



UNIVERSITETS- OG HØGSKOLERÅDET

The Norwegian Association of Higher Education Institutions

Nasjonal fagstrategisk enhet for utdanning og forskning innen helse- og sosialfag
(NFE-HS)

Merverdi av master i sykepleie

**Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Nasjonalt profesjonsråd for
utdanning og forskning innen sykepleie**

Oslo, 28.08.2016

Innholdsfortegnelse

Innledning	s. 3
Premisser for arbeidet	s. 3
Bakgrunn for arbeidet	s. 4
DEL 1: Oppsummering av forskningslitteraturen som evaluerer masterutdannede sykepleiere.....	s. 5
Metodisk tilnærming for å identifisere og oppsummere forskningslitteraturen	s. 5
Presentasjon av funnene	s. 6
Masterutdannede sykepleiere i spesialisthelsetjenesten	s. 6
Masterutdannede sykepleiere i overføringen fra spesialist- til primærhelsetjenesten (transitional care)	s. 8
Oppgaveglidning i spesialist- og/eller primærhelsetjenesten	s. 9
Masterutdannede sykepleiere i primærhelsetjenesten	s. 12
Annet	s. 13
Oppsummering	s. 13
DEL 2: Oppsummering av erfaringer knyttet til merverdi av Masterutdannede sykepleiere	s. 15
Hva innebærer videreutdanningsnivået?	s. 15
Dagens praksis	s. 15
Merverdi for helsetjenesten og pasienten	s. 16
Merverdi for sykepleiere og studenter	s. 19
Merverdi for utdanningsinstitusjonene	s. 20
Oppsummering og refleksjoner	s. 21
Konklusjon og anbefalinger	s. 22
Referanser	s. 23

Merverdi av master i sykepleie

Innledning

Denne rapporten er skrevet på oppdrag av Universitets- og høyskolerådet (UHR), som ba Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen sykepleie (NPR Sykepleie) om å utrede følgende:

“utvikle en argumentasjon som viser merverdien mastergradsutdanning vil kunne ha for kvaliteten på tjenesteytingen og pasientsikkerheten”. Det heter videre at “Arbeidet bør ta utgangspunkt i nivået på dagens videreutdanninger i kontrast til mastergradsnivået, og understøttes gjennom forskningslitteratur”.

Arbeidet er en videreføring av Universitets og høyskolerådets rapport ”Innpasning av videreutdanninger i mastergrad” (2014). En annen arbeidsgruppe fikk i kjølvannet av samme rapport i oppdrag å utrede videre spørsmål knyttet til blindveier i utdanningssystemet og organisering av studietilbudene.

NPR sykepleie opprettet følgende arbeidsgruppe til å besvare mandatet:

Viggo Mastad

Margrete Hestetun

Grete Samstad

Kari Sunnevåg

Lise Sandnes

Marit Kirkevold

Mastad, Hestetun, Samstad, Sunnevåg og Sandnes har hatt hovedansvar for del II av rapporten. Mastad har ledet arbeidet. Kirkevold har hatt hovedansvar for del I og for slutføring av den endelige rapporten.

I tillegg har forskningskoordinator Linda Aasvanger ved Universitetet i Oslo (UiO) yttet vesentlig bistand til arbeidsgruppen ved å gjennomføre et grundig litteratursøk og systematisere artiklene og ekstrahere vesentlig informasjon.

Premisser for arbeidet

Da det ikke ble tildelt spesifikke ressurser til arbeidet, har en måttet begrense omfanget av det. Det ble uttrykt et ønske fra UHR om at arbeidet også skulle inkludere de sosialfaglige mastergradene og at en skulle samarbeide med Nasjonalt profesjonsråd i vernepleie om oppdraget. Dette var det ikke mulig å få til innen den tidsrammen og ressursene vi hadde tilgang til. Man har derfor sett seg nødt til å begrense rapporten til merverdi innen sykepleiefaget. Det må videre presiseres at arbeidsgruppen har avgrenset litteraturgjennomgangen til mastere i sykepleie med klinisk innretning. Det betyr at mastere med mer akademisk innretning og tverrfaglige mastere av relevans for sykepleie ikke er med i materialet. Disse er ikke eksplisitt ekskludert, men kom ikke opp i søkene vi gjorde, enten fordi det ikke er gjort en tilsvarende evaluering av dem eller at våre søkeord ikke fanget dem opp. Det betyr selvfølgelig ikke at disse typene mastere er uten betydning for kvaliteten på tjenesteytingen og på pasientsikkerhet. Materialet er imidlertid ikke tilstrekkelig for å kunne vurdere dette.

Det ble uttrykt et ønske om at forskningslitteratur skulle benyttes i arbeidet. Det må presiseres at det ikke har vært mulig å identifisere litteratur som spesifikt sammenligner evt. forskjeller (merverdi) av masterutdanning sammenlignet med dagens videreutdanninger. En har derfor tatt utgangspunkt i evalueringsstudier av masterutdannede sykepleiere.

Oppdraget er løst på følgende måte:

1. Det er gjennomført en review av internasjonal forskningslitteratur som omhandler betydningen av mastergrad innen sykepleie for kvaliteten på tjenesteyting og pasientsikkerhet.
2. Det er nedsatt en arbeidsgruppe bestående av representanter fra utdanningssektoren og praksis som har drøftet merverdi av masterutdanning utfra egne erfaringer og kunnskap.

Det er ikke uten videre mulig å integrere disse to delene. Den første tar utgangspunkt i internasjonal vitenskapelig litteratur, den andre i norske erfaringer og forhold. De presenteres derfor som to deler i rapporten. Imidlertid prøver vi å trekke resultatene fra del I inn i del II der vi mener det er relevant.

Bakgrunn for arbeidet

I de senere år har diskusjonen om kompetanse innen helsetjenesten generelt og sykepleietjenesten spesielt vært hyppig debattert. Dette har blant annet ledet til introduksjonen av et helt nytt begrep – «mastersyke». Argumentet har vært at en ikke trenger så mange personer med mastergrad som det høyskoler og universiteter legger opp til og som søkningen til studiene tilsier. Sykepleiefaget har vært særlig trukket frem i denne sammenheng. På den annen side påpeker en rekke offentlige dokumenter at samfunnet generelt og helse- og omsorgstjenestene spesielt har behov for høyere kompetanse, både klinisk og når det gjelder fagutvikling og forskning. I Samspillmeldingen (Meld St nr 13 (2011-2012)) påpekes det at dagens videreutdanninger ofte er blindveier i utdanningssystemet og at det er ønskelig at de integreres i, eventuelt kan bygges på, til mastergrad. Tilsvarende poeng fremheves i HelseOmsorg 21 strategien, hvor det understrekes at spesialistutdanningene for helsepersonell med treårig grunnutdanning må integreres i ordinære studieløp (d.v.s. bachelor, master, ph.d.). Her påpekes også behovet for høyere kompetanse innen forskning og metode for å styrke samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og for å styrke kvaliteten på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Primærhelsetjenestemeldingen (Meld St nr 26 (2014-2015)) tar særlig for seg behovet for avansert klinisk kompetanse. Regjeringen ønsker å vurdere behovet for utdanninger etter modell av de såkalte nurse practitioner (eller advanced clinical nursing) utdanningene som tilbys i mange land i Europa, USA, Australia og New Zealand. Denne typen masterutdanninger er nylig introdusert i Norge; det første programmet ble etablert ved Universitet i Oslo i 2011 med primær innretning mot kompetansebehovet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i kommune. Det finnes nå også lignende program ved flere andre høyskoler i Norge, både rettet mot kommune- og spesialisthelsetjenesten. Sistnevnte er i tråd med føringene som gis i Nasjonal helse- og sykehusplan, hvor behovet for avansert klinisk kompetanse på masternivå for sykepleiere i sykehus understrekes og indremedisin fremheves særskilt.

Det foreliggende arbeidet tar utgangspunkt i at samfunnet trenger kompetanse på rett nivå for å kunne yte forsvarlige og gode tjenester. Med stadig mer kompliserte pasientbehov og behandlinger, økt grad av behandling og oppfølging utenfor spesialisthelsetjenesten, kortere,

mer akutte sykehusopphold og flere pasienter med langvarige, ustabile tilstander, samt variable og sammensatte behov, øker kravene til tjenestene og pasientsikkerhet blir mer krevende å ivareta. Pasientene vil i økende grad bevege seg mellom helsetjenestenivåene og ha komplekse behov også når de befinner seg hjemme og mottar kommunale tjenester. Dette utfordrer den klassiske arbeidsfordelingen i helsetjenesten, hvor de høyspesialiserte, kompetansekrevende tjenestene ytes i spesialisthelsetjenesten og de mindre kompetansekrevende grunnleggende tjenestene ytes i kommunehelsetjenesten. Disse endringene fører til økt behov for kompetanse på tvers av tjenestenivåene. Norge har i mange år hatt gode videreutdanninger innen sykepleie som i stor grad har imøtekommet behovet for spesialistkompetanse innen sykepleie. Samtidig har en i økende grad sett behovet for økt akademisk kompetanse for å ivareta fagutviklingsbehovene i tjenestene. Dette har bidratt til økende etterspørsel etter masterutdanning innen sykepleie. Men i lys av at det også blitt reist spørsmål ved i hvilket omfang en trenger masterutdannede sykepleiere i helsetjenesten og at utdanningene ikke møter helsetjenestens behov, blir spørsmålet om merverdien av masterutdanning i sykepleie meget aktuelt. I det følgende gjennomgås derfor relevant forskningslitteratur som kan belyse merverdien av masterutdanning innen sykepleie, samt at erfaringene med videreutdanninger belyses.

DEL 1: Oppsummering av forskningslitteraturen som evaluerer masterutdannede sykepleiere

Metodisk tilnærming for å identifisere og oppsummere forskningslitteraturen

For å kunne vurdere merverdien av en master i sykepleie, ble det foretatt et systematisk søk i internasjonal litteratur. (Et foreløpig søk i norsk/nordisk litteratur gav ikke relevante resultater).

Målet med litteratursøket var å få en oversikt over den internasjonale forskningen som kunne belyse «*merverdien mastergradsutdanning vil kunne ha for kvaliteten på tjenesteytingen og pasientsikkerheten*». Dette definerte vi som i hvilken grad masterutdannede sykepleiere gjør en forskjell med tanke på kvaliteten på sykepleien/ helsehjelpen, om de kan løse oppgaver like effektivt som andre yrkesgrupper i helsevesenet (oppgaveglidning) og om masterutdannede sykepleiere bidrar til kostnadseffektive helsetjenester.

Det ble foretatt et systematisk søk i databasene CINAHL og PubMed i desember 2015. Søkeordene ble først inndelt etter kategori (f.eks. utfører, utfall etc.). Alle søkeordene innenfor hver kategori ble kombinert med OR, og deretter ble utfallet av de ulike nivåene kombinert med AND. Eksempelvis ble det søkt på ulike begreper innenfor “utfører-kategorien” (Practitioners) som Advanced practice nurses (APNs), Nurse practitioner (NP), Clinical nurse specialist (CNS) og Master-prepared nurses, som deretter ble kombinert med søkeord innenfor ‘utkomme-/ utfall-kategorien’ som Outcomes, Outcomes of care, Impact, Outcome Assessment og Nursing Assessment.

Innenfor sykepleie ble det funnet svært mye forskningslitteratur på et bredt felt, og vi valgte derfor å innsnevre søket til å gjelde systematiske litteraturgjennomganger (reviews)

vedrørende effekten av masterutdanning på pasient-/klient- utkomme, samt på kvalitet, tilgjengelighet og pasientsikkerhet i helsetjenestene. Søket ble begrenset til 1995-2015.

Etter en første gjennomgang av trefflistene ble 88 potensielt relevante artikler valgt ut etter tittel. Deretter ble artikler som ikke omhandlet en systematisk gjennomgang av resultatene av empiriske evalueringsstudier av masterutdannede sykepleiere ekskludert (totalt 44). De resterende 44 artiklene ble samlet i en litteraturlitertidbase.

Videre ble artiklene gjennomgått i fulltekst for å trekke ut hovedresultatene. Denne gjennomgangen resulterte i at ytterligere 16 artikler ble ekskludert, da de viste seg å ikke omhandle evalueringsstudier av masterutdannede sykepleiere eller fordi de ikke var tilstrekkelig tydelige på hvilken utdanningsbakgrunn sykepleierne hadde. De 28 inkluderte artiklene i litteraturlitertidgangen blir oppsummert i tabeller (se nedenfor i kapitlet Oppsummering av funnene). Det er ikke foretatt en systematisk kvalitetsvurdering av alle artiklene ut fra etablerte kriterier og gjennomgangen er begrenset til en oppsummering av forfatternes hovedfunn og konklusjoner. De inkluderte artiklene er publisert i tidsrommet 2002 til 2015.

Presentasjon av funnene

Ut fra innhold og fokus i artiklene, har vi klassifisert resultatene i fem tematiske kategorier; (a) effekten av masterutdannede sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, (b) effekten av masterutdannede sykepleiere på kvaliteten og pasientsikkerheten ved overføring fra et tjenestenivå til et annet (eller fra en type tjeneste til en annen), (c) effekten av oppgaveglidning i spesialist- og primærhelsetjenesten og (d) effekten av masterutdannede sykepleiere i primærhelsetjenesten. Vi har også en «annet» kategori for studier som ikke omhandlet noen disse temaene, men som belyser faktorer av betydning. I det følgende oppsummeres resultatene i hver av disse kategoriene. De aller fleste artiklene er publisert av forfattere fra USA eller England.

Masterutdannede sykepleiere i spesialisthelsetjenesten

I denne kategorien identifiserte vi 7 systematiske reviews. Mange av studiene i denne kategorien omhandler masterutdannede sykepleiere (og til dels andre yrkesgrupper, slik som physician assistants) i ulike typer akutt- og/eller intensivfunksjoner. Som regel fungerer disse utøverne i høyt spesialiserte avdelinger og team. Studien viser generelt positiv effekt av disse rollene. En har sett på pasientutfall som overlevelse, komplikasjoner, lengden på sykehusopphold på spesialavdelinger så vel som på det totale oppholde og på pasienttilfredshet og livskvalitet. Studien er oppsummert i tabell 1.

Tabell 1: Masterutdannede sykepleiere i spesialisthelsetjenesten

Studie id	Hensikt	Resultat	Konklusjon
Jennings N, et al. (2015) The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review (Aus, New Zealand, USA, UK, Canada, Nederland)	Evaluere effekten av «nurse practitioners» (NPs) i «emergency departments»/legevakt på sykehus og/eller i primærsektor (kostnad, kvalitet, tilfredshet, ventetid)	14 studier av NPs i legevakt (emergency room) viser positiv effektivitet på kvalitet (korrekt utredning og behandling), pasienttilfredshet, ventetider, og muligens kostnader (Ikke mulig å trekke konklusjoner vedr. kostnader, kun en studie).	«Emergency nurse practitioners» synes å bidra til bedre tjenester, mer tilfredse pasienter og kortere ventetider.
Walter, E. (2015) The Role and Impact of the Specialist Trauma Nurse: An Integrative Review (USA, Aus, England, New Zealand)	Undersøke betydningen av spesialist «trauma nurses» på sykehus mtp helsestjenestekvalitet etter alvorlig skade	Det synes klart at tilstedeværelse av "specialist trauma nurses" er nyttig for pasientene, men inkonsistens mtp finansiering, ressursfordeling, og akkreditering er områder som trenger mer oppmerksomhet for å sikre optimal utnyttelse av rollen..	Videre forskning anbefales
McAfee J, (2012) Developing an advanced practice nurse-led liver clinic	Undersøke hvilken påvirkning «advanced practice nurses» (APNs) kan ha på pleien av ESLD-pasienter (end-stage liver disease).	Resultatene fra reviewen støtter APNs analyser, vurderinger, diagnoser, behandling, intervensjoner og evaluering av ESLD-pasienter. Litteraturen viser også at pasientene håndterer symptomer bedre i en poliklinisk setting, hvilket legger til rette for lavere sykehus- og forsikringsutgifter.	APNs ekspertise og ferdigheter bidrar til en trygg, kompetent og god standard på pasientpleien. En APN-ledet ESLD-klinikk kan være en økonomisk og logisk tilnærming til denne pasientgruppen.
Moore J, et al. (2012) The clinical nurse specialist in chronic diseases (USA, UK, Swe, Aus, DK)	Evaluere effekten av «clinical nurse specialist» (CNS) rollen for kronisk syke pasienter	14 evalueringsstudier, 6 med fokus på kreftpasienter og 8 med fokus på hjertekar-populasjoner. Studiene , primært randomiserte kontrollerte forsøk (RCTs), tyder på at CNS tilbudene (opplæring, oppfølging) bidrar til bedre livskvalitet for pas. og pårør., økt tilfredshet m/tjenestene, bedre utfall i form av reduserte reinnleggelser (antall, lengde) og reduserte kostnader.	«Clinical nurse specialists» utførte høy kvalitet og kostnadseffektiv pleie til pasienter med kroniske lidelser. Større, mer robuste studier trengs.
Hoskins R (2011) Evaluating new roles within emergency care: A literature review (Aus, Canada, UK, USA)	Undersøke «emergency nurse practitioners» (ENPs) rolle, pasienttilfredshet med ikke-medisiner-rollen i akutenhet (legevakt), og aksepten av ENPs i et profesjonelt helsetjenesteperspektiv	«Scope of practice» varierte og var generelt snevrere i UK enn i andre land. Det ble funnet høy grad av pasienttilfredshet med de nye rollene. Resultatene var generelt gode, men det er uklart om sykepleierne (og de andre i extended roles) brukte mer tid enn legene og i tilfelle hvorfor.	Det er generell enighet om at ikke-medisinske roller bidrar til å redusere ventetiden på akuttavd. i tillegg til høy grad av pasienttilfredshet, tillit og anerkjennelse av disse rollene.
Ndosi M, et al. (2011) The effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: A systematic review	Undersøke effekten av sykepleier-styrt oppfølging av reumatoid leddgikt	Fire RCTs med god kvalitet har undersøkt effekten av sykepleieleddet oppfølging av RA pasienter sammenlignet med vanlig oppfølging. Det var ingen forskjeller i sykdomsutfallsmål (non-inferiority), blandede resultater mht smerte og tilfredshet og positive resultater for livskvalitet, pas.kunnskap og fatigue.	Sykepleieleddet RA oppfølging fører ikke til dårlige kontroll av sykdommen, men bidrar til bedre livskvalitet, bedre pas. kunnskap og redusert fatigue. Mer forskning nødvendig.
Kleinpell RM, et al. (2008) Nurse practitioners and physician assistants in the intensive care unit: an evidence-based review	Vurdere effect/betydning av NPs (og physician assistants) i intensivavdelinger og identifisere implikasjoner for "critical care practice"	31 primærartikler beskriver bruk av NPs and PAs i intensiv og/eller annen akutt-kritisk behandling/omsorg. Studiene tyder på at både NPs and Pas bidrar positivt til bedre utfall for pasientene og for mer effektiv behandling. Kun to RCTs, som fant lav evidens for støtte til bruk av NPs og PAs i akutt- og intensivavdelinger.	Behov for mer forskning som ser på ulike modeller for bruk av NPs, PAs, pasient-utfall, inkl. økonomiske aspekter.

Studiene tyder på 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 (respiratorpasienter, multitraume pas. etc.) og til bedre pasienttilfredshet og livskvalitet. Imidlertid er evidensen variabel, da det er stor variasjon i primærstudienes design.

Masterutdannede sykepleiere i overføringen fra spesialist- til primærhelsetjenesten

Et område som har fått betydelig mindre oppmerksomhet er effekten av å inkludere masterutdannede sykepleiere i overføringen av pasienter fra spesialist- til primærhelsetjenesten («transitional care»). Denne overgangen har vist seg å være et sårbart punkt i pasientforløpet grunnet kompetanseforskjeller på de to tjenestenivåene, kommunikasjonssvikt, uavklarte forventninger og/eller uenighet om ansvarsfordelingen mellom tjenestenivåene. I tabell 2 er de to systematiske reviewene vi har identifisert oppsummert.

Tabell 2: Masterutdannede sykepleiere i overføring fra spesialist- til primærhelsetjenesten (transitional care)

Studie id	Hensikt	Resultat	Konklusjon
Bryant-Lukosius D, et al. (2015) The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review (USA, England)	Evaluere den kliniske effekten og kostnadseffektiviteten av CNSs på overføring fra sykehus til hjem	Studiene omfatter fire pasientgrupper: Kreftopererte, hjertesvikt, eldre og høyrisiko gravide. 13 RCTs tyder på at alle fire pasientgrupper hadde positiv effekt av CNS tjenester. Redusert mortalitet for cancer og hjertesviktpas. Reduserte reinnleggelse og redusert, lengde på sykehusoppholdet og økt pasienttilfredshet.	CNS bedrer pasientutkomme, reduserer sykehusopphold (lengde og reinnleggelser) og kan bidra til reduserte kostnader, men evidensen er begrenset.
Donald F, et al. (2015) Hospital to community transitional care by nurse practitioners: a systematic review of cost-effectiveness (USA, UK, Canada)	Evaluere kostnadseffektiviteten av NPs i «transitional care»	Både NPs som erstattet og NPs som supplerte legetjenester, resulterte i bedre resultater (redusert reinnleggelse v/90 dager), bedre pasienttilfredshet og redusert angst	Kostnads-effektivitetsanalysene hadde vesentlige svakheter og flere studier trengs for å verifisere resultatet

Studiene tyder på at involveringen av masterutdannede sykepleiere i overføringen fra sykehus til primærhelsetjenesten bidrar positivt til pasientresultater ved å redusere mortalitet, morbiditet, reinnleggelser og lengden på sykehusoppholdet, samt øker pasienttilfredsheten. Kostnadseffektiviteten er ikke mulig å vurdere grunnet svakheter i de underliggende studiene og evidensen er begrenset.

Oppgaveglidning i spesialist- og/eller primærhelsetjenesten

Den klart største kategorien av studier omhandlet effekten av substitusjon av masterutdannede sykepleiere for andre yrkesgrupper i helsevesenet (oppgaveglidning), primært overføring av oppgaver fra leger til sykepleiere. Disse studiene har fokusert på oppgaveovertakelse både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Bakgrunnen for utdanning av masterutdannede sykepleiere for overtagelse av legeoppgaver har sin bakgrunn i vansker med å rekruttere leger til rurale strøk eller til belastede byområder. Det er ikke overraskende at så mange evalueringstudier omhandler dette, fordi oppgaveglidning fra leger til sykepleiere har vært et kontroversielt tema i mange land. Tabell 3 gir en oversikt over artiklene som har gjennomgått forskningen på dette feltet.

Tabell 3: Substitusjon av masterutdannende sykepleiere for leger (oppgaveglidning) i spesialist- og/eller primærhelsetjenesten¹

Studie id	Hensikt	Resultat	Konklusjon
Swan M. et al. (2015) Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review (Nederland, UK, USA, Canada)	Sammenligne APN (NPs) med General Practitioners (GPs) i primærhelsetjenesten	Man fant ingen forskjell eller noe bedre resultater for APN sammenlignet med GPs på fysiologiske variabler, pasient tilfredshet og kostnader på basis av 7 RCTs.	Bruk av APN gir sikker og effektiv primærhelsetjeneste
Martin-Misener R, et al. (2015) Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: a systematic review (USA, UK, Nederland)	Sammenlikne kostnadseffektiviteten til NPs vs leger innenfor primærhelsetjenesten og ambulant spesialisthelsetjeneste	11 RCTer tyder på at NPs gav tilsvarende behandling som leger på de fleste pasientutfall (bedre behandlingsresultater, tilfredshet, symptomlindring, opplæring) og tilsvarende eller bedre helsesystem-utfall i primærhelsetjenesten i flertallet av studiene (f. eks. reduksjon i bruk av andre tjenester). En meta-analyse av to studier (2689 pas.) fant lavere kostnader for NPs. I ambulant spesialisthelsetj. viste 16 pasient/tjenesteyter utfall at NP + vanlig tjeneste gav best resultat, mens 16 utfallsmål viste likt resultat. To helsesystem-utfall viste best effekt for NP + vanlig beh, 4 viste best effekt av "vanlig praksis", og 14 viste samme resultat. Fire studier av "komplementær spesialisert ambulant tilbud" sammenlignet kostnader, men bare 1 vurderte både kostnader og utfall samlet.	NPs i primærhelsetjenesten gir tilsvarende eller bedre pasientresultater og er potensielt kosteffektive. Det er svakere, men lovende evidens for at NPs i ambulant spesialisthelsetjen. er kostnadseffektivt
Kilpatrick K, et al. (2014) The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review (USA, Nederland, UK, Kina)	Sammenligne kostnadseffektiviteten av CNS i substitusjon (av lege/GP) eller supplerende roller i «outpatient clinics»	Barn m/astma, Diabetes, Blære/prostata kreft, Rheumatologisk Artritt. Resultatene viser moderat evidens for bedre kvalitet v/både substitusjon av CNS for leger og for supplerende (CNS i tillegg til leger), men lav evidens for kostnadseffektivitet.	Flere gode kostnadseffektivitetsstudier trengs
Niezen MG, et al. (2014) Reframing professional boundaries in healthcare: a systematic review of facilitators and barriers to task	Identifisere faktorer som hemmer og fremmer oppgaveomfordeling (= delegasjon, substitusjon, komplementær rolle), fra GP til NPs	Fire temaer påvirker effekten og kostnadseffektiviteten ved oppgaveglidning: (1) kunnskap og kompetanse/ferdigheter, (2) profesjonelle grenser, (3) organisatoriske omgivelser, og (4) institusjonelle omgivelser	Spesielt profesjonelle grenser og de organisatoriske omgivelsene er viktige for god effekt av NPs

¹ I noen av studiene er substitusjon en av flere tiltak som vurderes. Noen av reviewene undersøker også effekten av masterutdannende sykepleiere som supplement til «vanlig praksis».

reallocation from the domain of medicine to the nursing domain (USA, UK, NL, Israel, Sverige, Aus, Canada)			
Gielen SC, et al. (2014) The effects of nurse prescribing: a systematic review	Sammenligne effekten av NP foreskriving vs. legeforskriving av medikamenter.	NP foreskriver stor sett likt med leger (like mange pasienter, samme type og dose medikam.) Få forskjeller mellom GP og NP. Like eller bedre resultater på behandling, opplevd kvalitet, og tilfredshet.	Resultatene synes positive, og viser tilsvarende praksis og resultater av NP og GP, men flere randomiserte, kliniske forsøk trengs.
Edkins, et al. (2014) A systematic review of advance practice providers in acute care: options for a new model in a burn intensive care unit.	Evaluere rollen og kostnadene ved bruk av advanced practice providers i akutt brannskadeavdeling (BICU) - hvordan bruke alle yrkesgruppens kompetanse best mulig.	APPs (advanced practice providers: lege, NPs, PAs) bidro til like eller forbedrede resultater. Flere studier viste betydelige innsparinger pga redusert sykehusopphold, færre respiratordager og færre urinveisinfeksjoner når NPs var del av teamet.	Ny modell som involverer ulike APPs, inkl. NPs bidrar til bedre utfall.
Stanik-Hutt J, et al. (2013) The Quality and Effectiveness of Care Provided by Nurse Practitioners (USA)	Undersøke effekten og/eller betydningen av NPs sammenlignet med leger på helsetjenestekvalitet, pas. sikkerhet og effektivitet (både primær- og spesialist-helsetjenesten).	Denne reviewen fokuserer kun på effekten av NPs i USA. På utvalgte mål på kvalitet, sikkerhet, effektivitet og pasient utkomme, viste resultatene tilsvarende resultater av tjenester ytet av NPs som jobber selvstendig eller i samarbeid med leger, som tjenester ytet av leger alene.	Det er evidens for at pas.resultater og resultater mht kvalitet på tjenestene er tilsvarende for behandling/omsorg gitt av NPs og av leger. Reviewen underbygger at resultatene er tilsvarende for NP/MD når det gjelder kvalitet, sikkerhet og effektivitet.
Joseph J, et al. (2015) Effectiveness of nurse-performed endoscopy in colorectal cancer screening: A systematic review	Undersøke effekten av at NPs utfører endoskopi v/colorectal cancer screening	NP-utført endoskopi var sammenlignbart med lege-utført endoskopi når det gjelder kvalitet og sikkerhet, mens det ble rapportert høyere pasient-tilfredshet og noe evidens på forbedret kostnadseffektivitet ved NP-utført endoskopi.	NP-utført endoskopi framstår som like sikkert som lege-utført endoskopi. Videre forskning viktig.
Johantgen M, et al. (2011) Comparison of labor and delivery care provided by certified nurse-midwives and physicians: a systematic review, 1990 to 2008 (USA)	Sammenligne "certified nurse-midwives" (CNMs) med leger	Vedr. "processes of care" hadde CNMs lavere bruk av epidural, episiotomi og indusert fødsel enn leger. For utfall knyttet til den nyfødte, var det evidens for at CNMs og leger hadde tilsvarende resultater (f. eks. på APGAR). «Perineal lacerations» var redusert og amming høyere blant kvinner som ble tatt hånd om av CNMs sammenlignet med leger.	Ulik praksis mellom CNMs og leger er godt dokumentert, særlig mtp bruk av teknologi. Funnene tyder på at CNM-pleie er trygg og effektiv, men det foreligger få RCT-studier.
Newhouse RP, et al. (2011) Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review (USA)	Vurdere hvorvidt APNs pasient-utkomme tilsvarer legers i USA	Resultatene tyder på at APRNs yter effektive tjenester av god kvalitet og har en viktig rolle i å bedre helsetjenestene i USA.	Funnene indikerer at APNs utfører trygg og effektiv kvalitetspleie i ulike settinger. I samarbeidet med leger og andre helsearbeidere, spiller APNs en viktig rolle for å fremme pasienthelsen.
Rashid C. (2011) Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: integrative literature review (UK)	Undersøke fordelene og ulempene ved utvidelsen av den kliniske rollen til sykepl. som jobber i klinisk praksis i UK	Dette er en review av kvalitative studier. Funnene viser at delegering av arbeid fra GPs til sykepl. har ikke i stor nok grad involvert pasient-valg. Pasientene ville gjerne ha mulighet til å konsultere en GP. De stilte også spørsmål ved sykepleiernes kunnskap, erfaring og kompetanse i roller tidligere innehatt av GPs.	Det er nødvendig med bedre opplæring og støtte for sykepl. i slike roller. Pasientenes synspunkter bør bli bedre representert.
Wilson A, et al. (2009) The clinical effectiveness of nurse practitioners' management of minor	Undersøke den kliniske effekten av NPs behandling av voksne med mindre skader i akutt-avdeling.	Ingen signifikante forskjeller i feilbehandling av pasienter eller antall behandlinger sammenlignet med «junior doctors».	Funnene understreker behovet for forskning av høy kvalitet som bruker adekvate utfallsmål.

injuries in an adult emergency department: a systematic review			
Horrocks S, et al. (2002) Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors (Eur, Nord-Am, Aus, Israel, Sør-Afrika, Japan)	Vurdere hvorvidt NPs kan tilby et første møte med pasientene i en primærhelsetjenestsetting tilsvarende legers. Utfall måles på pasienttilfredshet, helsestatus, kostnader og pleieprosessen	Pasientene var mer fornøyd med pleien av NPs, mens det ikke var noen forskjell i helsestatus. NPs hadde lengre konsultasjoner og mer omfattende undersøkelser enn leger. Ingen forskjell ble funnet i foreskrivning av medisiner, nye konsultasjoner eller henvisninger. Samlet kvalitet på pleie/ behandling var til en viss grad bedre for NPs-konsultasjoner	En økt andel av NPs i primærhelsetjenesten vil kunne føre til høy grad av pasienttilfredshet og kvalitet.

Som det fremgår av tabellen, har vi identifisert 13 litteraturgjennomganger av primære empiriske studier som evaluerer effekten eller konsekvensene av at masterutdannede sykepleiere overtar oppgaver som tradisjonelt har vært ivaretatt av leger. De masterutdannede sykepleierne som evalueres i disse studiene er primært «nurse practitioners», som har en klinisk masterutdanning med klart spesifiserte kunnskaps- og ferdighetskrav, har gjennomgått et klart definert omfang av veiledet praksis og i de fleste land er sertifisert/autorisert til rollen. Det skal også presiseres at disse klinikerne har utvidede fullmakter innenfor klart definerte felt, som varierer fra land til land og/eller fra stat til stat innen land. I tillegg omhandler denne kategorien studier masterutdannede «clinical nurse specialists», som ivaretar mer tradisjonelle kliniske og fagutviklingsoppgaver innenfor sykepleiefaget eller i grenselandet mellom sykepleie og medisin. Den sistnevnte gruppen sykepleiere er ikke spesifikt utdannet for å overta klassiske legeoppgaver.

Litteraturoppsummeringene viser gjennomgående at substitusjon av masterutdannede sykepleiere gir tilsvarende kvalitet på helsetjenestene til pasientene, evt. noe bedre kvalitet på noen indikatorer (slik som opplæring og samtaler vedr. mestring av sykdom). Kvalitet er operasjonalisert forskjellig i de ulike studiene, men er ofte målt ved hjelp av resultat- eller utkommemål som morbiditet, mortalitet, lengde på sykehusoppholdet, sykehus(re)-innleggelse (fra primærhelsetjenesten). Vanlige prosessmål som er anvendt er om type utredning og behandling som igangsettes er forskjellig når sykepleier vs. lege utfører oppgaven og hvorvidt pasientens problem/diagnose er korrekt identifisert når sykepleier utfører oppgaven. Det finnes gjennomgående ingen signifikante forskjeller i kvalitet og pasientsikkerhet mellom masterutdannede sykepleiere og leger når oppgaveløsning og pasientresultater på samme typer oppgaver sammenlignes. Hvis det identifiseres forskjeller, går de primært i sykepleierens favør, men da gjelder det primært pasienttilfredshet, spesielt knyttet til opplevelsen av å bli sett og hørt, få mer tid til å snakke og få opplæring og hjelp til mestring. Vurdering av kostnadseffektivitet er det vanskeligere å trekke konklusjoner om, både fordi det er færre studier som har undersøkt dette, fordi kvaliteten på studiene gjennomgående er lavere og fordi konklusjonene spriker mer. Men en forsiktig konklusjon er at substitusjon av masterutdannende sykepleiere for leger potensielt kan redusere kostnadene, men at kostnadseffektiviteten kan reduseres av at sykepleierne bruker mer tid på hver pasient.

Masterutdannede sykepleiere i primærhelsetjenesten

Mange av studiene i den forrige kategorien omhandler primærhelsetjenesten. I tillegg identifiserte vi 4 systematiske reviewer som omhandler betydningen eller effekten av masterutdannede sykepleiere i primær-/kommunehelsetjenesten, men der substitusjon ikke var hovedfokus. Disse viser at masterutdannende sykepleiere arbeider både i akutte primærhelsetjenester (legevaktstjenester), i allmennhelsetjenestetilbud (f. eks. «walk-in» klinikker), yter tjenester til pasientgrupper som ellers er vanskelige å nå (i rurale strøk, «under-served populations») og i langtidsomsorgen (sykehjem, omsorgsboliger). Dette dreier seg både om roller som supplerer legerollen og om roller som styrker sykepleietjenesten til pasienter direkte og indirekte via støtte og veiledning av mindre utdannet personell.

Tabell 4: Masterutdannede sykepleiere i primærhelsetjenesten

Studie id	Hensikt	Resultat	Konklusjon
Donald F, et al. (2013) A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care (USA)	Undersøke effekten av APN (NPs + CNSs) på pasientutfall (måle pasientens helsebehov) i sykehjem/ omsorgsboliger	Kun studier fra USA. Pas. på institusjoner med APNs hadde mindre depresjon, urininkontinens, trykksår, bruk av «restraint» og aggressiv adferd. Flere pas. opplevde bedring i å nå personlige mål, og familien uttrykte mer tilfredshet med den medisinske behandlingen.	Studiene tyder på positiv effekt, men det er få studier (4). Behov for mer forskning.
Clark S, et al. (2013) Aged care nurse practitioners in Australia: evidence for the development of their role	Undersøker NPs rolle, med spesiell fokus på eldreomsorgen	Resultatene fra internasjonale studier viser at NPs yter like gode tjenester som leger og bedrer pasient-relaterte utfall og helsesystem utfall (reduisert «staff shortage», økt effektivitet, reduserte kostnader). I eldreomsorgen bidrar NPs til redusert sykehusinnleggelse, bedrer håndtering av komplekse pasienter og bedrer koordinering og samhandling med andre. Forskning fra Australia tyder på lignende resultater.	Det er ønskelig med ytterligere forskning rundt effektivitet, økonomi og pleiemodeller knyttet til NPs i eldreomsorgen i Australia
Desborough J, et al. (2012) Nurse-led primary healthcare walk-in centres: an integrative literature review (UK)	Undersøke om hvorvidt sykepleieledete walk-in centres er effektive mtp å bedre tilgangen på primærhelsetjenester	Kun studier fra UK. Sykepleieledete walk-in sentre yter primærhelsetjenester primært til yngre pasienter med akutt øvre luftveisinfeksjon, mindre skader og behov for nød-prevensjon. Pasientene er tilfredse med tilbudet.	Det er behov for klarere evidens for hvem som etterspør og bruker helsehjelp i walk-in centre..
Bonsall K, et al. (2008) What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review	Vurdere APNs roller i forhold til pasienter, dem selv og andre kolleger, for å highlight salient issues for policy, practice and research.	Pasienttilfredsheten er generelt høy, og sykepleiere gir trygg og effektiv pleie i primary care roles. Evidens på kostnadseffektivitet og innvirkning på andre helsefaggrupper er mangelfull, og forskningen antyder at introduksjonen av utvidete fagroller kan skape intra- og interfaglig usikkerhet/ spenninger.	Evidensen er av variabel kvalitet, siden det ofte blir oversett potensielt viktige faktorer som erfaring og utdanningsnivå for APNs, organisatoriske karakteristika og ulike pasientpreferanser.

Resultatene fra disse studiene tyder på at masterutdannende sykepleiere kan føre til bedre tilgjengelighet på primærhelsetjenester. Videre tyder studiene på at sykepleiere med mastergrad tilbyr tjenester av god kvalitet og bidrar til færre sykehusinnleggelser fra sykehjem, bedret helse for pasientene (reduisert antall urinveisinfeksjoner, depresjon, trykksår)

og bedret funksjon (færre adferdsproblemer ved demens, bedre oppnåelse av personlige mål), sammenlignet med tjenestetilbud som ikke har masterutdannede sykepleiere. Evidensen er likevel relativt begrenset.

Annet

Den siste kategorien omhandler ikke studier som primært ser på kvaliteten på tjenesteytingen og pasientsikkerhet, men som belyser forhold som kan påvirke kvaliteten (se tabell 5). En review undersøker hvordan kommunikasjonsmønstre mellom masterutdannede sykepleiere og pasienter påvirker pasientutfallet og en review undersøker hvordan masterutdanningen styrker sykepleiernes rolle og funksjon, hvilket indirekte kan påvirke tjenestenes kvalitet.

Tabell 5: Annet

Studie id	Hensikt	Resultat	Konklusjon
Charlton CR, et al. (2008) Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: an integrated literature review	Undersøke NPs-pasient-interaksjon med siktemål å optimalisere pasient-outcome	The results of this review indicate that patient-centered communication incorporated into the NPs' practice knyttes til bedre pasient-outcome som (a) høyere pasient-tilfredshet, (b) increased adherence to treatment plans, and (c) bedre pasient-helse	Mer forskning rundt pleier-pasient-kommunikasjon med fokus på pasient-outcomes anbefales
Cotterill-Walker SM (2012) Where is the evidence that master's level nursing education makes a difference to patient care? A literature review (AUS, UK, NZ, USA)	Undersøker om post-graduate sykepleier-utdanning (= master's level nursing) påvirker pleien pasientene mottar	Fra 15 studier (9 kvantitative, 5 kvalitative) blir følgende merverdi rapportert for sykepleierne: Høyere selvtillit og selvfølelse, bedre evne til kommunikasjon, personlig og profesjonel vekst, mer kunnskap og evne til å overføre teori til praksis og økte analytiske evner og evne til å ta beslutninger	Det er tydelige personlige og profesjonelle gevinster for sykepleiere som tar master-utdanning.

Oppsummering

- Den internasjonale forskningslitteraturen om merverdien av masterutdannede sykepleiere er omfattende og resultatene er i stor grad sammenfallende.
- Funnene tyder på at masterutdannede sykepleiere bidrar positivt til kvaliteten på tjenesteytingen og på pasientsikkerheten.
- Det er funnet reduksjon i dødelighet, færre komplikasjoner, redusert lengde på sykehusoppholdet, bedre overganger fra spesialist- til kommunehelsetjenesten, færre reinnleggelses og bedre tilfredshet blant pasienter og pårørende.
- Når det gjelder kostnadseffektivitet, er evidensen svakere. Det er gjort færre kost/nytte studier enn effektstudier og det er større sprik i resultatene og i kvaliteten på studiene. Noen av studiene viser innsparinger, men mer forskning trengs.
- Resultatene er i stor grad sammenfallende på tvers av land, type tjenester og type pasientgrupper.

- Det er betydelig variasjon i typen evalueringsstudier og kvaliteten på enkeltstudiene varierer også. De systematiske reviewene, særlig fra de senere årene, har foretatt grundige kvalitetsvurderinger av de inkluderte studiene og fulgt de metodologiske rådene for å sikre så robuste funn som mulig.
- Vi har ikke funnet systematiske evalueringer av masterutdannede sykepleiere sammenlignet med sykepleiere med videreutdanning som ikke gir mastergrad.
- Indirekte peker litteraturen på at en rekke faktorer må være på plass for å oppnå disse resultatene (kompetansekrav, organisering av tjenestene, avklaring av rolle, ansvar og funksjon, gode samarbeidsrelasjoner m.m.). Det er imidlertid gjort vesentlig mindre forskning på hvordan disse og andre faktorer påvirker resultatene. Dette er et vesentlig poeng i denne sammenheng, fordi overføring av resultater fra en kontekst til en annen ikke kan forutsettes uten at en tar hensyn til andre faktorer enn type utdanning som kan bidra til å forklare resultatene.

DEL 2: Oppsummering av erfaringer knyttet til merverdi av masterutdannede sykepleiere

Hva innebærer videreutdanningsnivået?

Videreutdanninger i sykepleie har vært en etablert del av det norske utdanningssystemet i en årrekke. Flere av utdanningene var tidligere sykehusinterne tilbud, men er i dag i sin helhet ivaretatt av universiteter og høyskoler, hvor innhold og omfang er regulert av nasjonale rammeplaner. Vi har i dag følgende rammeplanstyrte videreutdanninger.

- Aldring og eldreomsorg (2005), 60 studiepoeng (sp)
- Anestesisykepleie (2005), 90 sp
- Barnesykepleie (2005), 90 sp
- Helsefremmende og forebyggende arbeid (2005), 60 sp
- Helsesøsterutdanning (2005), 60 sp
- Intensivsykepleie (2005), 90 sp
- Jordmorutdanning (2005), 120 sp
- Kreftsykepleie (2005), 60 sp
- Operasjonssykepleie (2005), 90 sp
- Psykisk helsearbeid (2005), 60 sp

Med unntak av videreutdanningen i Helsefremmende og forebyggende arbeid tilbys utdanningene ved høyskoler og universiteter over hele landet. Studieplasser for de fleste utdanningene fordeles og finansieres over statsbudsjettet, slik at utdanningsinstitusjonene er forpliktet til å tilby disse i tråd med tildelingen.

Mange av de rammeplanstyrte videreutdanningene utdanner til definerte roller i arbeidslivet og kjennetegnes ved at klinisk praksis er en viktig del av utdanningen (opp til 50%). Utdanningene sikrer det norske helsevesenet tilgang på kritisk kompetanse i både spesialist- og primærhelsetjenesten, og må oppfattes som en del av grunnfjellet i norsk helsevesen. De fleste utdanningene har gode søkertall og høy gjennomføringsgrad.

Etter siste revisjon av rammeplanene har mange av utdanningsinstitusjonene gjort justeringer i innholdet i tråd med det man oppfatter som en naturlig faglig utvikling. Dette viser seg først og fremst ved at det gis undervisning innen vitenskapelig metode som går ut over rammeplanenes krav. Videre har flere institusjoner skjerpet kravene til akademisk kompetanse hos undervisningspersonalet slik at disse helt eller delvis tilfredsstillers kompetansekravene til så vel masterutdanning som videreutdanning. En justering av nivå på læringsutbyttebeskrivelser er også foretatt, slik at disse er formulert på, eller nært opp til, masternivå.

Både kliniske og akademiske fagmiljøer har i senere år uttrykt sterkt ønske om at utdanningene heves til mastergradsnivå, og de fleste høyskoler og universitet har funnet modeller som ivaretar dette.

Dagens praksis

Det har vist seg at videreutdanninger på 60 sp med relativt enkle grep lar seg innpasse i mastergrader, noe utdanningstilbudene innen psykisk helsearbeid er gode eksempler på. Her representerer første studieår videreutdanningen, og andre studieår mastergradspåbygningen.

ABIO-utdanningene på 90 sp byr på større utfordringer, i og med at det kun er 30 studiepoeng til disposisjon for påbygning til mastergrad. I følge rammeplanen skal utdanningene bestå av 15 sp sykepleiefaglig fordypning og samfunnsvitenskapelige emner, 30 sp medisinske og naturvitenskapelige emner og 45 sp fordypning i den aktuelle spesialitet. Halvparten av studiene foregår som nevnt i praksis, og rammeplanen stiller krav om en skriftlig fordypningsoppgave som en del av studiet. Utdanningsinstitusjonene har operasjonalisert rammeplanens føringer på forskjellige måter i sine studieplaner, med ulik emnestruktur og oppbygning. Personalets formelle akademiske kompetanse, omfanget av undervisning i vitenskapelig metode, og krav til fordypningsoppgaven er av særlig betydning i forhold til innpassing i mastergrad, og praksisstudienes akademiske nivå har også vært gjenstand for diskusjon.

Det er i dag flere modeller som ivaretar rammeplanstyrte videre- og masterutdanning for sykepleiere.

- Noen institusjoner tilbyr kun videreutdanning, uten innpassing i mastergrad
- Andre tilbyr videreutdanning med mulighet for påbygning til mastergrad
- Enkelte institusjoner tilbyr direkte utdanning til mastergrad

For eksempel:

- Høgskolen Sør-Trøndelag (nå NTNU) tilbyr videreutdanning etter rammeplan over tre semestre uten innpassing i mastergrad.
- Høgskolen i Oslo og Akershus tilbyr masterutdanning i intensivsykepleie med mulighet til å avslutte etter tre semestre med fullført videreutdanning og med valgfri mastergradspåbygging.
- Universitetet i Agder tilbyr et sammenhengende løp over fire semestre uten mulighet for å avslutte etter 90 sp, hvor kandidaten oppnår mastergrad og spesialsykepleierkompetanse.

Forskjellige læresteder tilbyr forskjellige modeller for hel eller delvis innpassing av videreutdanning i mastergrader, som beskrevet i UHRs rapport fra 2014.

Merverdi for helsetjenesten og pasienten

Sykepleiere, så vel som andre helse- og sosialfaglige yrkesgrupper har ansvar for kompleks tjenesteyting på mange nivå. I tillegg til direkte klinisk utøvelse har de roller innen kvalitetsutvikling, forskning og fagutvikling, undervisning, ledelse og organisering.

Sykepleiere med norsk videreutdanning innehar allerede i dag spesialiserte funksjoner i spesialisthelsetjenesten som har vesentlig betydning for at helsetjenesten skal kunne levere trygge og effektive tjenester. Disse funksjonene kan utvikles og styrkes ytterligere gjennom masterutdanning. Dette vil øke mulighetene for å ivareta oppgaver som skissert i tabell 1 (i

Del 1) på en trygg og effektiv måte, og åpner samtidig for nye funksjoner i overgangen mellom spesialist- og primærhelsetjeneste (tilsvarende de som er omtalt i tabell 2). Sammenholdt med funnene fra litteraturgjennomgangen i del 1 vil man kunne argumentere for at sykepleiere med klinisk masterutdanning i særlig grad kan være i posisjon til å overta funksjoner som resultat av oppgaveglidning. Dette begrunnes i at kandidatene i tillegg til masterkompetansen også har gjennomført spesialisering på et definert område innenfor sykepleie.

Sykepleiere med mastergrad må forventes å kunne arbeide ikke bare ut fra erfaring og sedvane, men nærme seg både kliniske, pedagogiske og organisatoriske problemstillinger på en reelt kunnskapsbasert måte. Masterutdanninger som bygger på, eller integrerer klinisk videreutdanning er i særlig grad egnet til å ivareta koblingen opp mot den direkte, pasientrettede kliniske utøvelsen av yrket, i og med at disse utdanner til pasientrettet arbeid, f. eks. som helsesøster, intensiv- eller kreftsykepleier. De nyopprettede mastergradsstudiene i avansert klinisk sykepleie er eksempler på det samme. Man kan dermed anta at sykepleiere som tar denne type mastergrader i større grad vil benytte sin kompetanse i direkte pasientrettet arbeid, enn hva tilfellet er for andre masterutdanninger, og at dette vil påvirke pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene positivt. Erfaringer fra studenter som har tatt denne typen utdanning kan tyde på det (se bl.a. intervju med sykepleiere med master i Avansert Geriatrik Sykepleie fra Universitetet i Oslo, <http://www.uio.no/studier/program/geriatrik-sykepleie-master/karriereintervjuer/>). De nye sykepleierne med master i avansert geriatrik sykepleie har også utvidede oppgaver i primærhelsetjenesten (tilsvarende noen av funksjonene henviset til i tabell 4).

De kommunale helse- og omsorgstjenestene må legge til rette for nye samarbeidsformer og roller for å løse helseutfordringene i fremtiden. På samme måte som forsvarlighet, er riktig kompetanse et dynamisk begrep som endrer seg med utviklingen av tjenestene og pasientenes behov. Myndighetene stiller krav til helsetjenester som er kunnskapsbaserte. Profesjonsutøvelsen skal være basert på forskningsbasert kunnskap, kunnskap om pasienten og erfaringskunnskap i en gitt kontekst. Mastergrad i avansert klinisk sykepleie kvalifiserer til å utdanne sykepleiere som kan påta seg nye roller og ansvarsområder i tråd med primærhelsemeldingen. Se artikkel publisert 1.2.16 på nettsiden til UIO <http://www.med.uio.no/studier/aktuelt/aktuelle-saker/2016/undervisning-ags-baltimore.html> med intervju av Carrie Perfetto, som er Nurse Practitioner og jobber på en poliklinikk i USA som behandler og følger opp 150 hjemmeboende pasienter. I følge Perfetto ville brukerne som får hjelp på poliklinikken bodd på sykehjem uten dette tilbudet.

Hjemmesykepleien, sykehjemmene, boliger for psykisk syke, fastlegekontor, Øyeblikkelig Hjelp (ØH) senter i kommunene trenger sykepleiere med utvidet klinisk kompetanse som kan samhandle og samarbeide på et akademisk nivå. Merverdien av sykepleiere med avanserte kliniske mastere er at de kan ivareta utvidede oppgaver, sammenlignet med i dag, inklusive:

- *Avansert vurderingskompetanse*: Utvidete oppgaver knyttet til helse- og sykdomsvurdering
- *Avanserte kliniske kunnskaper*: Utvidete oppgaver knyttet til identifisering av sykdom, symptomer, behandlingsbehov, sykepleie
- *Avansert samhandlingskompetanse*: Utvidete kvalifikasjoner og evne til å samhandle med pasienter, pårørende, kolleger, andre helseprofesjoner
- *Avansert klinisk lederskap*: Kvalifikasjoner til å ivareta selvstendige kliniske lederoppgaver i forhold til helsevurdering, identifisering av helseproblemer, behov for behandling og oppfølging av pasienter, samt lede andre i deres kliniske arbeid
- *Akademisk kompetanse*: Evne til å drive fagutvikling og utvikle kunnskapsbaserte tjenester

(Marit Kirkevold 11. september 2012 i sykepleien <https://sykepleien.no/2012/09/trenger-sterke-foregangskvinner>).

Sykepleiere med master i avansert klinisk sykepleie har også direkte merverdi for pasientene og brukerne utover å sikre trygge og effektive tjenester. Gjennom masterutdanningen tilegner sykepleierne seg forskningsbasert, etisk og erfaringsbasert kunnskap som gjør dem i bedre stand til å identifisere hva som er viktig for pasientene og som dermed kan informere på pasientens/brukernes premisser. De får også kunnskap som kan bidra til effektive pasientforløp, som stiller kritiske spørsmål til behandlingen og som holder seg faglig oppdatert på forskning og sørger for at behandlingen og omsorgen baserer seg på relevant og ny forskning. Videre får arbeidsgiverne faglig oppdaterte sykepleiere som evner å arbeide tverrfaglig slik at den beste tilgjengelige totalkompetansen blir anvendt til det beste for pasient/bruker og som sikrer at den beste tilgjengelige behandling blir tilgjengelig for målgruppen.

Dersom målet er at kandidatene skal påta seg en sentral rolle i fremtidens teambaserte primærhelsetjeneste må regelverket/rammeverket utvikles i takt med kompetanseløp. Dersom en skal beholde masterkandidatene i praksis i kommunehelsetjenesten må rammene (lønn, arbeidsrammer, stillingsbeskrivelse) utvikles parallelt.

Den andre tydelige merverdien vil være muligheten for forskning og fagutvikling i kliniske miljøer. Gjennom økt antall sykepleiere med mastergrad i klinisk virksomhet, som fagutviklere og ledere, vil tjenestene som helhet i større grad være kunnskaps- og forskningsbaserte og bidra til fagmiljøenes beste. Masterutdanning gir økt kunnskap om vitenskapsteori og forskningsmetoder, ferdigheter i litteratursøk og bedre kjennskap til eksisterende forskning på relevante felt. Dette gir kompetanse som bidrar til større grad av kritisk refleksjon over egen praksis. Myndighetene oppfordrer til mer forskning i, om, og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene (ref. Helseomsorg 21). For å sikre at kommunene forsker med og ikke blir forsket på må kommunene bygge kompetanse hos sykepleierne med forskningskompetanse som mastergradutdanningen gir. Det gir også kvalifikasjoner for å kunne gå videre til PhD dersom ønskelig.

Masterutdannede sykepleiere styrker forskningskompetansen og kan bidra til praksisnær forskning med brukermedvirkning som vurderes viktig av helse og omsorgstjenesten i kommunene. Dette påpekes i Helseomsorg 21: «*Kompetente kommunale medarbeidere med mer vitenskapelig kompetanse er en forutsetning for at kommunene skal kunne være aktive deltakere i forskning og forskningsformidling*». (s. 131). Helseomsorgs-strategien viser også til at kompetansen er vel så viktig for å **implementere eksisterende viten** i praksis.

Ifølge strategien er det en målsetning at alle kommuner skal ha en forsknings- og innovasjonsstrategi. (Se f.eks. [Plan for forskning, innovasjon og utdanning for helse og omsorgstjenesten i Bergen kommune 2016-2019](#)). Masterutdanning vil gi kandidaten kunnskap og innsikt som gjør en bedre i stand til å vurdere eksisterende forskning på en kritisk måte med tanke på kvalitet og relevans.

Masterutdanning gir kandidatene kunnskap om metode og forskning som er en forutsetning for å kunne ivareta pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedringsarbeid, kvalitetsforbedring, kvalitetsmåling og bidra til brukeropplevd kvalitet.

Gruppen har også identifisert flere forhold som indirekte vil ha betydning for tjenesteyting og pasientsikkerhet. Disse omtales nedenfor.

Merverdi for sykepleiere og studenter

Den viktigste merverdien for sykepleiere som tar mastergrad er at de tilegner seg forskningsbasert og annen kunnskap som er relevant for helsetjenesten. Masterutdannede kandidater evner å omsette forskningsterminologi og metode anvendelig for personalet og brukerne og kan utføre avansert, klinisk behandling basert på vitenskapelig tilnærming og forskning i klinisk sykepleie (Graue et al. 2015). Sykepleiere opplever at sykepleierrollen er i stadig utvikling og innebærer livslang læring. Derfor er det viktig at utdanningsløpet kvalifiserer fra videreutdanning til masterutdanning og videre til PhD.

Kompleksiteten i sykdomsbildet til kronisk syke pasienter, særlig sykehjemspasienter og brukere i hjemmetjenesten, fordrer sykepleiere som evner å sikre at behandlingen som utføres er kunnskapsbasert. Masterutdanning i klinisk sykepleie bidrar til kvalitetssikring av utøvelsen av sykepleiefaget. Masterutdanningen gir et teoretisk og klinisk kunnskapsløft som gjør kandidaten trygg og kompetent i møte med morgendagens helseutfordringer.

Hjemmetjenestene, øyeblikkelig hjelp institusjoner i kommunen og sykehjem trenger sykepleiere som kan foreta grundige kliniske vurderinger og prioriteringer. På den måten bidrar en til å bygge kompetanse som ivaretar pasientsikkerheten og trykker innbyggerne til å oppleve at det er brukernes helsetjeneste.

Masterutdanning i klinisk sykepleie er felles for spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det gir nettverk og arena for samarbeid på tvers for å bedre kultur og samhandling med målsetning om optimale pasientforløp som hindrer unødvendige innleggelser og sikrer rett behandling på rett nivå.

Avansert klinisk masterutdanning gir kandidatene vurderings- og handlingskompetanse på flere områder:

- Avansert klinisk ledelse
- Akademisk kompetanse
- Pasientsikkerhet, forbedringsarbeid og risiko/ressursforvaltning
- Etisk kompetanse
- Avansert klinisk kunnskap
- Avansert samhandlingskompetanse
- Undervisning/veiledningskompetanse

Inntil ganske nylig har videreutdanninger vært å betrakte som blindveier i akademisk sammenheng. Dette innebærer at man ikke får uttelling i gradssystemet, og at en sykepleier med for eksempel helsesøsterutdanning må begynne på nytt dersom hun ønsker å ta mastergrad. Denne åpenbare ulempen har vært en viktig driver for integrering av videreutdanninger i mastergrader. Selv om det ikke nødvendigvis er slik at alle spesialsykepleiere må ta mastergrad, er det en forventning om at utdanningen er på mastergrads *nivå*, slik at den, helt eller delvis, kan gi uttelling i en mastergrad. En klar og entydig merverdi er dermed at studenten får akademisk uttelling for utdanningen, slik at denne kan inngå i en mastergrad, og evt også gi grunnlag for videre karriere i form av phd- eller førstelektorløp. Det er grunn til å anta at videreutdanning som gir mastergrad også vil bedre rekrutteringen og bidra til at flere sykepleiere forblir i pasientnære funksjoner i praksis. Hittil har ønsket om videreutdanning på masternivå ofte medført en karriereutvikling bort fra direkte pasientrettet arbeid. Dette vil kliniske masterutdanninger kunne endre, da mange sykepleiere som ønsker masterutdanning også ønsker å bli i pasientnære roller.

For den enkelte kandidat vil et fullført spesialsykepleier/mastergradsløp gi langt flere muligheter på arbeidsmarkedet. I tillegg til å arbeide rent klinisk blir studenten også

kvalifisert for stillinger f. eks. innen fagutvikling, og i noen tilfeller også stillinger i universitets- og høyskolesystemet, samt kombinerte stillinger mellom utdanningsinstitusjonene og praksis. Ut over dette vil en tydeliggjøring i forhold til gradssystemet gjøre det mulig å kommunisere utdanningens nivå og synliggjøre kandidatens kompetanse overfor arbeidsgivere og andre samarbeidspartnere nasjonalt og internasjonalt. Samlet sett vil dette bidra til så vel kvalitetssikring av tjenesteyting som et mer hensiktsmessig utdanningsforløp som i neste instans kommer tjenestene til gode.

Merverdi for utdanningsinstitusjonene

Rammefinansierte videreutdanninger som ikke inngår i gradssystemet representerer videre en utfordring for utdanningsinstitusjonene. Disse lar seg vanskelig innpasse i en helhetlig studieportefølje i tråd med Bologna-prosessen sine føringer, og får dermed ikke samme status som ordinære gradsutdanninger. Gjennom å gi utdanningene en tydelig plassering i forhold til gradssystemet vil dette gjøre det lettere for institusjonene å komponere gode utdanningsløp.

Sykepleiere som tar videreutdanning mottar i mange tilfeller økonomisk tilrettelegging fra arbeidsgiver og har bindingstid etter endt utdanning. Kandidatene har altså allerede tilknytning til et klinisk miljø. Utdanning på mastergradsnivå vil hos denne gruppen medføre svært gode muligheter for samarbeid omkring forskningsprosjekter mellom praksisfeltet og utdanningsinstitusjonene. Dette vil gjelde uavhengig av om forskningen er initiert av kliniske miljøer eller ved universiteter og høyskoler, og hvor mastergradstudenten kan fungere som brobygger og garantist for klinisk relevans på prosjektene. Dette vil medføre en merverdi for så vel tjenesteyting som utdanningsinstitusjonene, og bidra til økt samarbeid mellom utdannings- og praksisfelt innen sykepleiefaget.

Oppsummering

- Det finnes pr i dag ikke et forskningsbasert grunnlag for å vurdere merverdien av mastergrad sammenlignet med norsk videreutdanning.
- Nasjonale erfaringer tyder imidlertid på at masterutdanning gir merverdi på en rekke feltet, både for helsetjenesten og den enkelte pasient og for sykepleiere og utdanningsinstitusjonene.
- Masterutdannede sykepleiere vil få flere karrieremuligheter, noe som kan bidra til økt rekruttering og fastholdning av sykepleiere i klinisk praksis.
- Masterutdanning vil også gjøre den enkelte utøver og helsetjenesten (både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten) bedre rustet til å yte trygge og effektive tjenester gjennom å øke mulighetene for å yte kunnskapsbaserte tjenester og styrke tverrfaglig samarbeid.
- Bedre klinisk ledelse vil styrke bruken av den samlede kompetansen i institusjonene og gi nødvendig veiledning og støtte til mindre utdannet personale som jobber med komplekse pasienter.
- Det er grunn til å bemerke at nivået på eksisterende videreutdanninger er å anse som høyt, og at de fleste utdanningsinstitusjoner tilbyr videreutdanning på et nivå som går ut over rammeplanenes krav, og som både sykepleiefaglig og akademisk klart ligger over bachelornivået.
- Dette tilsier at steget videre til mastergrad ikke nødvendigvis er stort, og at man enten

gjennom å tilby mulighet for mastergradspåbygning på eksisterende videreutdanninger, eller tilbyr andre integrerte løsninger, oppnår en betydelig merverdi uten urimelig store investeringer.

Konklusjon og anbefalinger

Gjennomgangen av den internasjonale forskningslitteraturen i Del 1 gir klare indikasjoner på at det er en betydelig merverdi av å ha masterutdannede sykepleiere i helsetjenesten, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Forskningslitteraturen peker nokså entydig på sykepleiere med mastergrad bidrar til sikrere og bedre tjenester. Også de norske erfaringene peker i samme retning. I tillegg fremhever de norske erfaringene på en merverdi for den enkelte student og utøver gjennom personlig og faglig utvikling og ved å ta utdanning som gir formell uttelling i gradssystemet. Sistnevnte er også en fordel for utdanningsinstitusjonene. Både den internasjonale forskningen og de norske erfaringene underbygger dermed de politiske føringene om at helsetjenesten trenger flere sykepleiere med mastergradskompetanse for å kunne yte avansert klinisk sykepleie til pasienter med komplekse behov i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Videre trengs denne kompetansen for å kunne bidra til å omsette forskningsresultater til bedre og mer kunnskapsbaserte tjenester. Kritisk refleksjon over egne tjenester er avgjørende for å kunne bidra til den kvalitetsutvikling av tjenestene som sentrale politiske føringer legger opp til. Masterutdanning gir de akademiske ferdighetene som gjør dette mulig. Konklusjonene fra dette arbeidet står dermed i kontrast til Spekters posisjon, slik den fremkommer i Nybrevsbrev 26/2016 datert 18.08.2016, hvor det hevdes at masterutdannede sykepleiere ikke er noe helsetjenesten har bedt om og ønsker.

På grunnlag av foreliggende arbeid, vil vi fremme følgende anbefalinger:

- Både utfra internasjonale studier og norske erfaringer bør all videreutdanning i regi av universiteter og høyskoler tilbys på masternivå, og være mulig å integrere i mastergrader.
- Det er behov for forskning som evaluerer merverdien av masterutdannede sykepleiere i en norsk kontekst og som sammenligner sykepleiere med videreutdanning (uten mastergrad) med tilsvarende masterutdannede sykepleiere.

Referanser

Review artikler

Bonsall K, Cheater FM. What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *International journal of nursing studies*. 2008;45(7):1090-102.

Bryant-Lukosius D, Carter N, Reid K, Donald F, Martin-Misener R, Kilpatrick K, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2015;21(5):763-81.

Charlton CR, Dearing KS, Berry JA, Johnson MJ. Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: an integrated literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008;20(7):382-8.

Clark S, Parker R, Prosser B, Davey R. Aged care nurse practitioners in Australia: evidence for the development of their role. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*. 2013;37(5):594-601.

Cotterill-Walker SM. Where is the evidence that master's level nursing education makes a difference to patient care? A literature review. *Nurse Educ Today*. 2012;32(1):57-64 8p.

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.

Donald F, Kilpatrick K, Reid K, Carter N, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, et al. Hospital to community transitional care by nurse practitioners: a systematic review of cost-effectiveness. *International journal of nursing studies*. 2015;52(1):436-51.

Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, et al. A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *J Adv Nurs*. 2013;69(10):2148-61 14p.

Edkins RE, Cairns BA, Hultman CS. A systematic review of advance practice providers in acute care: options for a new model in a burn intensive care unit. *Annals of plastic surgery*. 2014;72(3):285-8.

Gielen SC, Dekker J, Francke AL, Mistiaen P, Kroezen M. The effects of nurse prescribing: a systematic review. *International journal of nursing studies*. 2014;51(7):1048-61.

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ (Clinical research ed)*. 2002;324(7341):819-23. Hoskins R. Evaluating new roles within emergency care: A literature review. *Int Emerg Nurs*. 2011;19(3):125-40 16p.

Jennings N, Clifford S, Fox AR, O'Connell J, Gardner G. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review. *International journal of nursing studies*. 2015;52(1):421-35.

Johantgen M, Fountain L, Zangaro G, Newhouse R, Stanik-Hutt J, White K. Comparison of labor and delivery care provided by certified nurse-midwives and physicians: a systematic review, 1990 to 2008. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*. 2012;22(1):e73-81.

Joseph J, Vaughan R, Strand H. Effectiveness of nurse-performed endoscopy in colorectal cancer screening: a systematic review. *Gastrointestinal Nursing*. 2015;13(4):26-33 8p.

Kilpatrick K, Kaasalainen S, Donald F, Reid K, Carter N, Bryant-Lukosius D, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2014;20(6):1106-23.

Kleinpell RM, Ely EW, Grabenkort R. Nurse practitioners and physician assistants in the intensive care unit: an evidence-based review. *Critical care medicine*. 2008;36(10):2888-97.

Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ open*. 2015;5(6):e007167.

McAfee JL. Developing an advanced practice nurse-led liver clinic. *Gastroenterol Nurs*. 2012;35(3):215-24 10p.

Moore J, McQuestion M. The clinical nurse specialist in chronic diseases. *Clinical nurse specialist CNS*. 2012;26(3):149-63.

Ndosi M, Vinall K, Hale C, Bird H, Hill J. The effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: A

systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(5):642-54 13p.

Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nursing economic\$.* 2011;29(5):230-50; quiz 51.

Niezen MG, Mathijssen JJ. Reframing professional boundaries in healthcare: a systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health policy (Amsterdam, Netherlands).* 2014;117(2):151-69.

Rashid C. Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: integrative literature review. *Journal of advanced nursing.* 2010;66(8):1658-70.

Stanik-Hutt J, Newhouse RP, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. The Quality and Effectiveness of Care Provided by Nurse Practitioners. *J Nurse Pract.* 2013;9(8):492-500 9p.

Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua.* 2015;27(5):396-404.

Walter E, Curtis K. The Role and Impact of the Specialist Trauma Nurse: An Integrative Review. *J Trauma Nurs.* 2015;22(3):153-69 17p.

Wilson A, Zwart E, Everett I, Kernick J. The clinical effectiveness of nurse practitioners' management of minor injuries in an adult emergency department: a systematic review. *International journal of evidence-based healthcare.* 2009;7(1):3-14.

Andre referanser

Graue M., Rasmussen B., Iversen A.S., Dunning T. (2015). Learning transitions—a descriptive study of nurses' experiences during advanced level nursing education. *BMC Nursing* (2015) 14:30DOI 10.1186/s12912-015-0080-z.

Meld St nr 13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis.

HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelseNasjonale forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Rapport 2014.

Meld St nr 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Spekter informerer Nr. 26/2016. Videreutdanning og mastergradsutdanning for sykepleiere.