medforfattere. De meningsbærende enhetene ble markert i transkripsjonen, og senere satt inn i en tabell. Tekstene ble ut fra de meningsbærende enhetene kondensert. De kondenserte meningsbærende enhetene ble deretter kodet. Kodene er essensen i de kondenserte meningsbærende enhetene. Abstraheringen fortsatte og kodene ble delt inn i kategorier. Kategoriene utgjør det manifeste innholdet i teksten. Til slutt ble det dannet to tema 1) Erfaringer og opplevelse fra autorisasjonsprosessen 2) Erfaringer og

opplevelse fra egen utdanning. Det første overordnede tema knyttet til erfaringer og opplevelse fra autorisasjonsprosessen i Norge er aktuelt i denne artikkelen.

Meningsenheter	Koding	Kategorier
<i>Så etter å ha gjennomført kravene søkte jeg igjen og fikk avslag med å søke høgskole og be om fritak-da raste alt sammen</i>	Urettferdig og frustrerende	Opplevelse av veien til autorisasjon
<i>Jeg skjønner ikke hvorfor vedtakene blir slik de blir når vi har gått på samme skole. Er det bare flaks?</i>	Urettferdig og frustrerende	Opplevelse av veien til autorisasjon
<i>Vedtaket i SAK om å ta praksis i psykiatri, eldreomsorg og hjemmesykepleie og kurs i Nasjonale fagen venn hjalp meg ..da skrev jeg til helse-direktoratet og de sa jeg måtte skrive om søknaden og skrive tydelig og 8.mai klokka 2 fikk jeg autorisasjon...det er et vakkert ord....</i>	Et komplisert system	Opplevelse av veien til autorisasjon
<i>Når jeg er ferdig skal jeg gråte og ta sånn skikkelig ferie og så ønsker jeg egentlig å arbeide på sykehus....</i>	Framtidsutsikter	Opplevelse av veien til autorisasjon

Figur 2: Eksempel fra analyseprosessen

Etiske overveielser

Studien ble registrert i Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) og konfidensialitet er ivarettatt i alle ledd av forskningsprosessen. Det var av stor betydning at deltakerne ikke skulle føle seg presset til å være med fordi de var redde for at intervjuet kunne få negative konsekvenser for autorisasjonen og at det til enhver tid var mulighet for å trekke seg fra studien. Videre var det viktig å informere om og kontrollere at alle hadde forstått at å være med på prosjektet ikke ville påvirke autorisasjonsprosessen, hverken positivt eller negativt. Det ble kontinuerlig reflektert og diskutert hvordan språk, kultur og maktforhold mellom deltaker og forsker kan påvirke funnene.

Funn

Deltakerne mener at valg av sykepleieyrke er bestemt av familie eller et ønske fra det filippinske samfunn. Videre er viktigheten av å sende penger hjem som en takk for at familien har støttet dem økonomisk i få en utdanning, sentralt for alle deltakerne. En deltaker sier: *«Da jeg var ung var det veldig vanskelig økonomisk faktisk, for moren min skulle forsørge meg alene og det var onkler og tanter som betalte utdanningen min»*. Valg av Norge som migrasjonsland synes tilfeldig og funnene blir videre presentert ut fra hvordan sykepleierne fra Filippinene erfarer og opplever veien til autorisasjon i Norge. Tre hovedfunn trer frem når sykepleierne beskriver autorisasjonsprosessen: Opplevelse av urettferdig og frustrerende opplevelse av et komplisert system, men også opplevelse av gode framtidssutsikter.

Urettferdig og frustrerende

Veien til autorisasjon i Norge beskrives først og fremst som urettferdig, uforutsigbar, uforståelig og uverdigg, blant annet fordi deltakerne ikke forstår vedtakene og ikke opplever å bli verdsatt med den utdanningen de har med seg fra Filippinene.

Flere sier de har mistet tillit til norske myndigheter og beskriver opplevelsen rundt autorisasjonsprosessen som psykisk belastende med depresjon og manglende selvtillit som et resultat av å ikke bli godkjent som sykepleier.

De som har studert ved et ordinært bachelorløp i Norge, opplever det både urettferdig og lite tilfredsstillende å studere, fordi de mener de har mye av kunnskapen fra tidligere. Selv om de får fritak fra emner og skal gjennomføre kun 60 studiepoeng, må de følge progresjonen i utdanningen, og alle ser ut til å bruke minst to til tre år for å gjennomføre de 60 studiepoengene. De fleste arbeider i 80-100 % stilling ved siden av å studere for å kunne beholde arbeidstillatelsen. En deltaker sier: *«Sykdomslære, farmakologi og medisin er akkurat det samme som på Filippinene. Jeg jobber 100 % ved siden av å studere og tok bare ferie da jeg skulle i praksis ... jeg går egentlig ikke på forelesninger»*. Det kommer fram at de ikke helt forstår hvorfor de må ta enkelte fag som sykdomslære, da de mener å ha grundige kunnskaper om dette fra tidligere. Imidlertid forteller en at han ikke besto eksamen, men begrunner dette med språkproblemer.

De som ikke går på skole, men som må gjennomføre praksis for å bli jevn god, forteller om to jobber og bruker ofte ferien sin for å gjennomføre tilleggskravene. Flere undrer seg også over hvorfor de ikke får anvendt sin kompetanse, og som en sier: *«Det er veldig rart at Norge som trenger mange sykepleiere, og vi prøver men får avslag.»* Følelse av nedstemthet når de er utdannet sykepleiere, men får lønn og arbeidsoppgaver som helsefagarbeidere er fremtredende. Sykepleierne setter også ord på en redsel rundt å glemme det de har lært tidligere. Opplevelse

av urettferdighet blir videre knyttet til at andre sykepleiere med samme utdanning får ulike vedtak: *«Jeg hadde to venninner med nesten samme sak som fikk autorisasjon. Jeg klagde i nesten ett år og de sa de hadde forandret reglene. Jeg klagde til nemda også og de var veldig bestemt på å telle timer- det er urettferdig de kan ikke basere kunnskapen på timer på skolebenken!»*

Det mest frustrerende beskrives å handle om å gjennomføre vedtak fra Helse- direktoratet, for så å få et nytt avslag: *«Det er så frustrerende å investere penger og innsats og få nytt avslag etter å ha blitt ferdig med det de har bedt om.»* Dette sitatet viser også at det er svært økonomisk belastende, og en forteller å ha brukt 30.000 kroner for å kvalifisere seg. Enkelte har fått støtte fra Fagforbundet, men andre har ikke **ha** t noen økonomisk støtte til å gjennomføre tilleggskrav.

Et komplisert system

Økonomiske belastninger samt lang tid mellom hvert vedtak er dessuten framtrepende. For å beholde oppholdstillatelsen forteller flere av deltakerne at de må jobbe som helsefagarbeider samtidig som de gjennomfører krav som veiledet praksis og teori: *«Så etter å ha gjennomført kravene i praksis i 2011 fikk jeg avslag i 2014 og beskjed om å starte på høgskole og be om fritak- da raste alt sammen og jeg ble frustrert og gråt og gråt. Jeg hadde brukt veldig mye tid og penger».*

Vedtak som anbefalte gjennomføring av praksisemnene opplevdes ulikt, fra å være relevant til å være unødvendig. Flere har fått anbefalinger om å gjennomføre praksis i eldreomsorg, i geriatri og psykiatri og noen i tillegg kirurgi. Å finne praksisplass på egenhånd, som de måtte gjøre dersom de ikke var studenter ved høgskole/universitet, viste seg utfordrende, spesielt innen psykiatri.

Endring av regler gjør dem redde. Flere har fått ett vedtak, gjennomført anbefalingene for så å søke igjen og få avslag med ytterligere vedtak om å søke høgskole/universitet og be om fritak fra enkeltemner. Flere forteller i tillegg om problemer med å forstå hva vedtaket innbefatter og at det er et komplisert språk. En deltaker sier *«Det er også vanskelig å forstå vedtakene fordi de bare er på norsk.»* Flere formidler at de ikke har tillit til vedtakene, at de ikke stoler på myndighetene og forteller om venner som har gitt opp og fortsetter å arbeide som helsefagarbeidere.

Gode framtidsutsikter

Å utdanne seg som sykepleier på Filippinene er knyttet til en bedre framtid, noe følgende utsagn viser: *«Hvis du blir sykepleier har du en framtid og det er et stort behov for sykepleiere i hele verden».* Det at det ble Norge som migrasjonsland synes mer eller mindre vilkårlig. Enkelte ser for seg en lys og god framtid i Norge og spesielt kommer det fram hos de som har fått autorisasjon som

sykepleier. Gleden over å få autorisasjon kommer fram i dette sitatet: «*Herregud endelig- fra å plukke flasker, jobbe på Rema og i et bakeri til nå å ha hus og fast jobb som sykepleier, nå er det bare å nyte livet*». De beskriver dessuten ønsker for framtiden, at de vil ta videreutdanning eller at de ønsker å forske. Drømmen om å bli autorisert er størst, men det kan se ut som at det å arbeide som sykepleier på sykehus er den største drømmen for mange, noe dette sitatet illustrerer: «*Jeg har lyst til å jobbe på sykehus, det er spennende med masse prosedyrer og sånt, så jeg har lyst til å bli operasjonssykepleier*». Det synes imidlertid noe ulikt hvordan deltakerne trives med å arbeide i eldreomsorgen.

Diskusjon

Hensikten med studien var å få en forståelse av hvordan filippinske sykepleiere opplevde veien mot autorisasjon i Norge. Funnene viser at valg av sykepleieryrket er fundert i filippinske myndigheters og familiens ønske, og at veien til autorisasjon i Norge oppleves urettferdig og komplisert, samtidig som de innehar et framtidshåp. Deltakerne synes å ha reist fra Filippinene av fri vilje og med et ønske om å sende penger hjem til familien. Dette er i tråd med filippinske myndigheters remitteringspolitikk (Rodriguez, 2010; Isaksen 2010, 2012; Dywili, et.al, 2013; Delucas, 2014) og ivaretar WHO sin globale kode for rekruttering av helsepersonell, men kan skape kvalitetsutfordringer for både helsevesen og utdanning (Ortiga,2014). Filippinene regnes ikke som et land med kritisk mangel på helsepersonell. De uttrykker at valg av Norge som migrasjonsland synes mer eller mindre tilfeldig, men at kunnskap om vestens behov for sykepleiefaglig kompetanse er en bevisst vurdering for å migrere.

Jevngod og kompetent sykepleier - hva er rettferdig og hvem bestemmer?

Et gjennomgående resultat er at sykepleierne opplever at norske myndigheter ikke forstår og heller ikke viser respekt for utdanningen fra Filippinene. Dette er i tråd med en studie fra Canada hvor kravet om språklig og faglig kompetanse skulle vurderes og hvor de filippinske sykepleierne var bekymret og ikke hadde mulighet for å arbeide mens de gikk på skolen (Hawkins & Rodney, 2015). De beskriver hvor krevende og hard utdanningen i hjemlandet er, som er i tråd med en studie hvor stolthet er framtreddende blant asiatiske sykepleiere som bor og jobber i Norge (Dahl, et.al, 2017).

Det er et stort behov for sykepleiekompetanse for å dekke omsorgsbehovet i Norge og andre industrialiserte land (Eggen, 2018; Gautum, 2016; Delucas, 2014). Samtidig ser vi en klar tendens til at deltakerne opplever at de ikke får tatt nok sin kompetanse, og er redd for å glemme det de har lært på Filippinene. Mangelfull bruk av kompetanse er også fremhevet i rapporten fra Nordisk ministerråd samt i ulike studier (Moyce et.al, 2015; Munkjordet, 2017). En etnografisk studie fra Storbritannia viser at 21 høyt kvalifiserte sykepleiere fra Nepal ikke fikk anvendt sine kvalifikasjoner i sykehjem (Adgikari & Melia,

2015). Er det slik at det som er lært i filippinsk utdanning ikke er relevant for sykehjem? Filippinsk utdanning har ikke praksis i eldreomsorg, men hvorfor har en helsefagarbeider kompetanse til å arbeide i eldreomsorgen, men ikke sykepleieren? Hva er rettferdig vurdering av kompetanse når teori og praksis skal sammenlignes og jevngodhet vurderes? Jevngodhet forsås i lovverket som en utdanning som i det vesentlige har teori og praksis som tilsvarer norsk utdanning, samt tilstrekkelig bredde og fordypning i enkelte fag (Helsedirektoratet, 2012). Det er problematisk når to ulike utdanninger skal vurderes, og det krever innsikt i begge utdanninger når denne vurderingen skal gis. EU sitt direktiv om utdanning (Utenriksdepartementet, 2009) viser omfang ved å telle timer, og er en svært uklar og utilfredsstillende indikator når en skal vurdere ulike utdanninger opp mot innhold i antall timer, noe en deltaker også påpeker. På den annen side blir sykepleieutdanning gjennomført innenfor EU-land automatisk godkjent av Helsedirektoratet. En kan undre seg over om nevnte godkjenning alltid ivaretar pasientsikkerhet og tillit til helsevesenet når det ikke stilles noen tilleggskrav til slik utdanning. Arbeidsgiver kan imidlertid stille krav til for eksempel språklig kompetanse.

Det at mange av deltakerne fått et vedtak, gjennomfører anbefalingene for så å få et nytt vedtak med nye anbefalinger om å starte helt på nytt, synes også svært problematisk. Imidlertid er hensyn til pasientens sikkerhet samt faglig forsvarlighet noe som vil være overordnet deltakernes opplevelse av en rettferdig vurdering.

Skillet mellom når en er jevngod og hva som legges til grunn som tilleggskrav for å bli autorisert, ser ut til å være ulikt og oppleves urettferdig, spesielt når reglene og praktisering av reglene stadig endres. Dette ble også beskrevet som problematisk for filippinske sykepleiere i Canada (Hawkins & Rodney, 2015). Sett i lys av internasjonale studier, viser det seg at i Storbritannia, USA og Australia foretar «board of nursing» de faglige vurderingene (Pendergast, 2005; Mcgills Hall et.al, 2014; England & Henry, 2013). Vurderinger av innholdet i utenlandsk utdanning knyttet til jevngodhet og kyndighet er komplisert, og det er etter vår mening sentralt at helsemyndigheter og utdanningsmyndigheter samarbeider om hva som skal kreves for å bli autorisert, hvor innhold i vurderingen av jevngodhet må ligge hos utdanningsmyndighetene.

Den nye norske forskriften av 2017 (Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell, 2016) har forutsigbare løsninger på veien til autorisasjon for helsepersonell utdannet utenfor EU, med et tydeligere forløp og med tilleggskrav som må gjennomføres innen tidsfrister. Tilleggskravene var kostbare, ettersom kravet for jevngodhet pålegger norskferdigheter, kurs i nasjonale fag og fagprøve. Nevnte kurs og prøver er for en sykepleier estimert til cirka 30.000 norske kroner, og vi stiller spørsmål om det er rettferdig og en verdig bruk av sykepleiernes tid, økonomi og kompetanse.

Overgangsreglene fra gammel til ny forskrift synes problematisk, også fordi flere sykepleiere fra Filippinene «faller mellom to stoler». For eksempel vil sykepleiere innen gammel ordning, som har fått anbefaling om å gjennomføre tilleggskrav som kompletterende utdanning eller praksis innen 2017, kanskje ikke ha mulighet til å gjennomføre tilleggskravet før i 2018, hvor ny forskrift er gjeldende (Dahl, Nortvedt & Ligan, 2017). Det kan være utfordrende å gjennomføre tilleggskravene innen gitte tidsfrister når mange sykepleiere må arbeide samtidig med at de gjennomfører tilleggskravet.

Det er forfatterens oppfatning at det må legges til rette for å utnytte kompetansen til filippinske sykepleiere ved samtidig å legge til rette for et forutsigbart og verdig løp.

Studiens begrensninger

Studien har noen begrensninger. Det er kun ti deltakere inkludert og overførbarheten ikke gjelder alle filippinske sykepleiere som søker autorisasjon. Imidlertid stemmer mange av deltakernes beskrevne erfaringer med inntrykk to av forskerne har fått via mange års studentarbeid med denne gruppen sykepleiere. Det må videre påpekes at møtene gjennom ulike kurs med filippinske sykepleiere kan være en annen begrensning, da for forståelsen kan ha påvirket resultatene, noe vi har vært oss bevisst både i intervjuene og i analysearbeidet.

Avsluttende refleksjon

Filippinske myndigheters remitteringspolitikk er et tveegget sverd hvor det på den ene siden er avgjørende for filippinsk økonomi at migranter sender penger hjem, fordi det er en betydningsfull del av landets brutto nasjonal produkt. På den annen side kan det få negative konsekvenser når resurssterke og faglig dyktige sykepleiere reiser ut og taper landet for kompetanse.

Vi har gjennom denne studien sett at det er store forbedringspotensialer med hensyn til hvordan filippinske sykepleiere blir møtt av norske myndigheter, både innen det norske helsevesen og innen utdanning, noe forskningsmiljøer bør ta innover seg og framskaffe mer kunnskap om, men da knyttet til sykepleiere og annet helsepersonell fra ulike land i verden. Basert på denne studien mener vi det bør være utdanningsmyndighetene som vurderer utenlandsk utdanning, mens helsemyndighetene bør vurdere helsetjenesten og at utlendingsmyndighetene vurderer migrasjon. Dette må videre være forankret i lovverket og stiller store krav til samarbeid på tvers av de ulike departement og underliggende myndigheter innen helsevesen, utdanning og migrasjon. Slik vi ser det, vil nevnte forslag kunne bidra til at sykepleiere utdannet utenfor EU møter et verdig og forutsigbart løp for autorisasjon til beste for norsk helsevesen.



Litteratur

- Adgikari,R. og Melia,K.M. (2015).The (mis)management of migrant nurses in UK: a sociological study. *Journal of Nursing Management*, 23, 359-367.
- Ched Memorandum Order (2009). *Policies and standards for bachelor of science in nursing program*. Hentet fra <https://www.scribd.com/doc/17353767/CHED-MEMORANDUM-ORDER-CMO-No-14-Series-of-2009-PinoyRN-net>
- Dahl, K., Dahlen, K. J., Larsen, K., og Lohne, V. (2017). Conscientious and proud but challenged as a stranger: Immigrant nurses' perceptions and descriptions of the Norwegian healthcare system. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(3), 143-150.
- Dahl, K. Nortvedt, L. og Ligan, C.B. (2018). *Kompletterende sykepleierutdanning gir verdig vei mot autorisasjon*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2018/03/kompletterende-sykepleierutdanning-gir-verdig-vei-mot-autorisasjon>
- Debesay J. Tschudi-Madsen C. Migrasjon, helse og profesjon. Oslo: Gyldendal; 2018.
- Dywili, S., Bonner, A., og O'Brien, L. (2013). Why do nurses migrate? - a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 511-520.
- Delucas, A.C. (2014). Foreign nurse recruitment: Global risk. *Nursing Ethics*, 21(1), 78-65.
- Efendi,F.,Nursalam,N.,Kurniati,A .og Gunawan,J.(2018)Nursing qualification and workforce for the Association of Southeast Asian Nation Economv Community. *Nursing Forum* 53(2)
- England, K og Henry, C (2013).Care work, migration and citizenship: international nurses in the UK. *Social & Cultural Geography*, 14(5), 558-574.
- Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell. (2016). Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits av 19 desember 2016 nr 1732. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-19-1732?q=forskrift om tilleggskrav](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-19-1732?q=forskrift%20om%20tilleggskrav)
- FN-sambandet. (2016). Hentet fra <https://www.fn.no/Land/Filippinene>
- Gautun, H. Øien,H.og Bratt C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende (NOVA rapport 6/2016).
- Freeman, M., Beaulieu L. og CrawleyJ. (2015) Canadian Nurse Graduates considering Migrating Abroad for Work: Are Their Expectations Being Met in Canada? *The Canadian journal of Nursing Research*. 47(4)80-96.
- Gautun, H. Øien, H. og Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende konsekvens av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. NOVA rapport 6/16
- Hawkins, M og Rodney. (2015).A precarious Journey: Nurses from the Philippines seeking RN Licensure and Employment in Canada. *The Canadian Journal of Nursing Research*. 47(4)97-112.

- Helsedirektoratet (2018). NHSP 2020-2023-Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet «Helsepersonell med utdanning fra utlandet». Rapport IS-2792
- Helsedirektoratet. (2007). *En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell* (IS-1490). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/en-solidarisk-politikk-for-rekruttering-av-helsepersonell>
- Helsedirektoratet (2010). Brukerveiledning til WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell (IS-0315). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/787/Bruker-veiledning-til-whos-globale-kode-for-internasjonalt-rekruttering-av-helsepersonell-IS-0315.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2 juli 1999 nr.64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
- Helsedirektoratet(2012) Helsepersonelloven med kommentarer IS-IS-8-2012. Hentet fra <https://lovd.ata.no/static/ROO/is-2012-0008.pdf>
- Isaksen, L. W. (2010). Transnational care: The social dimensions of international nurse recruitment. In L. W. Isaksen (Ed.), *Global Care Work: Gender and Migration in Nordic Societies* (pp. 137-158). Lund: Nordic Academic Press.
- Isaksen, L. W. (2012). Transnational Spaces of Care: Migrant Nurses in Norway. *Social Politics*, 19(1), 58-77.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Fastsatt 25.januar 2008 av Kunnskapsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kvale, S., og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mcgillis Hall, L. ; Gates, M., ; Peterson, J. Jones, C., og Pink,GH.(2014). Waiting and watching: Nurse migration trends before a change to the National Council Licensure Examination as entry to practice for Canada's nurses, *Nursing Outlook*, 62(1), 53-58.
- Moyce, S., Lash, R., og de Leon Siantz, M. L. (2015). Migration Experiences of Foreign Educated Nurses: A Systematic Review of the Literature. *Journal Of Transcultural Nursing: Official Journal Of The Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*. 27(2),181-188.
- Munkejord, M. C. (2017). "I Work With my Heart":Experiences og Migrant Care Workers in a Northern,Rural Context.*Population Ageing*,10:229-246.
- NOKUT (2016). Filippinene. Hentet fra <https://www.nokut.no/databaser-og-fakta/nokuts-landdatabase2/nokuts-landdatabase/filippinene/>
- Nordisk Ministerråd. (2017a). *Utdanning, arbeid og integrering i Norden: – Kartlegging av godkjenningsordninger for utenlandske utdanninger, yrkeskvalifikasjoner og kompletterende utdanninger. Delrapport 1* (TemaNord 2017:556).

- Nordisk Ministerråd. (2017b). *Utdanning, arbeid og integrering i Norden: – Kartlegging av godkjenningsordninger for utenlandske utdanninger, yrkeskvalifikasjoner og kompletterende utdanninger. Delrapport 2* (TemaNord 2017:557).
- Nursing and midwifery Board og Australia (2019). Hentet fra <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-and-Endorsement/International.aspx>
- Ortiga, Y. Y. (2014). Professional problems: The burden of producing the 'global' Filipino nurse. *Social Science & Medicine*, 115, 64-71.
- Pendergast, J.M. (2015). International Health Care Professional Migration. *Journal of Nursing Law* (10)4, 208-213.
- Rodrigues, R.M. (2010) Migrant for export. How the Philippine State brokers labour to the world. Minneapolis, Minnesota: University of Minnesota Press.
- Ronquillo, C., Boschma, G., Wong, S. T., og Quiney, L. (2011). Beyond greener pastures: exploring contexts surrounding Filipino nurse migration in Canada through oral history. *Nursing Inquiry*, 18(3), 262-275.
- Samfunnsøkonomisk analyse. (2018). Helse-Norge 2040: hvordan vil framtiden bli? Hentet fra <http://www.samfunnsokonomisk-analyse.no/nye-prosjekter/2018/1/19/helse-norge-2040-hvordan-vil-framtiden-bli>
- Statistisk Sentralbyrå (2018). 14 prosent av befolkningen er innvandrere. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/14-prosent-av-befolkningen-er-innvandrere>
- Takeno, Y. (2010). Facilitating the transition of Asian nurses to work in Australia. *Journal of Nursing Management*. 18, 2015-224.
- Utenriksdepartementet (2009). Europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EF av 7. september 2005 om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner: uttrykt vedlegg til St.prp. nr. 29 (2007-2008). Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/ud/rapporter_planer/rapporter/vedlegg_utrykte/europaparlaments_radsdirektiv_200536/id494917