

Master i anestesi- og intensivsykepleie: en kartlegging av fagmiljøenes holdninger og forventninger

Anne Marie Gran Bruun

Faggruppeteider
Universitetet i Sørøst-Norge

Berit Taraldsen Valeberg

Professor
Oslomet – storbyuniversitetet og Universitetet i Sørøst-Norge

Tverrsnittsstudie

Masterutdanning

Anestesisykepleie

Intensivsykepleie

Sykepleien Forskning 2021;16(83382):e-83382
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2021.83382

Sammendrag

Bakgrunn: Kunnskapsdepartementet har implementert et nytt rammeverk som er basert på en gradsstruktur. Videreutdanninger i spesialsykepleie har tidligere ikke gitt uttelling i gradssystemet og omgjøres nå til masterprogrammer. Parallelt endres kravene til spesialsykepleierne som følge av et helsevesen i sterk endring.

Hensikt: Hensikten med studien var å kartlegge holdninger og forventninger til en masterutdanning i anestesi- og intensivsykepleie.

Metode: Studien var en tverrsnittsstudie der vi inviterte anesthesi- og intensivsykepleiere og deres førstelinjeledere, fagutviklingssykepleiere samt utdanningspersonell knyttet til anesthesi- og intensivutdanning nasjonalt til å besvare et elektronisk spørreskjema. Spørreskjemaet var basert på utsagn fra en kvalitativ studie som utforsket holdninger og forventninger til en masterutdanning. Vi fordelte utsagnene på følgende områder: «Kunnskapsbasert praksis», «Kritisk tenkning og samhandlingskompetanse», «Ferdighetsnivå og fagteoretisk kompetanse», «Rekruttere og beholde» og «Behov for master».

Resultat: Totalt ble 1661 personer forespurt om å delta, og 475 besvarte spørreskjemaet. Det utgjør en svarprosent på 29 prosent. Deltakerne var mest positive til at masterutdanning kunne påvirke områdene «Kunnskapsbasert praksis» og «Kritisk tenkning og samhandlingskompetanse». Det var noe mer skepsis til hvorvidt masterutdanningen bidro i «Ferdighetsnivå og fagteoretisk kompetanse» og «Behov for master». Innen området «Rekruttere og beholde» uttrykte deltakerne noe bekymring for problemer knyttet til rekruttering. Menn var noe mer kritisk til masterutdanning enn kvinner. Respondentene fra lokalsykehusene var signifikant mer bekymret for rekruttering og å kunne beholde spesialsykepleiere med masterutdanning sammenliknet med respondentene fra universitetssykehusene. Respondentene fra Helse Nord var også signifikant mer bekymret for å rekruttere og beholde spesialsykepleiere med masterutdanning sammenliknet med respondentene fra Helse Sør-Øst.

Konklusjon: Holdningene og forventningene til en masterutdanning i anesthesi- og intensivsykepleie var generelt positive. Flertallet var enige om at det er en naturlig utvikling å omgjøre utdanningene til en master. Få uttrykte bekymring for at en masterutdanning ville gi mindre funksjonsdyktighet. Noen ga uttrykk for mulige problemer med rekruttering og å beholde masterutdannede spesialsykepleiere i klinisk praksis.

Spesialisthelsetjenesten er preget av kompleksitet, tidspress, organisatoriske endringer, ny teknologi og nye behandlingstilbud og krav om kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis vil si at behandling og pleie skal bygge på forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientens ønske (1). En av de store utfordringene er å planlegge for rett og tilstrekkelig kompetanse (2).

I 2005 utviklet Den europeiske union (EU) et overordnet europeisk kvalifikasjonsrammeverk – EQF, European Qualifications Framework (3, 4). Kravene til gradsstrukturen ble nedfelt i norsk lov om universiteter og høyskoler fra 2011 (5).

Rammeverket omfatter utdanning på bachelor-, master- og ph.d.-nivå og beskriver kvalifikasjonene på de ulike nivåene (5). Dagens spesialsykepleiere må i økende grad forholde seg til ny kunnskap, kunne drive endringsprosesser og delta i og lede utvikling av det kliniske feltet.

Allerede i St.meld. nr. 44 (2008–2009) (6) påpekte Kunnskapsdepartementet følgende: «Arbeidslivet vil i stadig større grad ha behov for folk som forstår og kan bruke forskningsresultater kritisk, og ikke minst selv forske eller bruke forskningens metoder» (6).

Meld. St. 4 (2018–2019) understreker utdanningsinstitusjonenes ansvar for utdanningenes kvalitet (7). Utdanningsinstitusjonenes ansvar er å tilby attraktive, gode utdanninger som gir kompetanse for et langt arbeidsliv.

Det er ikke tilstrekkelig å forberede studentene på et yrke. Høyere utdanning må forberede studenter på arbeidsoppgaver som ennå ikke finnes, teknologier som ennå ikke er oppfunnet, og problemer vi ennå ikke vet vil oppstå.

Det innebærer at studentene må forstå komplekse sammenhenger, kunne tilegne seg ny kunnskap, utvikle evne til kreativitet og problemløsning, kunne utøve faglig skjønn og arbeide på tvers av fagområder (8–10).

Forskningen i profesjonsfagene har tradisjonelt hatt to hovedformål: å styrke utdanningen og praksisfeltet. Dette er fortsatt viktige formål. Forskning viser at gjennomført masterutdanning gir grunnlag for en endret faglig dialog, både når det gjelder pasienter, pårørende, kollegaer og annet helsepersonell (11–13).

Stjernø-utvalget, som ble oppnevnt av kunnskapsminister Øystein Djupedal, og hadde som mandat å utrede nye strukturer i høyere utdanning og forskning, hilste en master i klinisk sykepleie velkommen. Utvalget mente at studiet, med utspring i en sterk profesjonsutdanning, gir et godt grunnlag for kunnskapsutvikling knyttet til yrkesfeltet og profesjonsutøvelsen (14).

Studentene har behov for både akademisk og klinisk spesialistkompetanse for å kunne utøve rollen som spesialsykepleier. Studiene må bistå studentene slik at de vil evne å integrere kunnskap, håndtere komplekse hendelser og situasjoner samt utvikle deres evne til å delta i klinisk forskning og utvikling (15–18).

I dag tilbyr de fleste utdanningsinstitusjoner en master i spesialsykepleie. Noen institusjoner har kun tilbud om master, mens andre tilbyr både videreutdanning og master. Kravet til at alle skal arbeide kunnskapsbasert, krever økt kunnskap i forskningsmetode enn det de tidligere videreutdanningene har tilbudt.

En svensk studie viste til at metodekunnskap må tilpasses fagfeltet, slik at studentene ser verdien i å fordype seg i faget og behovet for en mer akademisk tilnærming til den komplekse hverdagen de er en del av (15).

Proessen med å omgjøre videreutdanninger i spesialsykepleie til masterutdanninger har reist både bekymring for konsekvensene og begeistring i fagmiljøene. De har brukt uttrykk som «mastersyke», «overkvalifisering», «ut av blindveien» og «funksjonsorienterte mastere» (19, 20).

En nyere norsk kvalitativ studie (21) utforsket 25 anesthesi- og intensivsykepleieres oppfatning av og forventninger til en masterutdanning. Respondentene ga uttrykk for at verdien av en masterutdanning vil gjenspeiles i sykepleierens språk og økt evne til kritisk tenkning. Det vil igjen avspeiles i måten de fremtrer og samhandler på.

Respondentene uttrykte også en forventning om bedre kompetanse og forutsetninger for å utøve kunnskapsbasert praksis. Videre uttrykte de bekymring for om en master i spesialsykepleie ville gi et like godt ferdighetsnivå og en like god fagteoretisk kompetanse som en videreutdanning (21).

Ved endring av utdanningenes innhold og nivå er det viktig å forstå hvilken betydning det kan ha for pasienter, kollegaer og samfunnet som helhet. Å utdanne anesthesi- og intensivsykepleiere er spesielt viktig i den sammenhengen fordi de arbeider i et høyteknologisk miljø hvor kravet til å holde seg faglig oppdatert er en forutsetning for god og sikker pasientbehandling.

De som med størst legitimitet kan beskrive følgene av denne typen endring, er fremtidige kollegaer, ledere, fagutviklere i helseforetak og pedagogisk ansatte.

Hensikten med studien

1. Å kartlegge holdninger og forventninger til en masterutdanning i anesthesi- og intensivsykepleie.
2. Å undersøke om individuelle og arbeidsrelaterede karakteristika (kjønn, alder, antall års erfaring som spesialsykepleier, stillingstype, type sykehus og helseregion) påvirker holdningene og forventningene til en masterutdanning.

Metode

Vi gjennomførte denne tverrsnittsstudien høsten 2017. Vi sendte informasjon om studien og en lenke til spørreskjemaet til førstelinjeledere for anesthesi- og intensivsykepleiere ved 78 sykehus, både offentlige og private. Respondenter fra 34 sykehus svarte.

E-postadressene til lederne ved de ulike sykehusene ble formidlet gjennom faggruppene til anestesi- og intensivsykepleierne. Lederne videreformidlet forespørselen til sine ansatte per e-post. Vi innhentet data digitalt via Nettskjema fra Universitetet i Oslo, hvor svarene var anonymisert slik at e-post- og IP-adresser ikke var tilgjengelig.

Lærere ved anestesi- og intensivsykepleieutdanningene ble direkte invitert til å delta gjennom e-postlister som var samlet inn i de respektive lærernetverkene. Vi purret én gang via førstelinjelederne som formidlet forespørselene. Godkjenning av studien ble ivaretatt ved at lederne videreformidlet invitasjonen til sine ansatte.

Respondentene ga informert samtykke til deltakelse ved å besvare det elektroniske spørreskjemaet. Gjennomføringen ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) nr. 54679 og ledelsen ved Oslomet – storbyuniversitetet.

Instrument

Spørreskjemaet består av totalt 36 spørsmål. Bakgrunnsopplysninger vi innhentet, var spesialitet (anestesi- eller intensivsykepleier), alder, kjønn og antall års erfaring som spesialsykepleier.

Videre innhentet vi data om nåværende stilling, type sykehus, helseregion og om aktuelle høyskoler og universiteter har et tilbud om mastergradsstudium i anestesi- og intensivsykepleie.

Tabell 1. Demografiske data og bakgrunnsdata på anestesisykepleiere og intensivsykepleiere (N = 475)

		Total Gj.snitt (SD*)	Anestesisykepleiere Gj.snitt (SD*)	Intensivsykepleiere Gj.snitt (SD*)
Alder	27–67 år	46,6 (9,7)	47,3 (10,2)	45,7 (9,1)
Erfaring	0–42 år	13,3 (9,7)	14,8 (10,7)	12,4 (8,4)
			n (%)	n (%)
Spesialitet		475	262 (55,2)	213 (44,8)
Helseregion		475		
	Helse Sør-Øst		139 (53,1)	138 (64,8)
	Helse Vest		65 (24,8)	28 (13,1)
	Helse Midt-Norge		34 (13,0)	24 (11,3)
	Helse Nord		24 (9,2)	23 (10,8)
Sykehus		461		
	Lokalsykehus		105 (41,5)	70 (33,7)
	Regionsykehus		54 (21,3)	33 (15,9)
	Universitetssykehus		83 (32,8)	101 (48,6)
	Privat sykehus		11 (4,3)	4 (1,9)
Kjønn		466		
	Mann		67 (26,3)	34 (16,3)
	Kvinne		188 (73,7)	175 (83,7)
Nåværende stilling		475		
	Spesialsykepleier		198 (75,6)	158 (74,2)
	Leder		19 (7,3)	10 (4,7)
	Fagutviklingssykepleier		25 (9,5)	27 (12,7)
	Pedagogisk stilling		20 (7,6)	18 (8,5)
Rekruttering fra utdanning med mastergradsstudium		475		
	Ja		214 (81,7)	174 (81,7)
	Nei		48 (18,3)	39 (18,3)
Veiledning i praksis av videre-utdanningsstudenter siste fem år		475		
	Ja		115 (43,9)	93 (43,7)
	Nei		147 (56,1)	120 (56,3)
Veiledning i praksis av master-studenter i løpet av siste fem år		475		
	Ja		44 (16,8)	45 (21,1)
	Nei		218 (83,2)	168 (78,9)

*SD = standardavvik

Vi baserte spørsmål om holdninger og forventninger på resultater fra en tidligere kvalitativ studie (21), som utforsket forventninger til hva mastergradskompetanse kan bidra med i klinisk praksis. Vi brukte utsagn fra fokusgruppeintervjuene, både positive og negative, da vi utarbeidet spørreskjemaet.

Enkeltutsagn (28 utsagn) delte vi inn i følgende områder: «Kunnskapsbasert praksis» (3 utsagn), «Kritisk tenkning og samhandlingskompetanse» (7 utsagn), «Ferdighetsnivå og fagteoretisk kompetanse» (3 utsagn), «Rekruttere og beholde» (6 utsagn), «Behov for master» (6 utsagn) og 3 andre enkeltutsagn.

Vi ba deltakerne om å skåre utsagnene på en Likert skala fra 1–5 (1 = helt uenig, 2 = delvis uenig, 3 = verken enig eller uenig, 4 = delvis enig og 5 = fullstendig enig). I enkelte analyser ble svaralternativene «helt» eller «delvis uenig» slått sammen, og det samme gjaldt svaralternativene «delvis» eller «fullstendig enig».

Fordi de ulike utsagnene var både positivt og negativt ladet, vil et høyt tall ikke nødvendigvis indikere at svarene går i positiv retning, og vice versa.

For å teste spørreskjemaets reliabilitet utregnet vi Cronbachs alfa for de ulike områdene: «Kunnskapsbasert praksis» ($\alpha = 0,71$), «Kritisk tenkning og samhandlingskompetanse» ($\alpha = 0,92$), «Ferdighetsnivå og fagteoretisk kompetanse» ($\alpha = 0,92$), «Rekruttere og beholde» ($\alpha = 0,83$) og «Behov for master» ($\alpha = 0,78$). Cronbachs alfa over 0,70 regnes som akseptabelt (22).

To forskere kvalitetssjekket språket og innholdet i spørreskjemaet. En av dem har bakgrunn som anestesisykepleier, og den andre har lang erfaring med å utarbeide spørreskjemaer.

Statistiske analyser

Vi brukte Mann-Whitney U-test for å undersøke om kjønn og spesialisering påvirket de ulike områdene. Kruskal-Wallis-test brukte vi for å undersøke om stilling, type sykehus og helseregion påvirket de ulike områdene (tabell 3). Pearsons korrelasjonstest anvendte vi for å undersøke sammenhengen mellom kompetanseområdene, alder og erfaring.

Resultat

Totalt ble 1661 personer forespurt om å delta, 824 anestesisykepleiere og 837 intensivsykepleiere. Av dem besvarte 475 spørreskjemaet, som utgjør en svarprosent på 29 prosent. For intensivsykepleierne sendte vi e-post til 56 sykehus, hvorav 15 svarte. For anestesisykepleierne ble 64 sykehus forespurt, og 29 svarte.

Vi hadde respondenter fra alle helseregionene, og majoriteten var spesialsykepleiere i arbeid på lokalsykehus eller universitetssykehus. Gjennomsnittsalderen var 47 år. Aldersgruppen var fra 27 til 67 år for gruppen samlet, og det var noe høyere gjennomsnittsalder for anestesisykepleierne. Over 70 prosent hadde mer enn seks års erfaring.

Deltakerne var mest positive til at en masterutdanning kunne påvirke området «Kunnskapsbasert praksis». De fleste (70 prosent) mente at en mastergradsutdanning vil gi økt kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert.

Totalt 61 prosent var helt eller delvis enig i at spesialsykepleiere med mastergrad i større grad enn de med videreutdanning vil støtte seg til forskning istedenfor «slik vi alltid har gjort» (tabell 2).

Tabell 2. Forventninger og holdninger til en masterutdanning (N = 475)

Forventninger og holdninger til en masterutdanning	Delvis eller helt uenig (Skår 1–2) n (%)	Verken uenig eller enig (Skår 3) n (%)	Delvis eller fullstendig enig (Skår 4–5) n (%)
Kunnskapsbasert praksis Gjennomsnitt (SD*)		3,7 (0,87)	
Sammenliknet med en videreutdanning vil en mastergradsutdanning gi økt kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert	51 (10,7)	89 (18,8)	335 (70,5)
Spesialsykepleiere med mastergrad vil i større grad enn de med videreutdanning støtte seg til forskning i stedet for å støtte seg til at «vi har alltid gjort det sånn»	81 (17,1)	104 (21,9)	290 (61,1)
Det å ha en mastergrad i seg selv er en evne til å tilegne seg kunnskap på et eller annet plan	69 (14,5)	111 (23,4)	295 (62,1)
Kritisk tenkning og samhandlingskompetanse Gjennomsnitt (SD*)		3,6 (0,90)	
En mastergradsutdanning innebærer å ha et mer kritisk blikk til hva som gjøres i praksis	102 (21,5)	99 (20,8)	274 (57,7)
Spesialsykepleiere med mastergrad vil kunne stimulere kollegaer til videre fagutvikling	53 (11,2)	105 (22,1)	317 (66,7)
Spesialsykepleiere med mastergradskompetanse vil ha større forutsetning for å bidra til utforming og videreutvikling av tjenesten	82 (17,3)	107 (22,5)	286 (60,2)
Mastergradsoppgaven gir en spisskompetanse som vil komme resten av avdelingen til gode	58 (12,2)	97 (20,4)	320 (67,4)
Fagområdene er i endring hele tiden, og en mastergradsutdanning gir økt kompetanse til å forbedre praksis sammenliknet med en videreutdanning	90 (19,5)	123 (26,7)	248 (53,8)
En mastergradsutdanning vil virke positivt på hvordan en uttrykker seg og samhandler med samarbeidspartnere	106 (22,3)	156 (32,8)	213 (44,8)
En mastergradsutdanning vil bidra til at en lettere får gehør hos samarbeidspartnere	94 (20,4)	167 (32,6)	200 (43,4)
Ferdighetsnivå og fagteoretisk kompetanse Gjennomsnitt (SD*)		2,4 (1,1)	
Et mastergradsstudium vil gi mindre funksjonsdyktige spesialsykepleiere ved endt utdanning	255 (53,7)	132 (27,8)	88 (18,5)
Et mastergradsstudium vil gjøre spesialsykepleierne mer praksisfjerne	236 (49,7)	100 (21,1)	139 (29,3)
Et mastergradsstudium vil gi lavere teoretisk kompetanse i selve faget (i spesialiteten)	257 (54,2)	141 (29,7)	77 (16,2)
Forventninger og erfaringer med en masterutdanning	Delvis eller helt uenig (Skår 1–2) n (%)	Verken uenig eller enig (Skår 3) n (%)	Delvis eller fullstendig enig (Skår 4–5) n (%)
Rekruttere og beholde Gjennomsnitt (SD*)		3,1 (0,83)	
Det vil være vanskeligere å rekruttere til yrket med en mastergradsutdanning	196 (41,3)	148 (31,2)	131 (27,6)
Høyere teoretiske opptakskrav vil gjøre at vi mister potensielt gode praktikere som søkere	111 (23,4)	91 (19,2)	273 (57,5)
Det kan bli vanskeligere å beholde mastergrads-utdannede spesialsykepleiere i klinisk praksis	154 (32,4)	120 (25,3)	201 (42,3)
Faget blir mer akademisk og vil bidra til lavere rekruttering	194 (40,8)	131 (27,6)	150 (31,6)
Mastergradsutdanning i spesialiteten vil bidra til at spesialsykepleierne i mindre grad blir i yrket («ved sengen»)	78 (16,4)	215 (45,3)	182 (38,3)

Med en mastergradsutdanning er det større mulighet for at spesialsykepleiere ikke blir værende i klinisk utøvelse, men søker seg til andre funksjoner	90 (18,9)	138 (29,1)	247 (52,0)
Behov for master Gjennomsnitt (SD*)	2,6 (0,53)		
Det er bortkastet å ta en mastergrad	352 (74,1)	71 (14,9)	52 (10,9)
Jeg vet ikke hva en mastergradsutdanning skal brukes til	319 (67,2)	88 (18,5)	68 (14,3)
De med mastergradsutdanning vil bli desillusjonerte etter hvert fordi de har forventninger til at kompetansen blir brukt mer i hverdagen	130 (27,4)	207 (43,6)	138 (29,1)
Mastergradsutdanning er kun nødvendig for dem som arbeider som fagutviklingssykepleiere	324 (68,2)	81 (17,1)	70 (14,7)
Leger og andre samarbeidspartnere mener at det er unødvendig med mastergrad for spesialsykepleiere	112 (23,6)	269 (56,6)	94 (19,8)
Det er en naturlig utvikling at videreutdanninger blir mastergradsutdanninger	85 (17,9)	87 (18,3)	303 (63,8)
Enkeltspørsmål			
Det er viktig å legge til rette for de med mastergradsutdanning slik at de kan delta i prosjekter	53 (11,2)	117 (24,6)	305 (64,2)
Det er et krav fra ledelsen om forskning og fagutvikling i avdelingen	107 (22,5)	149 (31,4)	219 (46,1)
Lederne mener at det er nødvendig med master for spesialsykepleierne	200 (42,1)	182 (38,3)	93 (19,6)

*SD = standardavvik

En masterutdanning kan stimulere til fagutvikling

Innen området «Kritisk tenkning og samhandlingskompetanse» var det størst enighet om at en masterutdanning ville kunne stimulere kollegaer til videre fagutvikling, og at mastergradsoppgaven vil gi en fordypning som vil komme resten av avdelingen til gode (tabell 2).

Under området «Ferdighetsnivå og fagteoretisk kompetanse» var mellom 16 prosent og 29 prosent delvis eller fullstendig enig i at en masterutdanning vil gi mindre funksjonsdyktige spesialsykepleiere, at de vil bli mer praksisfjerne, eller at en masterutdanning vil føre til en lavere teoretisk kompetanse innen spesialiteten (tabell 2).

Innen området «Rekruttere og beholde» var det litt mer variasjon. Cirka 30 prosent av respondentene ga uttrykk for at det kunne bli vanskeligere å rekruttere til yrket med en masterdanning. Mange (42 prosent) mente at det kan bli vanskeligere å beholde masterutdannede spesialsykepleiere i klinisk praksis (tabell 2).

Under området «Behov for master» mente et mindretall (11 prosent) at det er bortkastet å ta en masterutdanning. Flertallet (64 prosent) mente at det er en naturlig utvikling at videreutdanninger omgjøres til masterutdanninger (tabell 2).

Kvinnene og mennene svarte noe ulikt. Kvinnene var signifikant mer positive til påstandene under områdene «Kunnskapsbasert praksis» ($p = 0,006$) og «Kritisk tenkning og samhandlingskompetanse» ($p = 0,00$) sammenliknet med mennene.

Mennene var også signifikant mer negative til området «Rekruttere og beholde» ($p = 0,04$) og «Behov for master» ($p = 0,00$) sammenliknet med kvinnene (tabell 3).

Tabell 3. Sammenheng mellom de ulike kompetanseområdene og kjønn, spesialitet, stillingstype, sykehus og helseregion

	Kunnskaps- basert praksis Gj,snitt (SD*)	P-verdi	Kritisk tenkning / samhandling Gj,snitt (SD*)	P-verdi	Ferdighet / fagteoretisk kompetanse Gj,snitt (SD*)	P-verdi	Rekruttere / beholde Gj,snitt (SD*)	P-verdi	Behov for master Gj,snitt (SD*)	P-verdi		
Kjønn												
Mann	3,5 (0,90)	0,006	3,3 (0,94)	0,000	2,5 (1,6)	0,34	3,3 (0,85)	0,04	2,8 (0,57)	0,001		
Kvinne	3,8 (0,85)		3,6 (0,88)		2,4 (1,2)		3,1 (0,82)		2,6 (0,51)			
Spesialitet												
Anestesi	3,8 (0,83)	0,14	3,6 (0,87)	0,92	2,4 (1,1)	0,51	3,1 (0,79)	0,02	2,6 (0,53)	0,15		
Intensiv	3,7 (0,92)		3,5 (0,94)		2,4 (1,2)		3,2 (0,86)		2,6 (0,53)			
Sykehus												
1. Lokal	3,7 (0,90)	0,46	3,4 (0,96)	0,06	2,6 (1,2)	0,09	3,3 (0,72)	0,2	2,7 (0,55)	0,01		
2. Region	3,7 (0,91)		3,6 (0,91)		2,3 (1,1)		3,1 (0,84)		1 > 3		2,6 (0,54)	1 > 3
3. Universitet	3,8 (0,83)		3,7 (0,85)		2,3 (1,1)		3,0 (0,67)		4 > 2, 3		2,6 (0,52)	
4. Privat	3,6 (0,60)		3,3 (0,45)		2,8 (0,89)		3,6 (0,67)				2,6 (0,53)	
Ansatt												
1. Spesial- sykepleier	3,6 (0,88)	0,000 1 <	3,4 (0,92)	0,000 4 >	2,5 (1,2)	0,000 4 <	3,3 (0,78)	0,000 1 > 3, 4	2,7 (0,56)	0,000 4 <		
2. Leder	4,1 (0,59)	2, 3, 4	3,8 (0,68)	1, 2, 3	2,4 (0,97)	1, 2, 3	2,9 (0,80)	2 > 4	2,6 (0,48)	1, 2, 3		
3. Fagutviklings- sykepleier	4,2 (0,62)		3,8 (0,67)		2,3 (0,98)		2,9 (0,78)	3 > 4	2,4 (0,41)	3 < 1		
4. Pedagogisk ansatt	4,3 (0,76)		4,3 (0,62)		1,5 (0,77)		2,4 (0,81)		2,3 (0,38)			
Region												
1. Helse Sør-Øst	3,7 (0,88)	0,86	3,6 (0,91)	0,52	2,3 (1,1)	0,05 1 < 2, 3	3,0 (0,77)	0,003 4 > 1	2,6 (0,52)	0,14		
2. Helse Vest	3,8 (0,84)		3,5 (0,84)		2,6 (1,2)		3,2 (0,93)		2,6 (0,53)			
3. Helse Midt-Norge	3,8 (0,73)		3,7 (0,76)		2,6 (1,1)		3,3 (0,75)		2,7 (0,57)			
4. Helse Nord	3,6 (1,1)		3,4 (1,1)		2,6 (1,2)		3,5 (0,93)		2,7 (0,57)			

Tegnene < og > viser til forholdet i svar mellom gruppene (angitt som tall i første kolonne i tabellen) på de enkelte variablene (sykehus, ansatt, region)

*SD = standardavvik

Mann-Whitney U-test ble brukt for å undersøke om kjønn og spesialisering påvirket de ulike kompetanseområdene. Kruskal-Wallis-test ble brukt for å undersøke om stilling, type sykehus og helseregion påvirket de ulike kompetanseområdene.

Innenfor alle områdene var samsvaret stort mellom anesthesi- og intensivsykepleierne bortsett fra at intensivsykepleierne ga uttrykk for noe mer bekymring for det å rekruttere og beholde ($p = 0,02$) (tabell 3).

Lokalsykehusene var mer bekymret

Respondentene svarte noe ulikt avhengig av hvilken type sykehus de arbeidet på. Den største forskjellen var mellom universitetssykehus og lokalsykehus.

Respondentene på lokalsykehusene var signifikant mer bekymret for konsekvensene av en masterutdanning innen områdene «Rekruttere og beholde» og «Behov for master» sammenliknet med ansatte på universitetssykehusene (tabell 3).

Respondenter fra Helse Sør-Øst var mindre bekymret sammenliknet med de andre helseregionene innenfor området «Ferdighetsnivå og fagteoretisk kompetanse» ($p = 0,05$), mens Helse Nord var mer bekymret enn Helse Sør-Øst innenfor området «Rekruttere og beholde» ($p = 0,003$).

De pedagogisk ansatte var gjennomgående mer positive til en masterutdanning enn fagutviklingssykepleiere, lederne og spesialsykepleierne (tabell 3).

Diskusjon

Samlet sett ga flertallet av respondentene i studien støtte til at spesialsykepleiere med mastergrad i større grad vil inneha den kompetansen som skal til for å arbeide kunnskapsbasert.

Vi ser likevel at lederne, fagutviklingssykepleierne og pedagogisk ansatte i større grad enn spesialsykepleierne er mer positive til at en masterutdanning gir bedre forutsetninger for å arbeide kunnskapsbasert. Noe av forklaringen kan være at disse gruppene i større grad selv har en masterutdanning og vet hvilken kompetanse en mastergrad gir.

Spesialsykepleiere uten masterutdanning har mindre kunnskap om hva en mastergrad innebærer, og er mindre bevisst på den kompetansen som naturlig følger av et endret utdanningsforløp på mastergradsnivå.

Ledere på høyere nivå i helseforetak og arbeidsgiverforeningen Spekter har derimot gitt uttrykk for motvilje mot at en mastergrad blir den eneste godkjente spesialutdanningen (23).

«Flertallet mente at spesialsykepleiere med en mastergrad vil stimulere til fagutvikling og gi en spisskompetanse som kan komme resten av avdelingen til gode.»

Innenfor området «Kritisk tenkning og samhandlingskompetanse» var respondentene overveiende positive til konsekvensene av en masterutdanning. Flertallet mente at spesialsykepleiere med en mastergrad vil stimulere til fagutvikling og gi en spisskompetanse som kan komme resten av avdelingen til gode.

Spesialsykepleierne var likevel mindre positive sammenliknet med dem som hadde andre typer stillinger. Dette kan forklares med at det er færre spesialsykepleiere med masterutdanning sammenliknet med dem som har andre typer stillinger.

Det kan påvirke evnen til å vurdere i hvilken grad en masterutdanning øker kompetansen når det gjelder kritisk tenkning og samhandling. Innenfor dette området var det også signifikant forskjell på svarene avhengig av hvilken type sykehus respondentene arbeidet på.

Universitetssykehusene var mest positive

Respondentene på universitetssykehusene var signifikant mer positive til følgene av en masterutdanning sammenliknet med respondentene på lokalsykehusene, men det var ingen forskjell mellom regionene.

Noe av forklaringen kan være at universitetssykehusene i større grad har ansvar for å utdanne ulike grupper helsepersonell ved siden av pasientbehandlingen sammenliknet med lokalsykehusene. Av den grunn har de mer erfaring med de positive følgene utdanning gir.

«Få ga uttrykk for at et masterstudium vil gi mindre funksjonsdyktige spesialsykepleiere.»

Få ga uttrykk for at et masterstudium vil gi mindre funksjonsdyktige spesialsykepleiere, at de vil være mer praksisfjerne, og at de vil oppnå lavere kompetanse i spesialiteten. Pedagogisk ansatte var signifikant mindre bekymret for at masterstudiet vil fjerne sykepleierne fra praksis sammenliknet med de andre gruppene.

Vi antar at de pedagogisk ansatte har mer innsikt og innflytelse på innholdet i masterutdanningen sammenliknet med de andre gruppene. De arbeider direkte med å utarbeide planer og innhold i utdanningen, mens de andre gruppene har mindre innflytelse og innsikt i dette arbeidet.

Sykehusledelsen på høyeste nivå og arbeidsgiverforeningen Spekter har derimot uttrykt bekymring for at en akademisering går på bekostning av nødvendig handlingskompetanse (24).

Innenfor området «Rekruttere og beholde» ga over halvparten (57,5 prosent) uttrykk for at høyere teoretiske opptakskrav kan medføre at man mister gode praktikere som søkere, men kun 30 prosent mente at det vil bli vanskeligere å rekruttere til yrket. Opptakskravet for å komme inn på en masterutdanning varierer.

De fleste utdanningssteder har de samme opptakskravene til masterutdanning som til videreutdanning (for eksempel Universitetet i Agder og Universitetet i Stavanger). Bekymringen er derfor ubegrunnet for de fleste utdanningsstedene.

Det er behov for mastergrad i klinisk utøvelse

Spørsmålet er hva det betyr å være en «god praktiker». En god praktiker kjennetegnes blant annet av å ha høy teoretisk kompetanse som brukes i direkte utøvelse av faget og til å argumentere for valg og avgjørelser som tas i den direkte pasientomsorgen (25).

Respondentene uttrykte at det kan bli vanskelig å beholde spesialsykepleiere med mastergrad «ved sengen», og at de vil søke andre stillingstyper etter endt utdanning. Det kan forklares med at det foreløpig ikke er så mange spesialsykepleiere som har masterutdanning.

Erfaringen så langt er at de som har masterutdanning, i stor grad har søkt seg til stillinger som leder, fagutviklingssykepleier eller lærer. I disse stillingene er mastergrad et fortrinn eller et krav for å få jobben. Intensivsykepleierne mente at det kunne bli vanskeligere å rekruttere og beholde spesialsykepleierne sammenliknet med anestesisykepleierne.

Igjen var det de pedagogisk ansatte som uttrykte minst bekymring, og spesialsykepleierne som uttrykte mest bekymring. En forklaring kan være at det er spesialsykepleierne som arbeider med direkte pasientkontakt, som vil merke at rekrutteringen blir dårligere, eller om turnover i avdelingen blir større.

«Helse Nord var mer bekymret [enn Helse Sør-Øst] for at det kunne bli vanskeligere å rekruttere og beholde spesialsykepleiere.»

Forskjellen mellom Helse Sør-Øst og Helse Nord var at respondenter fra Helse Nord var mer bekymret for at det kunne bli vanskeligere å rekruttere og beholde spesialsykepleiere. Det kan muligens forklares med at tilgangen på spesialsykepleiere generelt var mindre i Helse Nord.

Innenfor området «Behov for master» kom det frem en generell positiv holdning til masterutdanning som understøttes ved at flertallet mente at det er en naturlig utvikling at videreutdanningene blir masterutdanninger.

Det er bestemt at vi i Norge skal ha tre gradsstrukturer: bachelor, master og ph.d. (5). Det burde være en selvfølge at utdanningsløpet for spesialsykepleiere følger disse føringene. Å utdanne spesialsykepleiere bør gi akademisk uttelling.

«Respondentene mente at utdanning på masternivå er like viktig for spesialsykepleiere som jobber pasientnært.»

Majoriteten mente at en masterutdanning ikke bør forbeholdes fagutviklingssykepleiere, og det kan tyde på at respondentene mente at utdanning på masternivå er like viktig for spesialsykepleiere som jobber pasientnært.

Det var ulike oppfatninger om behovet for en master, og igjen var det den øverste ledelsen ved helseforetakene som ga uttrykk for skepsis blant annet på grunn av merkostnadene (24).

Det var signifikante forskjeller mellom kjønnene

Mennene var på flere områder mer kritisk til behovet for en masterutdanning sammenliknet med kvinnene, spesielt innenfor kompetanseområdene kunnskapsbasert praksis, kritisk tenkning og samhandlingskompetanse.

En forklaring kan være at menn som har videreutdanning, i større grad enn kvinner mener at de har tilstrekkelig kunnskap til både å kunne arbeide kunnskapsbasert og ha en kritisk og analytisk tilnærming til fagområdet og i samhandling med kollegaer.

Det var signifikant forskjell mellom kjønnene på alle enkeltspørsmål innen området «Kritisk tenkning». Størst enighet var det på utsagnene om at en masteroppgave gir spisskompetanse som kommer resten av avdelingen til gode, og at en mastergrad gir økt kompetanse til å forbedre praksis sammenliknet med en videreutdanning.

Disse spørsmålene var mer generelle og rettet seg ikke så mye mot personlig kompetanse, noe som understøtter at menn i større grad enn kvinner uttrykte et mindre behov for den kompetansen en mastergrad kan gi.

Svakheter ved studien

Det er flere svakheter ved studien. Intensjonen var å få kunnskap om hva anestesio- og intensivsykepleiere i hele landet mente om masterutdanning. Svarprosenten var lav.

Årsaken kan være at det var mange som ikke fikk tilbud om å delta, enten fordi e-postadressene til lederne vi fikk oppgitt, var feil, eller at lederne ikke videresendte forespørselen til sine ansatte. Vi purret én gang, som resulterte i noe større deltakelse.

Det kan stilles spørsmål om resultatet er representativt. Det kan være at de som svarte, var mer opptatt av utdanningsspørsmål. Resultatene vedrørende de ulike helseregionene må også tolkes med forsiktighet fordi noen av regionene var representert med få respondenter. På tross av lav svarprosent er det likevel en styrke at respondenter fra alle regioner og ulike sykehus var representert.

Vi baserte spørreskjemaet på utsagn som kom frem i de kvalitative intervjuene, og en del utsagn hadde et muntlig preg. Det betyr at flere formuleringer kanskje kunne misforstås eller tolkes ulikt.

Et eksempel er begrepet praksisfjern, som kan forstås på flere måter. Det kan bety at man er mer opptatt av en teoretisk tilnærming til faget, eller at man i mindre grad ønsker å arbeide pasientnært.

I påstanden om at høyere teoretiske opptakskrav kan gjøre at vi mister potensielt gode praktikere som søkere, ligger det en premiss om at opptakskravene vil bli høyere med en masterutdanning. Det er ikke nødvendigvis riktig, da mange masterutdanninger har samme opptakskrav som en videreutdanning.

Konklusjon

Begge faggruppene hadde generelt positive holdninger til og erfaringer med masterutdanning i anesthesi- og intensivsykepleie. Flertallet mente at det er en naturlig utvikling at videreutdanninger blir masterutdanninger.

Få uttrykte bekymring for at en masterutdanning vil gi mindre funksjonsdyktige spesialsykepleiere, men flere ga uttrykk for at det kan bli vanskeligere å rekruttere til yrket og beholde masterutdannede i klinisk praksis.

En masterutdanning vil bidra til å løfte det kliniske blikket ved en mer kritisk vurdering av nåværende praksis og egne handlinger og tankesett samt øke forståelsen for det å kunne se organisasjonen som helhet.

Pasientene lever lenger i dag. Mange har komplekse og sammensatte diagnoser, behandlingstilbudet er stadig mer avansert, og de relasjonelle møtene mellom pasienter og helsepersonell blir kortere. Det gjør at behovet for rett kompetanse blir enda viktigere. Sykepleiere med masterkompetanse vil styrke helseteamets samlede kompetanse og bidra til økt pasientsikkerhet.

Forskning i helsetjenesten er viktig for å heve kvaliteten på pasientbehandlingen og den sykepleien som gis. Spesialsykepleiere med masterkompetanse er helt nødvendige bidragsyttere i kunnskapsutviklingen og forskningen i årene som kommer.

Det å motarbeide at utdanning av spesialsykepleiere skal være på masternivå, er ikke bare på tvers av internasjonal godkjent gradsstruktur, men også å gå baklengs inn i fremtiden.

Referanser

1. Grønvik CKU, Ulvind I, Bjørkly S. Videreutdanning gjør sykepleiere bedre rustet til å arbeide kunnskapsbasert. Sykepleien Forskning. 2018;13(69520):e-69520. DOI: [10.4220/sykepleienf.2018.69520](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2018.69520).
2. Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> (nedlastet 10.01.2020).
3. Joen Y, Lathinen P, Meretoja R, Leino-Kilpi H. Anaesthesia nursing education in the Nordic countries: literature review. Nurse Educ Today. 2015;35(5):680–8. DOI: [10.1016/j.nedt.2015.01.015](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.015).
4. Collins S, Hewer I. The impact of the Bologna process on nursing higher education in Europe: a review. Int J Nurs Stud. 2014;51(1):150–6. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2013.07.005](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.005).
5. Forskrift 8. november 2017 nr. 1846 om Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring og om henvisningen til Det europeiske kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring 2017. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-11-08-1846> (nedlastet 10.01.2020).
6. St.meld. nr. 44 (2008–2009). Utdanningslinja. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-44-2008-2009/id565231/> (nedlastet 10.01.2020).
7. Meld. St. 4 (2018–2019). Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2019–2028. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-4-20182019/id2614131/> (nedlastet 10.01.2020).
8. NOU 2018: 2. Fremtidige kompetansebehov I – Kunnskapsgrunnlaget. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2018.

9. NOU 2019: 2. Fremtidige kompetansebehov II – utfordringer for kompetansepolitikken. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-2/id2627309/> (nedlastet 10.01.2020).
10. LeGrow K, Espin S. Critical reflection on practice development, beginning explorations of the connectedness between patient – centered care, practice development and advanced nursing competencies to promote professional development. IPDJ. 2017;7(2). Tilgjengelig fra: https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol7No2/IPDJ_0702_08.pdf (nedlastet 10.01.2020).
11. Universitets- og høgskolerådet. Merverdi av master i sykepleie. Rapport fra nasjonal fagstrategisk enhet for utdanning og forskning innen helse- og sosialfag. Oslo: Universitets- og høgskolerådet; 2016.
12. 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. 2013;32(1);57–64. DOI: [10.1016/j.nedt.2011.02.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.02.001).
13. Norsk Sykepleierforbund. Fremtidens spesialsykepleiere. Krav til spesialiststruktur, utdanningskvalitet og dimensjonering 2016. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2976737/cache=1465980149000/Fremtidens_spesialsykepleier_pdf.pdf (nedlastet 10.01.2020).
14. NOU 2008: 3. Sett under ett – Ny struktur i høyere utdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2008-3/id497182/?ch=1> (nedlastet 10.01.2020).
15. Millberg LG. Akademisering av specialistsjukskötarskans utbildning i Sverige. Karlstad: Fakulteten for samhälls- och livsvetenskaper. Karlstads Universitet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:570330/FULLTEXT01.pdf> (nedlastet 10.01.2020).
16. Millberg LG, Berg L, Brämberg EB, Nordström G, Öhlén J. Academic learning for specialist nurses: a grounded theory. Nurse Educ Pract. 2014;14(6):714–21. DOI: [10.1016/j.nepr.2014.08.008](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.08.008).
17. Song G, Xing X, Gui-fang G. A systematic review of the impact of master's educated nurses on inpatient care. Intern J Nurs Sci. 2015;2(4):414–21. DOI: [10.1016/j.ijnss.2015.10.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.10.003).

18. Clark L, Casey D, Morris M. The value of Master's degree for registered nurses. BJN. 2015;24(6). DOI: [10.12968/bjon.2015.24.6.328](https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.6.328).
19. Lerdal A. Vi trenger funksjonsorienterte mastergrader. Sykepleien Forskning. 2014;9(2):103. DOI: [10.4220/sykepleienf.2014.0103](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0103).
20. Skogsaas B. Praksisveilederes refleksjoner om akademisering av AIOK videreutdanningene. Sykepleien Forskning. 2016;(1);54-64. DOI: [10.4220/sykepleienf.2016.56818](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2016.56818).
21. Skogsaas B, Valeberg BT. Hva mastergradskompetanse kan bidra med i klinisk praksis: en kvalitativ studie. Sykepleien Forskning. 2017;12(63495):e-63495. DOI: [10.4220/sykepleienf.2017.63495](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2017.63495).
22. Kline P. Handbook of Psychological Testing. 2. utg. New York, NY: Routledge; 2000.
23. Ulvestad AK. Mastergraden – ikke nødvendigvis kvalitet. Oslo: Fontene Forskning; 2019. Tilgjengelig fra: <https://fontene.no/fagartikler/mastergraden--ikke-nodvendigvis-kvalitet-6.47.664922.b82b5df383> (nedlastet 24.05.2020).
24. Innpassning av videreutdanning i mastergrad. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Universitets- og høgskolerådet 14.12.2014. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/attachment.ap?id=3052> (nedlastet 26.05.2020).
25. Furåker C, Nilsson A. Kompetens, kunnskap och lärande. I: Leksell J, Lepp M, red. Sjuksköterskans kärnkompetanser. Stockholm: Liber AB; 2013.