

# **Behov for avansert kliniske sykepleiere innen eldreomsorgen i Norden**

**En kvalitativ studie ut fra legenes perspektiv**

**Esma Smailhodzic**



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap**

**Master i klinisk helsearbeid**

**Studieretning: Master i Avansert klinisk geriatrisk sykepleie**

**HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE**

11.01.2016







## FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP

Papirbredden, Drammen Kunnskapspark

Grønland 58

3045 DRAMMEN

<b>Navn:</b> Esma Smailhodzic	<b>Dato:</b> 11.01.2016
<b>Tittel og undertittel:</b> Behov for avansert kliniske sykepleiere innen eldreomsorgen i Norden- En kvalitativ studie ut fra legenes perspektiv	
<b><u>Sammendrag:</u></b>  <b>Bakgrunn:</b> Eldreomsorgen står foran store utfordringer i fremtiden og behovet for helse- og omsorgstjenesten vil øke i årene framover. Flere land har satt i gang effektivisering av sin helsetjeneste og ser på avansert sykepleiers rolle som en viktig resurs i denne prosessen.  <b>Hensikt:</b> Hensikten med dette masterprosjektet er å utforske legenes syn for behovet av avansert klinisk sykepleiere (AKS) i eldreomsorgen i Norden. Målet er å utvikle modeller for avanserte geriatriske sykepleiere, deres ansvarsområder og arbeidsoppgaver.  <b>Metode:</b> Det har blitt gjennomført en kvalitativ studie med bruk av semistrukturerte intervju. Fem leger fra fire Nordiske land har deltatt i studiet. Analyse av intervjuene ble gjennomført med hjelp av kvalitativ innholdsanalyse fra Kvale & Brinkman.  <b>Resultat:</b> Erfaringer til legene viser at det er mange utfordringer i eldreomsorgen og at det er nødvendig med å øke kunnskap og kompetanse, samt forbedre kvalitet på dette området spesielt i primærhelsetjenesten.  <b>Konklusjon:</b> Funnene i denne studien tilsier at legene opplever AKS som meget nyttig ressurs i eldreomsorgen. Erfaringer fra denne studien viser til at implementering av AKS forutsetter rolleavklaring og arbeidsfordeling, samt lovregulering av henvisnings og forskrivningsrett.	
<b>Nøkkelord:</b> avansert klinisk sykepleie; kvalitativ innholdsanalyse; eldreomsorg; primærhelsetjeneste.	



**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

Papirbredden Drammen Kunnskapspark

Grønland 58

3045 DRAMMEN

<b>Name: Esma Smailhodzic</b>	<b>Date: 11.01.2016</b>
<b>Title and subtitle: The need for advanced clinical nurses in elderly care in Scandinavia- A qualitative study from the physicians' perspectives</b>	
<p><b><u>Summary:</u></b></p> <p><b>Background:</b> The area of Elderly care is facing great challenges in the future. The need for health care for this group will increase in the years to come. Several countries have started efficiency improvements of their health services and they are looking at the role of the Advanced Nurse as an important role in this process.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose with this master thesis is to explore the physicians' perspectives for the need of advanced clinical nurses in the Elderly care in Scandinavia. The aim is to develop models for advanced geriatric nurses, their responsibilities and assignments.</p> <p><b>Method:</b> As a method, a qualitative study has been used together with semistructured interviews. Five physicians' from four Nordic countries have participated in this study. A qualitative content analysis from Kvale &amp; Brinkman was used to analyze the interviews.</p> <p><b>Result:</b> The physician's experience shows that there are many challenges in the Elderly care. It is necessary to increase knowledge and competence as well as improve quality in this area, especially in primary health care.</p> <p><b>Conclusion:</b> The findings of this study shows that physicians experience the Advanced Clinical Nurses as a very useful resource i the Elderly Care setting. The lessons from this study shows that implementation of Advanced Clinical Nurses presupposes clarification of roles and division of labor as well as the regulation of referral and prescription laws.</p> <p><b>Key words:</b> Advanced Clinical Nursing; qualitative content analysis; Elderly care; primary health care.</p>	



## **FORORD**

Arbeidet med å skrive denne masteroppgaven har gitt meg mer kunnskap om eldre mennesker og deres behov, samt bedre innsikt i eget yrke.

Jeg føler meg heldig og privilegert som har deltatt i det felles nordiske prosjekt organisert av Geroproff om avansert geriatrikisk sykepleie i Nordisk kontekst.

I den anledning vil jeg takke min veileder Lisbeth Fagerström for faglig støtte og veiledning. Jeg ønsker videre å takke mine døtre Seila og Medina, som har vært tålmodige og oppmuntret meg i arbeidet med masteroppgaven. Takk til mine venner Merima, Irma og Darko for hjelpen.

Det har vært en flott opplevelse å studere sammen med andre studenter fra nordiske land. Takk for et flott samarbeid og støtte Jonvør, Anne Dorthe, Marie og Mari.







# INNHALDSFORTEGNELSE

KAPITTEL 1 INTRODUKSJON .....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Hensikt og problemstilling .....	3
1.3 Primærhelsetjenesten og behov for AKS .....	3
1.4 Tidligere forskning .....	4
KAPITTEL 2 TEORETISKRAMME .....	6
2.1 AKS profesjons utvikling og definisjon .....	6
2.2 Geriatri og den eldre pasienten .....	8
KAPITTEL 3 EMPIRISK STUDIE .....	10
3.1 Bakgrunn for valgt metode .....	10
3.2 Utvalg .....	11
3.3 Analyse av data .....	11
3.4 Forforståelse .....	12
3.5 Etikk .....	12
KAPITTEL 4 RESULTAT .....	14
4.1 Summering av resultatene .....	14
4.2 En tentativ modell for AKGS – slik som legene ser på det .....	14
KAPITTEL 5 METODEDISKUSJON .....	18
KAPITTEL 6 KONKLUSJON .....	19
LITTERATURLISTE .....	20



## FIGUREN OG TABELLENE

Figur 1 Skjematisk beskrivelse av en tentativ modell for AKGS .....	15
Tabell 1 Beskrivelse av informantene .....	30
Tabell 2 Eksempel på analyse av intervjumateriale .....	31
Tabell 3 Kategorier og subkategorier som resultat av analysen på legenes syn på implementering av AKS i eldreomsorgen .....	32

## OVERSIKT OVER VEDLEGG

Vedlegg 1 NSD- Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger	
Vedlegg 2 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet	
Vedlegg 3 Samtykke til deltakelse i studien	
Vedlegg 4 I AKGS – Infobrev om AKGS	
Vedlegg 5 Intervjuguide	
Vedlegg 6 Nordisk teoretisk modell for AKS	
Vedlegg 7 Nordisk tidsskrift for helseforskning- forfatterinstruks	

Antall ord i kappen: 5131



# KAPITTEL 1 INTRODUKSJON

## 1.1 Bakgrunn

I forbindelse med masteroppgaven i Avansert klinisk sykepleie ved HSN, har masterstudenter som deltok i den nordiske avanserte kliniske geriatrikiske sykepleie modulen, gjennomført en felles studie. Den nordiske AKGS modulen ble organisert av Geroproff (2012) nettverket, som var et nordisk prosjekt mellom høyskoler/universitet i Sverige, Finland, Danmark og Norge. Fem masterstudenter intervjuet i sin region en sykepleierkollega, en leder, en lege, en politiker og en eldre person om deres syn på behovet av og implementering av AKS i primærhelsetjenestens eldreomsorg. Min del av prosjektet var å se på legenes synspunkter på behov og implementering av AKS. Målet med implementering av AKS er å tilby eldre mennesker bedre helsehjelp og øke kvalitets tjeneste for dem (Delamaire, 2010).

I Norge og andre skandinaviske land begynte tallet på eldre mennesker å stige allerede omkring 1950. Den første eldrebølgen varte i Norge fram til 1990 og i den perioden hadde antall eldre over 67 år økt fra 8 % til 14 % av befolkningen. Det forventes at det i den andre eldrebølgen fra 2010 til 2050 vil tallet igjen øke til 25 % av befolkningen, det vil si om lag en million (Romøren, 2008). Som følge av økt alder i befolkningen har det skjedd, og skjer fortsatt en dramatisk øking innenfor store sykdomsgrupper, spesielt innenfor såkalte livsstilssykdommer. I Norge er det for eksempel registrert økt antall i en rekke slike tilstander: KOLS, demens, diabetes, overvekt, hjertesvikt, kreft, og en betydelig økende omfang innen psykisk helse og rus (Helse og- omsorgsdepartementet 2009).

Med innføring av samhandlingsreformen i Norge har kommunehelsetjenesten fått større ansvar for å gi helsehjelp til de økende pasientgruppene. I overgang mellom nivåene i helsetjenesten skal kommunene sikre trygghet for pasientene og brukerne (ibid.). Det er dessverre slik at eldre møter en del utfordringer i forbindelse med dette. På bestillingen fra Helsetilsynet har Sørby mfl. (2009) utarbeidet en rapport med fokus på kunnskapen om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Det viste seg at mangelfull koordinering og organisering av helsehjelpen til eldre var et gjennomgående problem. Hjemmebaserte tjenester og sykehjem



tar i dag hånd om langt flere og sykere pasienter enn tidligere (Fjelltn,2009). Mange hjemmeboende er sykere og mindre mobile enn før, og det kan være en stor belastning å bli transportert til et legekantor eller en legevakt (Helse og- omsorgsdepartementet 2009). Det er stort behov for systematisk oppfølging av hjemmeboende syke eldre mennesker (Næss, 2011; Næss et al 2011). En forverring av vanlige medisinske tilstander (f.eks. lungebetennelse) medfører i de fleste tilfeller innleggelse på sykehus. Det skjer ofte fordi det ikke finnes tilpassende og kvalifisert tilbud i kommunen (Helse og- omsorgsdepartementet 2009).

Alt tyder på at behovet for helsetjeneste for eldre, og for pleie og omsorgstjeneste vil øke fremover. Derfor må kompetansen om eldre og Eldres sykdommer, symptomer og helse økes i alle deler av helsetjenesten samt forskning om disse må styrkes. Det er nødvendig med et faglig løft slik at helsetjenesten kan imøtekomme morgendags utfordringer (Den Norske Legeforening, 2001). I denne forskningen vises at det er mange felles utfordringer i eldreomsorgen i de fleste nordiske land.

Denne masteroppgaven består av to deler: en kappe og en artikkel. I kappedelen ønsker jeg å utdype metode og resultatdelen. Forskningen ble gjennomført ved hjelp av en kvalitativ metode og denne skal jeg presentere i metodedelen. Teoretiskramme delen vil inneholde viktige begreper for hva forskningen gjelder for: AKS, geriatri og eldre pasienter. Det hva legene mener om hvordan nye modeller for AKS skal fungere og jobbe skal bli presentert i kapittel fire- resultatdelen. Kapittel fem er metodediskusjon og kapittel seks er konklusjonen for denne studien.



## 1.2 Hensikt og problemstilling

Formålet med studien er å beskrive legers oppfatning og vurdering av behovet for avansert klinisk sykepleie- AKS for eldre i primærhelsesektoren i Norden, samt organisatoriske forutsetninger for nye modeller og roller for dem. Studien baseres på intervju med fem leger: en fra Finland, Danmark og Norge, samt to fra Sverige. Resultatene fra denne studien skal forhåpentligvis publiseres som en artikkel i Nordisk Tidsskrift for Helseforskning (Vedlegg nr. 7). Problemstillingen for dette prosjektet er:

*Hva synes legene om behovet for AKS og hvilke ansvarsområder og roller skal den nye sykepleier modellen ha i eldreomsorgen i Norden?*

## 1.3 Primærhelsetjenesten og behov for AKS

Primærhelsetjenesten er definert som den delen som i første linje har ansvar for og tilbyr tjenestene der folk bor og arbeider, og som formidler og koordinerer de tjenestene pasienter trenger fra andre deler av helsetjenesten (Helsedirektoratet- VND, 2015). Kommunale tjenester er veldig viktige, og blir i årene framover stadig viktigere for å møte de samlede utfordringene og befolkningenes behov for helse- og omsorgstjenester. Disse tjenester vil med stor sannsynlighet være annerledes enn den tjenesten vi ser i dag. Regjeringen i Norge vil skape «pasientens helsetjeneste» og for å oppnå dette kreves endringer. Dette medfører mange nye og utvidede oppgaver for kommunene.

Eldre mennesker er den største gruppen av mottakere av kommunenes pleie og omsorgstjenester og de bruker ca. halvparten av sykehussengene (Romøren, 2008). Sørbye (2009) har registrert svikt i samarbeidet og kommunikasjonen mellom de ulike aktørene som spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det skjer for eksempel en del svikt i informasjonsoverføring og kommunikasjon rundt forordning av legemidler i primærhelsetjenesten. Feilbruk av legemidler er en av de avvikene som ofte skjer hos nyutskrevne, eldre, hjemmeboende pasienter og derfor er det stor behov for oppfølging av denne gruppen pasienter (ibid.).



Samhandlingsreformen, forandringen i spesialisttjenestes tilbud og ny kommunestruktur er noen av utfordringene kommunene står foran (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). På den andre siden har framtidens brukere andre ressurser for å møte sykdom, funksjonsnedsettelse og problemer med dette. Mange av dem har egne ressurser som kan tas i bruk og det må framskrives. Det kommer en ny generasjon av eldre som vil leve lengre, som har bedre økonomi, helse, utdanning og helt andre materielle forhold enn generasjon før dem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Flere studier viser at det er stor behov for AKS i eldreomsorgen og at det er flere grunner for dette: multimorbiditet, polyfarmasi, behov for oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, oppnå kontinuitet, forbedre kvaliteten osv. (Åberg & Fagerström, 2005; Fagerström, 2009; Lindblad, 2010; Delamaire, 2010; Fagerström, 2011; Altersved et al, 2011; Finnbakk et al 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Ifølge Hauge et al (2011) trenger man også AGS i Norge blant annet på grunn av økende antall eldre, innføring av samhandlingsreformen og behovet for å forbedre helsetjenesten til eldre. Dessuten vil AKS tilgjengelighet gi mulighet for en mer differensiert og lettere tilgjengelig helsetjeneste for kronisk syke eldre (ibid.).

I primærhelsemeldingen har regjeringen gitt sykepleiere «mye plass», når det gjelder kompetanse, kunnskap, avansert roller og ansvar (Norsk Sykepleieforbund-NSF, 2015). Regjeringen viser til at det er behov for avanserte kliniske utdanninger for sykepleiere på mastergradsnivå etter modell Nurse Practitioner (NP). Denne utdanningen skal gi fordypning og kompetanse på bredere fagområder enn eksisterende videreutdanninger. Det er viktig for å kunne ivareta og gi trygge tjenester til brukere med sammensatte behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

## 1.4 Tidligere forskning

Litteratursøk om tidligere forskning ble gjennomført i databasene CINAHL, PUBMED, SveMed og Medline, med søkeord: AKS, avansert klinisk sykepleie, doctor, primary care physician, eldreomsorgen osv. Noen av forskningene fant jeg av å se i litteraturlisten på andre forskninger. Det finnes flere internasjonale studier når det gjelder behovet, roller, evaluering



av AKS og samarbeid mellom AKS og legen, men der er svært få studier som direkte utforsker legen sin mening på implementering av AKS i eldreomsorgen.

Legene mener at rollen for AKS krever en klar definisjon og avgrensning i forhold til ansvar og roller mellom kolleger (Lindblad,2010). Det er av stor betydning for at AKS funksjonen skal ha definerte roller og ansvarsområder for å kunne fungere i praksis og for å videreutvikle AKS yrket. Dette er nødvendig for å kunne forbedre internasjonale standarder for sykepleieryrket og praksis (Lowe et al 2012). AKS sin rolle dukket opp for å møte behovene til en endring i helsevesenet; men uten et støttende rammeverk og klar definisjon, kan rollen AKS miste sin effekt (Chang et al 2012).

Erfaringer fra flere studier viser at samarbeidet mellom AKS og leger er veldig viktig. Samarbeidet mellom legene og NP kan forbedre både kvaliteten og økonomien ved helsetjenestene, og føre til faglig tilfredshet. Samarbeidet forutsetter respekt for hverandre, den pasient, arbeidet, andre tilknyttende fagfolk og pasientens familier (O'Brien et al 2009; Ginsburg et al 2009). Leger med tidlig samarbeidstrening med Nurse practice- NP har mer positive holdninger til dem (Street et al 2010). I en studie fra Lindblad et al (2010) peker legene på at i samarbeidet med AKS får de også en konsulterende rolle. Det er nødvendig med mer forskning når det gjelder autonomi og samarbeid med legen (Maylone et al, 2011).

Selv om rollen av NP er i stadig utvikling, anses forskrivning og henvisningsrett for å være et stort faglig problem og barrierer i praksis for utviklingen av rollen. Dette fordi legene mener at det er hovedsakelig deres kompetanseområde (Lindblad et al 2010; Fagerström et al 2011; Delamare, 2010).



## KAPITTEL 2 TEORETISK RAMME

### 2.1 AKS profesjons utvikling og definisjon

Den internasjonale utviklingen av ekspert klinisk sykepleie startet i USA på midten av 1960-tallet, og spredte seg i løpet av de neste tiårene, særlig til England. I Norden startet den første ekspert sykepleier i Skövde i Sverige i 2003, samt i 2005 for kliniske ekspert sykepleiere i Vasa, Finland (Glasberg et al. 2009). På Island er det flere AKS' er med opplæring fra USA (Fagerström, 2011). Avanserte kliniske sykepleiere (AKS) har hatt ulike roller og jobbet i forskjellige selskaper, og det har vært en del forvirring om definisjonen (Glasberg et al 2009). Siden 1996, utviklet Hamric en modell for å beskrive kjerne kunnskapen og ferdigheter som kjennetegner en AKS med sikte på å styrke den faglige identitet (Nieminen et al, 2011; Fagerström 2011).

Ifølge ICN (2002) defineres en Advanced Practice Nurse på følgende måte:

*“A registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which she/he is credentialed to practice. A Master’s degree is recommended for entry level”.*

Nøkkelord i denne definisjonen er evnen til å gjøre komplekse beslutninger (*complex decision-making skills*) og en klinisk kompetanse for en utvidet klinisk praksis (*clinical competencies for expanded practice*). Et masterprogram i avansert klinisk sykepleie gir sykepleiere beredskap til en selvstendig faglig praksis. De sentrale kompetanseområdene i avansert klinisk sykepleie er utviklet med grunnlag i International Council of Nurses’ definisjon, internasjonal forskning innen området som er videreutviklet for en nordisk kontekst. I avansert klinisk sykepleie inngår følgende kompetansedomener: 1. Klinisk rettet sykepleiepraksis, 2. Etske beslutninger, 3. Coaching og veiledning 4. Konsultasjon 5. Samarbeid 6. Case management 7. Forskning og utvikling, samt 8. Lederskap. (Schober & Affara 2006, Hamric et al 2009, Fagerström 2011)



I nordisk sammenheng beskrives Avansert Klinisk Sykepleie slik:

*En sykepleier med en avansert klinisk kompetanse skal selvstendig kunne vurdere, diagnostisere og behandle vanlige akutte helseproblemer og sykdomstilstander samt ta ansvar for og ivareta oppfølging og pleie av kroniske helseproblemer. Hun/han kan systematisk utføre en omfattende klinisk undersøkelse av pasienten og utrede pasientens sykehistorie og helsebehov på en avansert måte. Med utgangspunkt i denne kliniske vurderingen har hun/han beredskap og evne til å kunne fastslå pasientens helsebehov og utføre de sykepleie- og behandlingstiltak som kreves. Hun/han ordinerer undersøkelser som laboratorieprøver og røntgenundersøkelser og ordinerer medisiner, henvise samt skrive inn og ut pasienter, dvs gi en helhetlig pleie, omsorg og behandling. Hun/han tar ansvar for, leder og koordinerer helsefremmende og forebyggende arbeid. Andre viktige ansvarsområder er evaluering og utvikling av virksomheter, kvalitetssikring og forskning innen eget fagområde. En avansert spesialistsykepleier har en grunnutdanning som sykepleier, tilstrekkelig arbeidserfaring samt en utdanning tilsvarende mastersgrad innen avansert klinisk sykepleie (Fagerström 2011).*

Ny organisering av tjenestene i Norge vil føre til at personellgrupper får nye roller og oppgaver. For å fylle disse rollene er det behov for økt klinisk kompetanse, for noen på masternivå. Første utdanningen i Avansert geriatrisk sykepleie på masternivå i Norge startet i 2011 ved UiO (Universitet i Oslo). AGS masterprogram ble utviklet i samarbeid med Norsk Sykepleieforbund som også har gitt økonomisk støtte til medlemmer som tok AGS master. Hensikten med masterprogrammer i avansert klinisk sykepleie er å kvalifisere sykepleiere til å kunne inneha et utvidet funksjons- og ansvarsområde.

AKS skal på en selvstendig og et kunnskapsbasert grunnlag, gjennomføre kliniske vurderinger av pasientens helsetilstand, planlegge helsetjenestetilbud, og iverksette og følge opp tilbudet. For å oppnå en slik kompetanse inngår kliniske studier som en sentral læringsform i utdanningen (Hauge et al 2011; Kirkevold 2011). AKGS rollen er ny i Norge og skal utprøves innenfor våre helsetjeneste systemer (ibid.). Videreutdanning på masternivå unngås ofte blant ansatte i kommunene på grunn av det økonomiske tapet. Derfor har



regjeringen etablert et lønnstilskudd til AKGS utdanningen for sykepleiere som er ansatt i kommunene (Helse og- omsorgsdepartementet,2015).

## 2.2 Geriatri og den eldre pasienten

*«Geriatri kan defineres som «læren om etiologi, patofysiologi, diagnose, profylakse og behandling av sykdom hos eldre, vanligvis avgrenset nedad mot en aldersgrense på 65 eller 70 år» (Laake, 2008).*

I Norge er geriatri en grenspesialitet under indremedisin og de fleste geriater jobber på sykehus. Rekrutterings-problemet for helsepersonell i framtiden øker i helse- og omsorgstjenesten for eldre, fordi det ikke er mange som prioriterer å jobbe i eldreomsorgen. På den andre siden må kompetansen om eldre og eldres sykdommen økes i alle deler av helsetjenesten (Legeforening,2001). Arbeidet i geriatrien er utfordrende og man må ha gode kunnskaper når det gjelder typiske geriatriiske problemstillinger, samt at man må aksepterer at det er tidskrevende (Laake 2008).

*«Den gamle pasienten er et gammelt menneske som har ett eller flere helseproblemer som gjør at han eller hun er i kontakt med helsevesenet» (Ranhoff,2008).*

Det er økende enighet i det geriatriiske forskningsmiljøet om tre begreper som ofte opptrer samtidig og som brukes til å beskrive sårbare gamle pasienter: skrøpelige, multisyke (de som har to eller flere kroniske sykdommer) og funksjonssvekkende (de som har svikt i en eller flere av dagliglivets funksjoner). Hos gamle mennesker over 75 år skjer det en del aldersforandringer som kan gjør at sykdommen oppstår lettere. Symptomer på sykdom blir mer utydelig og vanskelig å erkjenne, og pasienter med kognitiv svikt kan ofte ikke formidle subjektive symptomer. Eldre pasienter med kroniske sykdommer behandles ofte med flere legemidler- polyfarmasi (ibid.).



Når flere sykdommer foreligger samtidig (multimorbiditet), vil de som regel forsterke hverandres symptomer. Dermed blir også diagnostikken usikker og behandlingen mer komplisert. Ved akutt sykdom hos multisyke pasienter forverres situasjonen ytterligere. Rask medisinsk oppfølging er derfor spesielt viktig hos eldre pasienter. Dette fordi sykdomsbilde og funksjonsnivå fort kan forverres dramatisk og i noen tilfeller uten senere mulighet til å forbedres. Komplikasjoner oppstår mye lettere enn hos unge mennesker og derfor er det veldig viktig at diagnostiseringen og behandlingen skal skje så fort som mulig (Legeforening,2001).



## KAPITTEL 3 EMPIRISK STUDIE

### 3.1 Bakgrunn for valgt metode

Studien har et kvalitativ og beskrivende design. Metode betyr å følge en bestemt vei mot mål for å komme til mest mulig relevant og pålitelig kunnskap (Johannessen et al 2010). For å finne svar på problemstillingen: «*Hva syns legene om behovet for AKS, og hvilke ansvarsområder og roller skal en ny sykepleier modell ha i eldreomsorgen i Norden?*» var det naturlig å velge en kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming. Kvalitativ metode gir mulighet til å få mer kunnskap og forståelse om mennesker, deres tanker, erfaringer, følelser og håp (Malterud 2003, Kvale 1997). Denne metoden er egnet dersom man ønsker å få fram mangfoldet og nyanser i det man skal studere. Malterud (2003) sier at kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres.

Kvalitativ forskningsintervju ble brukt fordi dette er verktøy som kan brukes til å innhente beskrivelser av intervjupersoners livsverden. Ifølge Kvale (1997) er intervju et bokstavelig talt *inter view*, en utveksling av synspunkter mellom to personer som samtaler om et tema av felles interesse. Kvalitativ intervju bærer preg av dialog, hvor informantene skal få muligheten til å fortelle om et tema i stedet for å bare svare på spørsmål (ibid.). Vår forskergruppe var enig om å bruke intervjuguide (Vedlegg nr.5), og dette for å sette rammen for temaene, men likevel for å kunne ha muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål etter ønske og behov. Fordelen med å bruke denne muligheten er at vi på denne måten kan styre intervjuet, og at personer vi intervjuer også kan komme med egne meninger (Thagaard 2011).



## 3.2 Utvalg

For denne studien ble det foretatt et strategisk utvalg av informanter «Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsetning at materialet har potensial til å belyse den problemstillingen vi vil å ta opp (Malterud, 2003). Det betyr at jeg som forsker skulle velge en målgruppe som var relevant for min studie og som i utgangspunktet er kvalifisert for å gi meg den informasjonen som er aktuell for min problemstilling. Inklusjonskriteriene var at de valgte personene hadde kjennskap og erfaring fra primærhelsetjenesten og at de var kjent med den aktuelle situasjonen i eldreomsorgen. Videre var det ønskelig med variasjoner i ansiennitet, utdanning, kjønn og alder. Denne studien er en del av et felles nordisk prosjekt Geroproff (2012) hvor det ble intervjuet 25 personer. Intervjuene ble fordelt mellom studenter, og jeg har fått legegruppen som informanter.

## 3.3 Analyse av data

Analyse av data er en prosess som foregår kontinuerlig gjennom datainnsamlingen og etter at dataene er innhentet (Kvale, 1997; Postholm, 2010). I denne studien ble Kvale & Brinkmann metoden (2009) brukt for innholdsanalyse med fokus på det manifestet inneholdt. Manifest innholdsanalysen fokuserer på det som teksten forteller og som framstår tydelig i teksten. Hvert intervju ble lest flere ganger og jeg har underveis markert det som etter min mening var viktig for forskningen. I analyseprosessen har jeg brukt spørsmålene fra intervjuguiden som overskrifter. Videre har jeg brukt tabeller for å organisere og for å få bedre oversikt over kategorier og subkategorier.

Jeg har prøvd å finne de naturlige meningsenhetene slik intervjupersonene har uttrykt det, og de ble videre undersøkt med tanke på studiens formål. Neste trinn i analysen var meningskondensering, hvor deltagerens meninger ble oppsummert i kortere utsagn, det vil si omformulert med noen få ord. Hvert intervju ble videre organisert i subkategorier på bakgrunn av sentrale nøkkelord i datamaterialet. Videre i analysen ble alle intervjuene samlet, kategorisert og oppsummert. Det endelige resultat av analysen ble da tre hovedkategorier og ti underkategorier.



### 3.4 Forforståelse

Jeg har vært sykepleier i snart 30 år, og i mer av halvparten av min arbeidstid har jeg jobbet med eldre mennesker. For tiden jobber jeg som gruppeleder på somatisk/langtidsavdeling ved sykehjem. Som geriatriisk sykepleier (videreutdanning i Aldring og eldreomsorg) har jeg god innsikt i situasjonen i eldreomsorgen og eldre menneskers behov i primærhelsetjenesten. På bakgrunn av erfaringer og kompetanse/kunnskaper som jeg har tilegnet meg, har jeg en forforståelse om studiens tema.

Når man forsker i sitt eget fagfelt er en mulig fallgrube at en står i fare for å overse viktig informasjon på grunn av egen forforståelse, derfor er det viktig å være bevisst på dette gjennom hele forskningsprosessen (Thornquist,2003). Forforståelsen min kunne ha påvirket studiens troverdighet, men jeg har vært klar over det, og prøvd å unngå det. Jeg har hovedsakelig fokusert på legens oppfatninger og erfaringer i denne forskningen.

### 3.5 Etikk

Uavhengig av hvilken metode som velges er det viktig at forskningsopplegget er godkjent på forhånd (Hummelvoll et al 2010). Det innebærer at alle personer som er relevante blir kontaktet, som for eksempel: forskningsetiske komité, personvernombud og ledelsen ved virksomheten. Vi har søkt om godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og vi har informert den aktuelle ledelsen om forskningen (Vedlegg nr.1) Den nære kontakten forskeren etablerer med informanten, medfører en rekke etiske utfordringer. Etiske dilemmaer har en veldig viktig plass innenfor kvalitative metoder. All forskning som omhandler mennesker styres av Helsinkideklarasjonen (2013). Det er utarbeidet særskilte etiske retningslinjer som definerer forskerens forhold til informanter.

De tre hovedprinsippene som en forsker må være oppmerksom på er:

1) *informert samtykke* innebærer at forskningsprosjektet kan «settes i gang bare etter deltagerens informert og frie samtykke. (Vedlegg nr.2 og 3). Ved innhenting av informert



samtykke anbefales det ikke å gi for mye informasjon som kan gjør at intervjuobjektet kan bli påvirket. Våre informanter har fått en liten informasjonsbrosjyre angående AKS (Vedlegg nr.4).

2) *konfidensialitet* innebærer at «De som gjøres til gjenstand for forskning har krav på at all informasjon de gir, blir behandlet konfidensielt» (ibid.). Forskningsmaterialet ble anonymisert og alt av dokumentasjon ble bevart på en trygg plass inntil det skulle ødelegges.

3) *konsekvenser av å delta i forskningsprosjekt*- forskeren har ansvar for å unngå at de som utforskes utsettes for skade eller andre alvorlige belastninger (ibid.).



## KAPITTEL 4 RESULTAT

### 4.1 Summering av resultatene

Legene har vært veldig engasjerte og åpne, og de har gjort vurderinger og anbefalinger for behovet og implementering av AKS i eldreomsorgen og primærhelsetjenesten. Informantene var positive overfor AKGS, og dette er kommet fram i hvert intervju. De fortalte om utfordringer i eldreomsorgen og muligheter for hvor/hva AKGS kan brukes til, samt utfordringer ved implementeringen av AKS i eldreomsorgen.

Forskningen ble oppsummert i tre hovedkategorier og ti subkategorier. I den første kategorien ble det fokusert på utfordringer i eldreomsorgen, vurdert av legene: tidspress i eget arbeid, mangel på leger med geriatrisk kompetanse og mangel på kompetanse om eldre blant sykepleiere. Resultatene i den andre kategorien påpeker at det er behov for å forbedre kvaliteten i eldreomsorgen av flere grunner: mangel på kontinuitet, mangel på samarbeid, mangel på oppfølging av syke eldre og unngåelse av unødvendig innleggelse. Den tredje kategorien viser til at implementering av AKGS er krevende og det er flere utfordringer i forbindelse med dette: uavklarte roller og arbeidsfordeling, forskrivnings- og henvisningsrett og motstand av legene. Henvisnings- og forskrivningsrett anses å være mest utfordrende ved AKGS implementering, fordi legene viser motstand og mener at det er først og fremst deres ansvarsområde.

### 4.2 En tentativ modell for AKGS – slik som legene ser på det

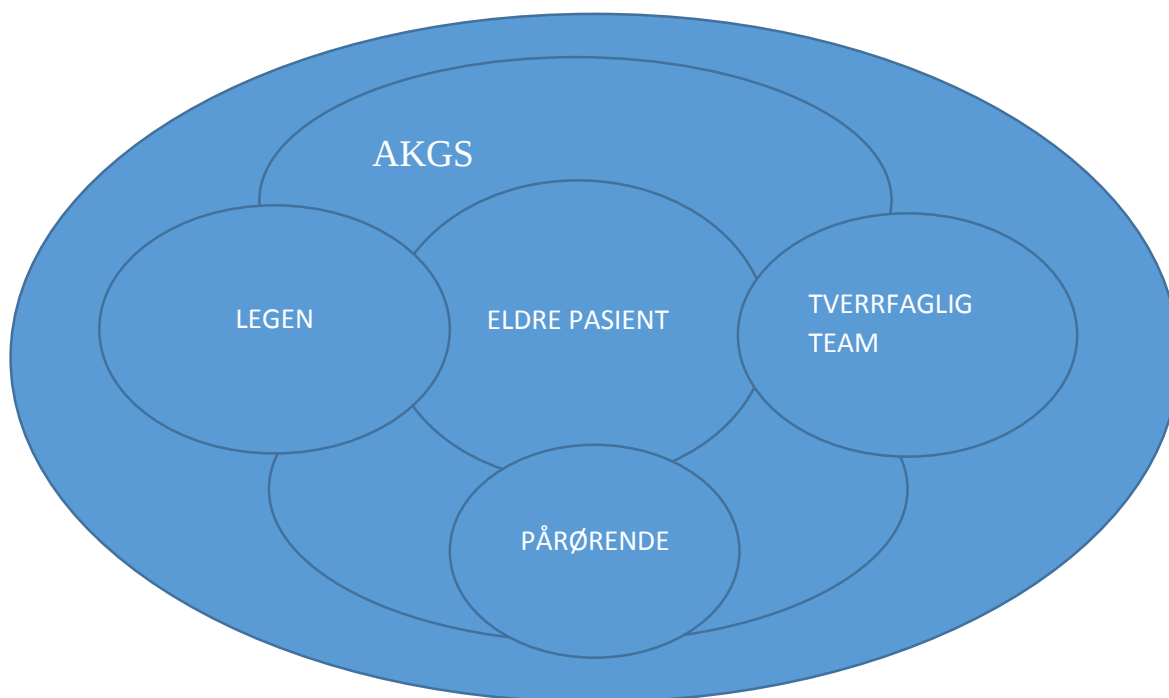
Resultatene fra studien stilles sammen til en tentativ modell for AKGS i eldreomsorgen. I dette kapittel kommer jeg til å beskrive modellens ulike deler og relatere modellen til tidligere forskning om AKS generelt og i eldreomsorgen. Ut ifra legene sine anbefalinger kan man si at en AKGS skal ha hovedrollen med tanke på eldre mennesker i primærhelsetjenesten. En AKGS skal kunne jobbe selvstendig og ivareta eldre menneskers behov, og AKGS skal ha oversikt over tjeneste og sikre helhetlig omsorg for eldre mennesker i systemet. Videre skal



AKGS ha en betydningsfull rolle overfor pårørende og andre helsepersonell i tverrfaglige grupper.

Her presenterer jeg en skjematisk beskrivelse av en tentativ modell for AKGS sin arbeidsmodell, hvor den ytterste sirkelen er primærhelsetjenesten. Det er fokus på den eldre pasienten som er i midten av denne modellen hvor AKGS skal fungere som bindeledd mellom pasienten, legen, tverrfaglig team og pårørende.

Figur 1 Skjematisk beskrivelse av en tentativ modell for AKGS



Forskning viser til at det er en del svikt når det gjelder eldreomsorgen, både hos hjemmeboende og de som bor på institusjon, og at det er behov for systematisk oppfølging av disse (Sørby et al, 2009; Fjelltn, 2009; Helse og- omsorgsdepartementet 2009; Næss, 2011; Næss et al 2011). Legene i denne studien er veldig opptatt av og kontinuitet i eldreomsorgen.



Helse- og omsorgsdepartementet (2015) har som mål å ivareta og gi trygge tjenester til brukere med sammensatte behov. En studie fra Jonsson, 2014 viser til at mange som jobber med eldre har svak kompetanse og derfor er det nødvendig med kompetanseøkning i eldreomsorgen (ibid.).

Legene er overbevist om at AKGS med sin kompetanse og kunnskap kan bidra til bedre kontinuitet, økt kvalitet og effektivitet i eldreomsorgen. De mener at både hjemmeboende og eldre som bor på institusjon kan ha stor nytte av en slik ordning. Tidligere forskning viser til at AKS kan bidra med å bedre kvaliteten på helsetjenesten for eldre og at effekten av implementering av AKS sin rolle er veldig bra (Duffield et al 2009; Delamare, 2010; Fagerström, 2011; Newhouse et al 2011).

Evalueringen av AKS i praksis tilsier at de kan gi befolkningen bedre tilgang til helsetjeneste og reduserte ventetider, men at effektiviteten er avhengig av hvilke oppgaver og pasientgrupper de har overtatt og ansvaret for (By, 2012; Martinez- González et al 2015). For at AKS skal fungere i praksis og etter sin hensikt er det nødvendig med rolleavklaring og arbeidsfordeling. Både resultatene fra tidligere og fra denne studien, påpeker nødvendighet for dette (Lindblad et al, 2010; Lowe et al 2012; Chang et al, 2012). I denne studien ønsker legene at rolleavklaring og arbeidsfordeling er på plass for at de skal støtte AKGS implementeringen i det hele tatt. En tydelig arbeidsfordeling gjør det mulig å overføre noen oppgaver til annet personell (Norsk sykepleierforbund, 2013; Legeforening, 2013).

Mangel på legene i primærhelsetjenesten og spesielt de med geriatrisk kompetanse er et utbredt fenomen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Wesnes et al, 2012). Tidligere forskning tilsier at ved å ta i bruk AKS kan dette spare tid og frigjøre legen sine spisskompetanse på andre viktige oppgaver (Sibbald et al, 2006; Stura, 2013). Legene i denne studien påpekte også tidspress og mangel på leger som problem. Derfor ønsker de at en AKGS skal overta ansvar for eldre mennesker med kroniske sykdommer som KOLS, diabetes, hjerte-karsykdommer, muskel-skjellet sykdommer, demens utredning, eldre mennesker som har vært innlagt på sykehus osv.



Når det gjelder eldre mennesker i primærhelsetjenesten, mener legene at en AKGS skal kunne utføre: klinisk vurdering, diagnostisering, behandling, oppfølging, veiledning og undervisning. Kirkevold (2011) og Hauge et al (2011) anbefaler også disse og liknende ansvars- og kompetanseområder for AKGS. En AKGS skal kunne vurdere akutt forverring og behovet for videre utredning og behandling, samt gjøre forskjell på unødvendig og nødvendig innleggelse. Crilly (2012) viser også til at AKS kan hindre unødvendige sykehusinnleggelser og gi omsorg til eldre mennesker i deres eget miljø, eget hjem og sykehjem, og på denne måte unngå utvikling av iatrogene infeksjon hos dem.

Det som legene forventer fra AKGS er samarbeid og teamwork. Samarbeid mellom legene og AKGS er viktig og har stor betydning både for kvaliteten og effektiviteten i eldreomsorgen (Lindblad, 2010; Fagerström, 2011). Videre er det ønskelig at AKGS skal kunne formidle faglig kunnskap, gi undervisning, veiledning og støtte til helsepersonell som yter helsetjeneste for eldre mennesker. Dessuten bør AKGS samarbeide med pårørende og gi dem nødvendig veiledning, støtte og informasjon. Samarbeid innebærer gjensidig tillit og trygghet, samt respekt mellom alle som er involvert i eldreomsorgen (O'Brien et al 2009; Ginsburg et al 2009).

Flere studie påpeker at forskrivnings og henvisningsrett er hovedutfordringen i forbindelse med implementering av AKS i eldreomsorgen i primærhelsetjenesten (Lindblad et al, 2010; Delamair, 2010). Denne problematikken ser man også i denne studien hvor legene mener at dette er deres ansvarsområde. Legene fra denne, men også andre studier har oversett det at noen spesialsykepleiere, jordmødre, helsesøstre og AKS allerede har en begrenset forskrivningsrett. Denne retten eksisterer siden 1990 i England, og fra noen år siden i flere andre land som i Finland og Norge. I Midlertidig viser forskningen også at pasienter er veldig fornøyde med at AKS forskriver medisiner for dem (Bergmann, 2013; Gielen et al, 2014; Wilkinson et al, 2014; Carey et al 2014).

De kompetanseområdene fra denne arbeidsmodellen kan sammenliknes med Nordisk modell for avansert klinisk sykepleie- AKO (Vedlegg nr.6) og arbeidsmodell fra Rännare (2015)



## KAPITTEL 5 METODEDISKUSJON

Det ble valgt kvalitativ metode med bruk av semistrukturert intervju. Informantene var fra forskjellige nordiske land og av praktiske grunner var det ikke aktuelt med f.eks. fokusgruppeintervju. Rekruttering av informanter ble gjennomført i samråd med enhetsledere hvor studenter jobber og antall informanter ble bestemt på forhånd. Man kan tenke seg at større antall informanter kunne ha gjort studien og analysen rikere, men styrken kan være at de fem informantene som jeg har, er valgt med strategisk utvalg som skulle være egnet for å belyse problemstillingen.

En av utfordringene i dette prosjektet for meg var å analysere intervjuer av andre forskere, enn de jeg selv har gjennomført.

Dette kan være en svakhet for studien fordi analyseprosessen ifølge Kvale (1997) og Postholm (2010) skjer kontinuerlig og starter i begynnelsen av et intervju. Forskeren er det viktigste analyseverktøyet, selv om det er et mål at forskeren skal møte datamaterialet så åpen som mulig (Postholm, 2010). Johannessen et al (2010) sier også at forskere bruker seg selv som et instrument i kvalitative metoder. Det vil si at forsker har sin erfaringsbakgrunn og derfor kan ingen andre tolke dataene på samme måte. En svakhet med dette kan for eksempel være at jeg har valgt bort informasjon som andre ville ha vektlagt.

Reliabilitet betyr pålitelighet og er knyttet til data som brukes, hvordan de samles inn og hvordan de bearbeides (Johannessen et al 2010). I denne studien ble reliabiliteten styrket ved å bruke intervjuguide og oppfølgings spørsmål, som gjorde at informantene måtte gi informasjon om de samme temaene (Kvale, 1997). Validitet handler om studiens gyldighet, det vil si i hvilken grad den valgte metode undersøker det fenomenet som forskeren ønsker å undersøke (Polit og Beck, 2010). Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) skal validitetsvurdering gjøres gjennom hele forskningsprosessen.



## KAPITEL 6 KONKLUSJON

En AKGS modell slik den ble beskrevet av legene har mange viktige roller og ansvarsområder i helse- og omsorgstjenesten for eldre. Behovet for AKGS er stort, men det må gjøres et godt forarbeid for at implementeringen kan skje. En AKGS i implementeringsfasen trenger støtte fra flere: regjeringen, politikere, sykepleieforbundet, legene og andre sykepleiere/helsepersonell, ledere og organisasjoner.

Når det gjelder roller og ansvarsområder for AKGS er det ingen grense for hva de kan brukes, sier legene. Klare retningslinjer og ansvarsområder er ønskelig for å presisere en AKGS sin rolle og oppgaver, og det er flere grunner for det. Dette er nødvendig for at AKGS skal fungere etter sine formål på den ene siden, og på andre siden trenger man rammer for å unngå overbelastning. En AKGS kan ikke bare overta alle oppgaver fra legene uten å delegerer andre oppgaver fra seg på tvers i systemet.

Hvis en AKGS skal jobbe selvstendig og med all det ansvaret som tilskrives rollen må man også tilstrebe ordningen og gi dem muligheten for å jobbe autonom. Legene vil sannsynligvis ikke tviholde på forskrivnings- og henvisningsretten, hvis en AKGS har kompetanse for det og hvis regjeringen endrer lovene som er aktuelle for dette.

Helsetjenesten i nordiske land er organisert på forskjellige måter og dermed er også behovene i helse- og omsorgstjeneste for eldre annerledes fra land til land. Derfor er det viktig å vite at når man skal implementere en AKS rolle i et land, vil det være viktig at det gjøres i overensstemmelse med praksis og etter landets behov og helsesystem (Fagerström, 2009). Det som legene var lite opptatt av, men som jeg ønsker å nevne her, er at AKGS også har ansvar for å utvikle faget videre og derfor er det nødvendig med en forskerrolle. På den måten kan vi bidra til å finne den eller de beste modeller for vårt AKGS yrket.



## LITTERATURLISTE

- Altersved, E., Zetterlund, L., Lindblad, U., Fagerström, L., & Fagerström, L. (2011). Advanced Practice Nurses - a new resource for Swedish primary health care teams. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 174-180.doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01923.x
- Bergman, K., Perhard, U., Eriksson, I., Lindblad, U. Fagerström, L. (2103). Patients ' Satisfaction With the care offered by advanced practice nurses: A new role in Swedish Primary care. *International Journal of Nursing Practice*. 2013; 19:326-333
- By, E. G. (2012). Oppgaveglidning- viktig med en konstruktiv debatt. *Overlegen - Den norske lægeforening*, 40(1), 10 - 11.
- Carey N, Stenner K, Courtenay M (2014). An exploration of how nurse prescribing is being used for patients with respiratory conditions across the east of England BMC Health Sery. Res. 2014 Jan 2; 14:27. Doi: 10.1186/1472-6963-14-27
- Chang, A. M., Gardner, G. E., Duffield, C., & Ramis, M. a. (2012). Advanced practice nursing role development: factor analysis of a modified role delineation tool. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1369-1379.doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05850.x
- Crilly, J., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2012). A structure and process evaluation of an Australian hospital admission avoidance programme for aged care facility residents. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 322-334.doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05740.x
- Delamaire, M.-L., & Lafortune, G. (2010). *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*: Paris: OECD Publishing.
- Den Norske Legeforening (2001). Når du blir gammel og ingen vil ha deg: statusrapport om situasjonen i helsetjenesten. Oslo: Den norske lægeforening
- Den Norske Legeforeningen (2013). Samfunnspolitisk avdeling, S. Oppgaveglidning (5/2013). *Den Norske Legeforeningen*.  
Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/policynotater/Polycynotater-2013/Oppgaveglidning-52013/>
- Duffield, C., Gardner, G., Chang, A. M., & Catling-Paull, C. (2009). Advanced nursing practice: A global perspective. *Collegian*, 16(2), 55-62.doi: 10.1016/j.colegn.2009.02.001
- Fagerström, L. (2009). Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *International Nursing Review*, 56(2), 269-272.doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00673.x



- Fagerström, L., & Glasberg, A.-L. (2011). The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland – the perspective of nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 19(7), 925-932. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01280.x
- Fagerström, L. (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska: Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Finnbakk, E., Skovdahl, K., Blix, E. S., & Fagerstrom, L. (2012). Top-level managers' and politicians' worries about future care for older people with complex and acute illnesses: a Nordic study. *Int J Older People Nurs*, 7(2), 163-172. doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00312.x
- Fjelltnun, A.-M. S., Normann, H. K., & Henriksen, N. (2009). Waiting for nursing home placement: a study of the life situation of frail elderly and their cares.
- Geroproff (2012). Det nordiske Nettverk Geroproff. [Internet] Tilgjengelig fra: [http://www.viauc.dk/sygeplejerske/Documents/Flyer\\_AKGS\\_master\\_2012%20%20\(1\).pdf](http://www.viauc.dk/sygeplejerske/Documents/Flyer_AKGS_master_2012%20%20(1).pdf)
- Gielen, S. C., Dekker J., Francke, A.L., Mistiaen, P., Kroezen, M. (2014). The effects of nurse prescribing: Asystematic review. *International Journal of Nursing Studies* 51(2014) 1048-1061.
- Glasberg, A.-L., Fagerstrom, L., Raiha, G., & Jungerstam, S. (2009). Experiences of the new advanced practice nurse role--a qualitative study/Erfarenheter av den nya yrkesrollen som klinisk Expertsjukskötare--en kvalitativ studie. (Report). *Nursing Science & Research in the Nordic Countries*, 29(2), 33.
- Hamric, A. B., Judith A. Spross, J. A. and Hanson, C. M. (2009). *Advanced Practice Nursing--An Integrative Approach: Fourth edition*. Albarran, J. (Book review) (Vol. 23, pp. 30). The article reviews the book "Advanced Practice Nursing - An Integrative Approach," fourth edition.
- Hauge, S., Hestetun, M., & Kirkevold, M. (2011). Avansert geriatrisk sykepleie - hva er det og hvorfor trenger vi slike sykepleiere i Norge? *Geriatrisk Sykepleie*, 3(1), 20-23.
- Helse- og omsorgsdepartement, D K. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. (Vol. 26(2014-2015)). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Helse- og omsorgsdepartement, D K. (2013) *Morgendagens omsorg*. (Vol. 29(2012-2013)). Oslo: Departementenes servicesenter
- Helse- og omsorgsdepartement (2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. St.meld. (online) (Vol. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartement.
- Helsedirektoratet. Primærhelsetjeneste. Lastet ned: 26.11.2015. Tilgjengelig fra: <https://volven.helsedirektoratet.no/begrep.asp?id=762&catID=12>



- Hummelvoll, J. K., Andvig, E. & Lyberg, A. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Kirkevold, M. (2011). Ny roller- ny utdanning. Mastergrad i avansert geriatrisk sykepleie. Foredrag ved konferanse, 16 august 2011. [Internet]Tilgjengelig fra: <http://slideplayer.no/slide/2046662/>
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Gyldendal Akademiske
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *InterView: Introduktion til et håndværk* (2. udg. ed.). København: Hans Reitzel.
- Laake, K. (2008). *Geriatrici i praksis* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindblad, E., Hallman, E. b., Gillsjö, C., Lindblad, U., & Fagerström, L. (2010). Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care- A qualitative study. *International Journal Of Nursing Practice*, 16(1), 69-74.doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01810.x
- Lowe, G., Plummer, V., O'brien, A. P., & Boyd, L. (2012). Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 677-685.doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05790.x
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlag.
- Martínez-González, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., & Rosemann, T. (2015). The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review: EMH Swiss Medical Publishers.
- Maylone, M. M., Ranieri, L., Quinn Griffin, M. T., McNulty, R., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Collaboration and autonomy: perceptions among nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(1), 51.doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00576.x
- Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nursing economic\$,* 29(5), 230.
- Nieminen, A. I., Mannevaara, B., & Fagerström, L. (2011). Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 661-670.doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00876.x
- Norsk sykepleierforbund (2015). Lover satsing på sykepleierkompetanse i kommunene <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2570403/1212781/Lover-satsing-paa-sykepleierkompetanse-i-kommunene> (Lastet 26/1.2015).



- Norsk sykepleieforbund (2013). Ønsker ansvars- og oppgaveglidning velkommen som en strategisk virkemiddel: Norsk Sykepleieforbund. Lastet ned 05.04.2015. Tilgjengelig fra: <https://http://nsf.no/vis-artikkel/1281961/Onsker-ansvars-og-oppgaveglidning-velkommen-som-strategisk-virkemiddel>
- Næss, G. (2011). Hvilke behov for helsehjelp har skrøpelige hjemmeboende gamle? HIVE – Rapport høst 2011.
- Næss, G., Bing-Jonsson, P. C., & Gyltnes, K. A. Ø. (2011). Bedre samhandling om multisyke eldre: kvalitetssikring av medikamentell behandling og vurdering av helsetilstand i primærhelsetjenesten: et kvalitetsforbedringsprosjekt i samarbeid mellom Høgskolen i Vestfold, 12 kommune samarbeidet i Vestfold, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold: en pilotstudie Rapport (Høgskolen i Vestfold: online) (Vol. 03/2011): Høgskolen i Vestfold.
- O' Brien, J. L., Martin, D. R., Heyworth, J. A., & Meyer, N. R. (2009). A phenomenological perspective on advanced practice nurse–physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(8), 444-453. doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00428.x
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (7th ed., International ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlag.
- Ranhoff, A. H., Brodtkorb, K., & Kirkevold, M. (2008). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Romøren, T. I. (2008). Eldre, helse og hjelpebehov. Pasient – og omsorgsforløp. I Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Ranhoff A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Rännare, M. (2015). AKS inom vård av äldre ur Nordiska sjuksköterskors perspektiv- Utveckling av en ny arbetsmodell för AKS inom äldreomsorg. Vasa
- Schober, M. & Affara, F. A. International Council of Nurses. *Advanced Nursing Practice*, ICN. Blackwell Publishing; 2006
- Sibbald, B., Laurant, M. G., & Reeves, D. (2006). Advanced nurse roles in UK primary care. *The Medical Journal of Australia*, 185(1), 10-12.
- Street, D., & Cossman, J. S. (2010). Does familiarity breed respect? Physician attitudes toward nurse practitioners in a medically underserved state. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(8), 431-439. Doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00531.x
- Stura, E (2013). Spesialutdannede sykepleiere til primærlegeoppgaver I USA. *Michael*(10):6.



- Sørbye, L. W., Vetvik, E., & Grue, E. V. (2009). Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre: nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten Rapport (Diakonhjemmet høgskole: online) (Vol. 2009/5). Oslo: Diakonhjemmet høgskole.
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlag.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlag.
- Wesnes, S. L., Kristoffersen, E. S., & Burman, R. A. (2012). Fastlegeordningen trenger flere leger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Wilkinson J; Carryer J; Adams J. Evaluation of a diabetes nurse specialist-prescribing project of Clinical Nursing,23 (15-16):2355-65, 2014 Aug. [Evaluation Studies. Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't] UI: 24354543
- World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. (2013). *JAMA*, 310(20), 2191. Doi: 10.1001/jama.2013.281053
- Åberg, J., & Fagerström, L. (2005). Expert nurse - a Finnish version of nurse practitioner - a possibility for nurses and public health nurses in developing their clinical competence. *Expertsjukskötare - en finländsk version av "nurse practitioner" - en möjlighet för sjukskötare och hälsovårdare att utveckla sin kliniska kompetens*, 25(3).



## **Behovet for avansert kliniske sykepleiere innen eldreomsorgen i Norden- En kvalitativ studie ut fra legenes perspektiv**

**Esma Smailhodzic**

Stud. Mast. in Clinical Healthcare, APN\* RN\* South- East Norway University College\*  
[esma.sma@hotmail.com](mailto:esma.sma@hotmail.com)

**Lisbeth Fagerström**

PhD \* MNS c \* Professor, South- East Norway University College \*  
[Lisbeth.Fagerstrom@hbv.no](mailto:Lisbeth.Fagerstrom@hbv.no)

### **Sammendrag**

Formålet med studien er å beskrive legers oppfatning og vurdering av behovet for avansert klinisk sykepleie (AKS) for eldre i primærhelsetjenesten i Norden, samt organisatoriske forutsetninger for nye modeller og roller for dem. Metode: Kvalitativ design med semistrukturert intervju ble gjennomført med fem leger i fire nordiske land. Resultatene er presentert i tre hovedkategorier og ti subkategorier. Legene mener at det er behov for å øke faglig kompetanse i eldreomsorgen. De er enige i at AKS med sin kompetanse kan bidra til å øke kvaliteten og effektiviteten i helsetjenesten for eldre i primærhelsetjenester i Norden, men en viss tvilsomhet finnes om forskrivningsretten. Forutsetningen for at AKS kan øke effektiviteten og kvaliteten i helsetjenesten, er at AKS har definert og avklart sin rolle og ansvarsområde, samt lovregulert henvisnings og forskrivningsrett.

**Nøkkelord:** avansert klinisk sykepleie; kvalitativ innholdsanalyse; eldreomsorg; primærhelsetjeneste.

### **Abstract**

## **The need for advanced clinical nurses in Elderly care in Scandinavia- A qualitative study from the physicians' perspectives**

The purpose of the study is to describe the physician's perception and assessment of the need for Advanced Clinical Nurses in the Elderly care setting in primary health care in Scandinavia, as well as organizational prerequisites for new models and their roles. Method: A qualitative design has been used together with semistructured interviews with five physicians in four Nordic countries. The results are presented in three main categories and ten subcategories. The physicians view is that there is a need to increase the expertise in Elderly care. They agree that the Advanced Clinical Nurses with their competence can contribute to



increase the quality and efficiency in the Elderly health care in the primary care settings in Scandinavia, but there is still doubt regarding the prescribing right. The prerequisites for the Advanced Clinical Nurses to increase the quality and efficiency in the Elderly health care, is the Advanced Clinical Nurses have defined and clarified their role and the area of responsibility, as well as regulated referral and prescription right.

**Key Word:** Advanced Clinical Nursing; qualitative content analysis; Elderly care; primary health care.

**Referee\***

**Forfatter:**

Esma Smailhodzic, sykepleier, stud. Master i klinisk helsearbeid, studieretning geriatrisk helsearbeid, fordypning avansert geriatrisk sykepleie master i Clinical Healthcare, Advanced Practice Nursing

Høgskolen i Sørøst- Norge

Arbeidsplass: Bo og servicesenter, Lyngdal kommune

4580 Lyngdal, Norge

[Esma.sma@hotmail.com](mailto:Esma.sma@hotmail.com)

**Veileder:**

Lisbeth Maria Fagerström, Profesør

Fakultet for helsevitenskap, Institut for sykepleievitenskap

Papirbredden

Grønland 58

3045 Drammen

[Lisbeth.Fagerstrom@hbv.no](mailto:Lisbeth.Fagerstrom@hbv.no)

Antall ord i artikkelen: 6158



## Innledning

Framskrivninger av eldrebefolkningen viser at behovet for helsetjenester for eldre, og for pleie- og omsorgstjenester, vil øke i årene framover (Den norske legeforening, 2001). Dersom vi skal være i stand til å møte eldres helsebehov på en kvalifisert måte, er det nødvendig å øke kompetansen og kvalifisere sykepleiere til å ta et større ansvar for eldre pasienters behov i kommunehelsetjenesten. Økende antall eldre i framtiden, innføring av samhandlingsreformen (i Norge) og forbedringsbehovet i helsetjenesten til eldre, tyder på at vi trenger avanserte geriatrike sykepleiere (Hauge et al 2011; Kirkevold, 2011).

Innføring av Samhandlingsreformen (2012 i Norge) innebærer blant annet at kommunehelsetjenesten vil ha store oppgaver knyttet til folkehelsearbeid. Derfor er det et stort behov for kompetanse til å diagnostisere, behandle og følge opp de store gruppene med kroniske sykdommer, samt eldre med de vanligste følgesykdommene av alderdom, slik som: hjerte og karsykdommer, kreft, slitasjesykdommer i muskler og skjelett, diabetes type 2, nyresvikt, KOLS, inkontinens, sansetap samt alderspsykiatriske sykdommer som demens (Helsedirektoratet, 2012). I en rapport som omhandler kunnskapsoppsummering om svikt i helse- og sosialtjenesten til skrøpelige eldre, viser Sørbye (2009) til behovet for forbedring i helsetjenesten til eldre.

Flere land har satt i gang effektivisering av sin helsetjeneste og ser på avansert sykepleiers rolle som en viktig ressurs i denne prosessen. Ifølge Delamare (2010) OECD rapporten (som omhandler evaluering og erfaring med ANP rollen fra 13 land) er det store forskjeller fra land til land om hvor langt de er kommet i etableringen av en mer avansert rolle for sykepleiere. Hovedårsaken for etableringen av en slik rolle i disse landene var økt behov for helsehjelp og mangel på legeressurser. En annen viktig årsak er ønsket om bedre kvalitet på den hjelpen som gis til pasienter med kroniske lidelser i primærhelsetjenesten. I noen av disse landene var også et ønske om å spare på helsekostnader en motivasjon for etablering av ANP (ibid.).

Avansert klinisk sykepleie (AKS) har eksistert i Sverige og Finland fra ca. 2006 og siden 2013 i Norge, men det finnes ikke mye forskning på dette området. Derfor ble det startet et forskningsprosjekt angående utvikling av fremtidige helsetjenester til eldre i Norden med fokus på AKS i eldreomsorgen. Prosjektet er et felles nordisk prosjekt med deltakelse av fem masterstudenter i avansert klinisk geriatrik sykepleie -AKGS og deres veiledere (Det Nordiske Nettverk Geroproff, 2012). På bakgrunn av dette ble intervjuene for denne studien utført på Færøyene, Danmark, Norge samt to i Sverige (N=5). De nordiske studentene har rekruttert fem personer fra deres kommune fra hvert land: politikere, ledere, leger, sykepleier med spesialutdanning og representanter for de eldre fra de regioner hvor masterstudentene arbeider. Denne artikkelen handler om de intervjuede legers oppfatning og vurdering av behovet for AKS for eldre i primærhelsetjenesten i Norden, samt organisatoriske forutsetninger for nye modeller og roller for dem.



## **Bakgrunn**

Forskningen viser at legen sin rolle er av stor betydning ved implementering av AKS i helsetjenesten (Lindblad 2010; Delamaire, 2010; Nieminen, 2011). Implementering av AKS er krevende og det vil derfor være viktig med god organisering og planlegging. Spesielt i etableringsfasen er det nødvendig med støtte både fra leger, sykepleiere og annet helsepersonell (Hamric, 2009; Carter, 2010).

Flere evalueringsstudier av AKS i primærhelsetjenesten (Laurant et al. 2005; Sibbald, Laurant & Reeves 2006; Lindblad, 2010; Altersved, 2011; Bergman, 2013; Martinez- González, 2015) viser til positiv erfaring ved bruk av sykepleiere til legeoppgaver. Imidlertid viser flere studier at det er en del utfordringer i forbindelse med AKS implementeringen, og det gjelder blant annet rolleavklaring, arbeidsfordeling, forskrivnings- og henvisningsretten for AKS. Legene viser motstand spesielt når det gjelder forskrivnings- og henvisningsretten.

Noen studier viser til at implementering av AKS i primærhelsetjenesten er avhengig av samarbeid mellom legene og AKS. For at en AKS sin rolle skal fungere i praksis krever det profesjonell støtte fra leger, samt samarbeid og utveksling av kunnskap mellom legen og AKS. Samarbeidet sikrer pasientens sikkerhet og bidrar til å bedre kvaliteten for AKS sin rolle (Ginsburg et al. 2009; Nieminen, 2011).

I en studie viser Donelan et al. (2013) til uenigheten mellom legene og AKS, fordi legene mener at de yter høyere kvalitet på undersøkelser og konsultasjon enn AKS. Resultater fra Ekdahl et al. (2012) studien forteller igjen at leger uttrykker frustrasjon over å ikke være i stand til å gi god omsorg til eldre pasienter med multimorbiditet. Grunnen til det er ifølge legene mangel på tid, kompetanse, helhetlig syn, hensiktsmessige rutiner osv. By, 2012 sier at AKS kan gi befolkningen bedre tilgang til helsetjeneste og redusert ventetid, men at effektiviteten er avhengig av hvilke oppgaver og pasientgrupper de har overtatt ansvaret for. Legene mener at klare og definerte roller av AKS sin rolle er avgjørende ved implementering (Lindblad, 2010; Nieminen, 2011).

## **Hensikt**

Formålet med studien er å beskrive legers oppfatning og vurdering av behovet for avansert klinisk sykepleie- AKS for eldre i primærhelsesektoren i Norden, samt organisatoriske forutsetninger for nye modeller og roller for dem.

## **Metode**

Denne studien har et kvalitativ design. Ved å bruke en kvalitativ tilnærming har man muligheten til å utforske legenes erfaringer og vurderinger om behov for AKS i eldreomsorgen i Norden (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvalitativ design anbefales i litteraturen da forskningsområdet er nytt og kunnskapen fra før liten (Thagaard, 2011).



## Utvalg

Deltakerne ble rekruttert i samarbeid med enhetslederne fra den regionen hvor studentene jobber og fra de nordiske landene: Sverige, Færøyene, Danmark og Norge. Inklusjonskriteriene var at legene hadde erfaring fra eldreomsorgen i primærhelsetjenesten. Deltakere fikk muntlig informasjon gjennom en telefonsamtale og tilsendt skriftlig før intervjuene skulle finne sted. Fem informanter ble intervjuet på sine arbeidsplasser, to menn og tre kvinner (se tabell1).

**Tabell 1: Beskrivelse av informantene**

Informant	Kjønn	Alder	Utdanning	Stilling	Arbeids-erfaring	Land
1	Kvinne	53	Sykepleier og Medisin	Lege i primærhelsetjeneste	15 år	Sverige
2	Mann	48	Medisin, spes. Allmennmedisin	Lege spes. Allmennmedisin	23 år	Sverige
3	Kvinne	47	Medisin	Praktiserende lege	4 år	Færøyene
4	Mann	67	Medisin	Praktiserende lege	46	Danmark
5	Kvinne	54	Medisin og spes. Indremedisin	Overlege Geriater	27	Norge

## Semistrukturert intervju

Datainnsamlingen har foregått gjennom semistrukturerte intervjuer og disse ble gjennomført i 2014. Den semistrukturerte intervjuformen gir en mulighet for at samtalen endrer seg noe i forhold til hva informanten opplever som viktig, men på den andre siden også har en slik ramme at det ikke kun blir en hverdagssamtale (Kvale og Brinkmann, 2009). En intervjuguide med syv spørsmål og et infobrev om AKS (som legene fikk tilsendt på forhånd), ble utarbeidet i samarbeid med andre nordiske studenter og veiledere. Temaene som ble brukt i denne sammenheng var: dagens problematikk i eldreomsorgen, roller og ansvarsområder for AKS, samt utfordringer og faktorer som påvirker implementering av AKS i primærhelsetjenesten. Spørsmålstillingen var åpen, men temabasert og tilpasset til denne gruppen informanter (leger). Varigheten på intervjuene var fra 30 minutter til en time. Intervjuene ble deretter transkribert og skrevet på eget språk (norsk, svensk, dansk og færøysk som ble skrevet om til dansk).

## Analyse

Datamaterialet som ble samlet inn med intervjuene ble analysert gjennom kvalitativ innholdsanalyse Kvale og Brinkmann (2009) med fokus på det manifeste innholdet. Under analyseprosessen har vår studiegruppe hatt flere felles masterseminarer. Vi hadde da mulighet til å diskutere om prosjektet og samarbeide med andre medstudenter om forståelse (også språklig forståelse) av datamaterialet.



Intervjuene ble lest flere ganger for å forsikre seg om forståelsen av innholdet. Man skulle finne naturlige meningsenheter (slik det ble uttrykket av intervjupersonene) som videre ble undersøkt med tanke på studiens formål. Neste trinn i analysen var meningskondensering, hvor deltagerens meninger ble oppsummert i kortere utsagn, det vil si omformulert med noen få ord (se tabell 2). Disse korte utsagn ble videre organisert i subkategorier på bakgrunn av fellestrekk i sentrale nøkkelord i datamaterialet. Videre i analysen ble alle intervjuer samlet, kategorisert og oppsummert. Det endelige resultat av analysen for denne studie ble da tre hovedkategorier og ti subkategorier.

**Tabell 2: Eksempel på analyse av intervjumateriale**

Spørsmål:	Intervju-Sitat/meningsbærende enhet	Menings-kondensering	Subkategori	Hovedkategori
Hvordan du som lege ser/ oppfatter dagens problematikken når det gjelder pleie og behandling av eldre mennesker i primærhelsetjenesten	Det er vel kontinuitet som mangler i omsorg av eldre og det er slik at eldre har ulike sykdommer og de havner på ulike behandlingssteder og blir behandlet av forskjellige helsepersonell. Da kan det blir litt komplikasjoner. Eldreomsorgen er splittet i mellom ulike sektorer. Eldre pasienten trenger noen som skal ta hånd om dem. I praksisen ser jeg at det er sykepleiere som er nærmest til pasienten og vet mye mer om pasienten.	Bekymring om at eldre mennesker ble ofte unødvendig sendt rundt i systemet. Behov for kontinuitet i eldre omsorgen. Sykepleiere er viktig ressurs i eldreomsorgen og kan ha sentral rolle i å opprettholde god kontinuitet.	Mangel på kontinuitet i eldreomsorgen	Behov for å forbedre kvaliteten i eldreomsorgen

## Etiske refleksjoner

Studien ble på forhånd registrert og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD; Ref.nr. 37218/2). Undersøkelsen ble utført i samsvar med forskningsetiske retningslinjer og Helsinkideklarasjon. Det innebærer blant annet at datamaterialet ble anonymisert og oppbevart på forsvarlig måte og at den skulle slettes idet studiet var gjennomført. Deltagerne har fått skriftlig informasjon om anonymitet, frivillighet i deltagelse og at de til enhver tid i prosessen kunne trekke seg fra undersøkelsen.

## Reliabilitet og validitet

Studiens reliabilitet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. En test på reliabilitet er hvorvidt et resultat som er fremkommet i en kontekst kan reproduseres av andre forskere i en tilsvarende kontekst, på et annet tidspunkt og gi samme svar (Kvale & Brinkmann, 2009). Validitet er viktig gjennom hele prosessen, og det vil si at det gjøres en vurdering av hvor gyldig kunnskapen er og hvorvidt man i studien har undersøkt det man ønsker å undersøke.



Når det gjelder påliteligheten for denne pilotstudien, er det slik at utvalget var relativt lite, og et større utvalg hadde troligvis gitt andre resultater. Man kan også tenke seg hvis alle legene hadde hatt nærmere erfaring/kjennskap til AKS, kunne noen av svarene vært annerledes. I litteraturen anbefales at informantene må være ulike for å få så rikt material som mulig (Dalen, 2011). Informantene i denne studien var ulike med når det gjaldt kjønn, alder og arbeidserfaring. Intervjuene ble transkribert på de forskjellige skandinaviske språkene. Her kunne manglende språkforståelse påvirke analysen. For å unngå dette hadde vi muligheten til å drøfte og diskutere datamaterialet med de andre studentene og med veilederen.

Det er ikke mulig på bakgrunn av kvalitative studier å si at noe er generaliserbart. Derimot er håpet om at andre kan finne de samme funnene overførbare til egen virksomhet (Kvale og Brinkmann, 2009; Postholm, 2010).

## Funn

Det var tre hovedkategorier og ti subkategorier som viste seg i studien. Dette presenteres i denne tabellen:

**Tabell 3: Kategorier og subkategorier som resultat av analysen på legenes syn på implementering av AKS i eldreomsorgen**

Hovedkategorier	Subkategorier
Utfordringer i eldreomsorgen vurdert av legene	Tidspress i eget arbeid Mangel på legene med geriatrik kompetanse Mangel på kompetanse om eldre blant sykepleiere
Behov for å forbedre kvaliteten i eldreomsorgen	Kontinuitet i eldreomsorgen Samarbeid i eldreomsorgen Unødvendige innleggelser Oppfølging av eldre
Utfordringer ved implementering av AKS	Roller og oppgavefordeling Forskrivnings og henvisningsrett Motstand fra legene

## Utfordringer i eldreomsorgen vurdert av legene

### Tidspress i eget arbeid

I intervjuene påpekte legene at de ofte opplevde tidspress og at det stadig blir mer vanskelig å oppfylle kravene i eldreomsorgen. Temaet tidspress kom fram i flere av intervjuene, og det kan tyde på at det er en felles problematikk i de nordiske landene. Legene beskriver ellers en travel hverdag og at de jobber på mange ulike steder. I praksis skjer det ofte at eldre mennesker ikke kan komme til legen, og legene heller må komme til dem på hjemmebesøk eller sykehjem. Dette, sier informantene, oppleves som meget tidskrevende og belastende, i og med at legene har mye ansvar også for andre pasienter, i tillegg til andre oppgaver. Videre



sier legene at de på grunn av tidsmangel ikke blir ordentlig kjent med pasientens bakgrunn og hans medisinske historie. En lege sa: «Man får bare en liten bit av det som er viktig og det kan da fort være misforståelser».

Legene er også bekymret for at eldre mennesker ofte må forholde seg til flere behandlere, noe som kan være en av grunnene til forsinket behandling. Av og til kan det også forekomme unødvendige dobbel behandling eller utredninger. Legene mener at implementering av AKS i eldreomsorgen kan bidra til å spare tid. En av legene sa følgende: «Så er det jo bare godt, supert, synes jeg. Fordi det nemlig er dette med tiden, at det kan spare tid, hvis man får dette etablert».

### **Mangel på legene med geriatriisk kompetanse**

Ifølge informantene er mangel på ressurser i direkte sammenheng med opplevd tidspress i hverdagen. Mangel på leger som velger spesialisering innen geriatri er ifølge informantene et kjent fenomen i flere nordiske land. De sier at geriatri blant legene generelt er underprioritert og at det ikke er mange som «går geriatri veien» og at «det blir aldri for mange geriater». Derfor er de positive og «glad for alle støttespillere som kan se på situasjonen i eldreomsorgen med samme øyner».

### **Mangel på kompetanse om eldre blant sykepleiere**

Det er mange utfordringer i eldreomsorgen og informantene mener at sykepleiere trenger både mer kunnskap og erfaring for at de skal kunne ta mer ansvar. De mener at en sykepleier med grunnutdanning tar ansvar, men at en AKS med mer kunnskap og erfaring automatisk kan påta seg både mer ansvar og initiativ. En lege uttrykte det slik: «jo mer kunnskap vi har om noe, jo mer ansvar tar man». Legene sier at når de vet at det finnes noen sykepleiere som har mer kunnskap innenfor geriatrien blir også samarbeidet mye lettere. Ut ifra dette kan man trekke konklusjonen at grunnutdanningen i sykepleie ikke lenger er nok for å imøtekomme spesielle behov i eldreomsorgen. Av den grunn bør eldreomsorgen ifølge legene forsterkes med mer kunnskap og kompetanse innen geriatri fagfeltet. Legene mener at det er behov for å øke kompetansen i eldreomsorgen fordi eldre har sammensatte problemer. En lege uttrykte det på denne måten: «Som en AKS har du bredere kompetanse om pasienten og hans omsorgsbehov, og du kan fortære gjøre vurderinger og få et helhetsbilde. Det er viktig å øke geriatriisk kompetanse fordi gamle menneskers behov er annerledes enn hos en normal voksen mann som er 20 år og veier 70 kilo». Legene er enige i at «problemet med eldre folk er at de feiler mye og ofte». Derfor er det viktig med bred kunnskap på dette området.

Informantene er opptatt av at kompetansen må bli rettet mot elders behov med mer kunnskap om aldring og eldre. De fremhever at det ikke er mange med slik kunnskap og erfaring i kommunehelsetjenesten og det gjelder også legene. Det er av stor betydning for å opprettholde, forbedre kvaliteten på tjenestene og behandlingen av eldre i kommunene. En lege sa følgende om dette: «Iblandt kjenner vi ikke den eldre personen og eldre kan også ha ulike symptomer og alt trenger ikke å være sykdom. Så det kan hende at vi behandler aldersforandringer som er normale». Legene foretrekker kunnskap om kroniske sykdommer og demens som er spesielt viktige, samt kunnskap i kliniske ferdigheter og legemiddelbruk



hos eldre. Angående medisinsproblematikken i eldreomsorgen sa en lege: «Man gjør seg tanker om at eldre har veldig mange medisiner og de har farlige medisiner. Alle må vite hvorfor de har medisiner og spørsmålet er om de trenger alt det». En lege sa: «Jo mer kunnskap innen området desto bedre, og jeg ser ikke problemet med å implementere dette».

## **Behov for å forbedre kvaliteten i eldreomsorgen**

### **Kontinuitet i eldreomsorgen**

Legene la stor vekt på det med mangel på kontinuitet i eldreomsorgen. Det viste seg at det var et problem for de fleste og at det fantes flere grunner til det. Deltagerne ga detaljerte beskrivelser for hva som er problemet og hvordan de opplevde det. Legene mener at «det er direkte sørgelig at eldre mennesker ofte ble sendt rundt i systemet og ble behandlet av flere forskjellige helsepersonell, noe som kan være vanskelig for dem». En legen sa også følgende om dette: «Det er vel kontinuitet som mangler i eldreomsorg og det er også slik at de eldre har sine ulike sykdommer, og når de ender opp i ulike sykehus/klinikker og behandles av forskjellige helsepersonell, så vil det være en ganske rar suppe av og til. Da kan det være litt komplikasjoner». Økende antall eldre med demens vanskeliggjør kontinuitetsproblematikken i eldreomsorgen. Informantene mener at AKS kan være et bindeledd mellom legene og eldreomsorgen.

Manglende kontinuitet i eldreomsorgen kan få konsekvenser for flere viktige områder. Informantene mener at det blir vanskelig å følge opp pasientene som har vært på sykehuset og skal hjem. En lege uttrykte dette slik: «Det som også er viktig er at når folk blir skrevet ut fra sykehuset og kommer hjem, så har vi muligheten for oppfølging med hjemmebesøk, og det er et viktig tiltak, men likevel er det noe som sykepleiere sjeldent gir beskjed om». Informanter fra noen land forteller også om svikt i utveksling av informasjon ved skifte av omsorgsnivå. Det skjer ofte at nødvendig dokumentasjon mangler eller er forsinket, noe som kan resultere i manglende/unødvendig eller feil behandling. Angående dette sa en lege: «Vi gjør samme utredning som man har gjort, fordi vi ikke vet hva man har gjort tidligere og fordi alle ikke har tilgang til alles journaler».

### **Samarbeid i eldreomsorgen**

Legene mener at samarbeid mellom ulike sektorer ofte ikke er tilfredsstillende og at det er ugunstig for eldreomsorgen. En lege sa: «Eldreomsorgen er splittet mellom forskjellige sektorer, helseomsorgen (primær og spesialhelsetjeneste) og sosialsektoren ... og det er ofte slik at ingen holder i trådene». Informantene sier at de ofte må forholde seg til mange personer, både til de med og uten fagkompetanse og at det kan være vanskelig. En lege mener at kommunikasjonen blir lettere når man vet at det finnes noen med rett kompetanse og faglig forståelse: «Jeg synes det er en god ide med en slik sykepleier, jeg ser det som en meget, meget brukbar person. Det er nemlig ofte et problem at en lege skal ha kontakt med så mange forskjellige personer om en pasient. Hvis man vet at en sykepleier er veldig dyktig, ville det fungere på en helt annen måte». Legene tror at AKS kan bidra til bedre kommunikasjon og de mener også at AKS bedre kjenner eldre.



I forbindelse med dårlig samarbeid er det flere problemer som kan oppstå, og en av dem er manglende oppdatering og kontroll av legemiddelbruk i eldreomsorgen. Legene er bekymret for at det kan skje feil i medisineringsen av eldre mennesker på grunn av manglende eller forsinket oppdatering av medisinkortet. En lege uttrykte det slik: «Ofte er det endringer i medisiner før innleggelse og etter de kommer hjem. Det er ofte mange feil og jeg synes det er et stort problem».

Noe som kom veldig tydelig fram i intervjuene var at legene ønsket bra samarbeid og teamwork. Det er noe som er av stor betydning for begges yrke. Legene sier også at man i praksisen ser at sykepleiere er den mest stabile personalstyrken og de er nærmest pasienten og vet mye om pasienten. Arbeidet skal være organisert slik at vi kan spørre og konsultere hverandre. En lege kom med følgende begeistring: «Når vi jobber i et team og vi har ganske bra utdanning, vet vi mye og har mye kunnskap, da kan vi liksom forsterke hverandre, og det blir bedre lagspill».

I noen tilfeller uttrykte legene fortvilelsen over at det var vanskelig å samarbeide med noen sykepleiere. Ifølge legene er samarbeid mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og legene på sykehus av en eller annen grunn vanskelig og de ønsker forbedring på dette. De mener at samarbeid mellom legene og sykepleiere både på sykehjem og i hjemmesykepleien bør bli bedre enn det er nå for tiden. Legene er enig i at godt samarbeid er nødvendig både for pasientens trygghet og for å øke kvalitetstjenesten i eldreomsorgen. En lege sa: «... det er noen kollegaer som ikke ønsker å samarbeide med sykepleiere i hjemmesykepleien. De har så dårlig erfaring og det oppfattes slik fra begge sider, og er noe som det tar tid å endre på. Jeg tror at AKS kan være med til å gi mening i samarbeid med legen». Informantene var også enige om at samarbeid mellom sykepleiere og legene var av stor betydning og absolutt nødvendig for at implementering kan skje. En lege mener at samarbeid er «et nøkkelord hvis en slik funksjon skal fungere i primærhelsesektoren».

### **Unødvendige innleggelser**

Videre kom det fram i intervjuene at noen av legene også var bekymret for unødvendige innleggelser av eldre mennesker. Ifølge legene kunne noen av innleggelsene vært unngått hvis pasientene fikk nødvendig hjelp der og da. De legger til at pasienten i størst mulig grad bør få sin behandling der han eller hun befinner seg. Legene mener at mer sykepleie omkring pasientene kunne redusere unødvendige innleggelser av eldre mennesker. På den andre siden er legene også bekymret for at pasienter som absolutt trenger innleggelse av en eller annen grunn ikke blir innlagt. Derfor mener de at det er nødvendig med økt kunnskap i eldreomsorgen. De sier at med AKS sin kompetanse, kan man vurdere tilstanden for eldre mer effektivt og igangsette nødvendige tiltak.

### **Oppfølging av eldre**

Ifølge legene er pasienter med kroniske sykdommer og de som har flere sykdommer samtidig (multisyke) spesielt utsatt og derfor har de et stort behov for videre oppfølging. Slike pasienter trenger ofte omfattende hjelp på flere områder, og av den grunn er kontinuitet i oppfølgingen for denne pasientgruppen av stor betydning. De pasientene bør ha noen som de



kan ta kontakt med hvis de trenger råd, eller hvis det oppstår forskjellige problemer eller komplikasjoner. De trenger rett og slett noen som kan «ta hånd om de», slik en lege sa. Med økt tilgjengelighet for disse pasientene kan man for eksempel få bedre oversikt over medisinene de bruker og unngå manglende eller dobbelmedisinering. Hyppige veiledninger og observasjoner kan bidra til å kartlegge hvilket behov de har, og om de trenger ny behandling eller videre utredning.

For mange eldre med demens blir det vanskelig å følge med på helsen og ta selv ansvar for nødvendige legesjekk. Demens sykdommen gjør at eldre mennesker glemmer å ta kontakt med legene og de risikerer også å bli glemt i mengden. Det er vanskelig for legene å sjekke om noen har «falt ut» og det kan fort bli et problem at pasientene «dropper ut» og ikke får nødvendig behandling. Det er mange eldre mennesker i kommunene som sliter og som ikke har blitt utredet for sin demenssykdom. Der kan f. eks AKS ha en viktig jobb, mener legene.

Et stort antall eldre mennesker som er syke bor også hjemme og de trenger oppfølging og behandling. Informantene mener at det er tidskrevende og vanskelig å sette seg i det og derfor er det ikke mange leger som akkurat er begeistret for å gjøre denne oppgaven. Når det gjelder hjemmebesøk til eldre personer, forteller legene at man ikke kan se før etterpå, hvilken gevinst det gir. Legene ser det som veldig problematisk og de mener at AKS med sin kompetanse kan bidra til å redusere denne problematikken.

## **Utfordringer ved implementering av AKS**

### **Roller og oppgavefordeling**

Legene ønsker mer avklarende roller og klar oppgavedeling, noe som er nødvendig for at den nye ressursen skal implementeres og kunne fungere etter hensikten. En lege sa: «For å implementere en slik rolle trenger man jo bra struktur og klare arbeidsbeskrivelser og bedre rollefordeling». De ga sterk uttrykk for at ansvarsområdene må avklares på forhånd og at AKS sin rolle må bli godt beskrevet. Videre sier de at det bør markedsføres og presenteres for andre i helsesystemet, at en slik yrkesgruppe finnes. Etter legenes anbefalinger skal AKS fungere som et bindeledd mellom fastlege og eldre med kroniske sykdommer som trenger oppfølging av deres helsetilstand.

Derfor sier legene, at med tanke på disse pasienter og økende demens i samfunnet, kan AKS være et nødvendig tiltak både i hjemmesykepleien og sykehjem, men også på sykehus. Legene mener at hver kommune bør ha en slik sykepleier og at det helst skal være flere med slik utdanning for å kunne ha nytte av denne funksjonen. Det er nødvendig å spre kunnskapen innen geriatriområdet, og AKS kan slik også ha en undervisningsrolle. Arbeidsoppgavene og rollene for en AKS ifølge legene er mange og nesten ubegrensede, men det må foreligge klare retningslinjer for at det skal fungere i praksis. En lege sa: «Det er vel ingen grense for hva de kan brukes til, så jeg kan forestille meg at de kan brukes overalt».



## **Forskrivnings og henvisningsrett**

Forskrivnings- og henvisningsretten for AKS viste seg for å være den største utfordringen og det var et veldig diskutabelt tema i denne studien. Informantene er veldig opptatt av forskrivnings- og henvisningsrett og det er delte meninger om det. En av legene så positivt på det og har full tillitt til at AKS skal ha forskrivnings- og henvisningsrett. Forutsetningen for det er at man har kompetanse og at man tar ansvar for sine avgjørelser. En lege uttrykte det slik: «Det skal ikke være noe problem så lenge man gjør en medisinsk vurdering, fordi man også står for sine avgjørelser, og når man er legitimert og gjør sine vurderinger da står man også for det. I tillegg så tenker jeg også at det å bestille prøve og røntgen ikke skal være noe hinder, og det skal være bra rutiner for svaret».

## **Motstand fra legene**

Flertallet av informantene motsetter seg til det at AKS skal ha forskrivnings- og henvisningsrett. Noen av dem mener at det først og fremst er legen sitt ansvarsområde, men at sykepleiere kan gi noen enkle medisiner. En lege hadde sterke meninger om dette: «Jeg synes at det er fint at sykepleiere kan komme med forslag med dit og datt, det er ofte kloke råd. Men den som skal ha ordineringskompetanse, mener jeg skal være legen». En annen lege sa at «som en lege må man ha mange år utdanning for å kunne gjøre dette, og at turnus legene må spørre om (be om lov) å henvise pasienter til RTG eller mer avanserte undersøkelser». Det at en AKS skal gjøre dette, er for denne legen utenkelig i og med at man må kunne tolke svarene og gjør noe videre med dem.

Videre når det gjelder fordommer og motstand fra legene og annet helsepersonell, er mye knyttet til fordeling av arbeidsoppgaver. For det meste er det frykt for at man kan miste en del eller få andre arbeidsoppgaver. En lege uttrykte det slik: «Mye har med å flytte arbeidsoppgaver fra en yrkeskategori til en annen å gjære og det er klart at det finnes folk som er imot». Legene ønsker sterkt å formidle hvor viktig det er at disse to gruppene skal kunne ha tillit til hverandre. Ifølge legene må vi alle ha sunn fornuft og kjenne til våre grenser. Det er nødvendig å være trygg og søke hjelp og faglig støtte hvis nødvendig. Trygghet for legene innebærer blant annet at AKS skal stille spørsmål om noe hun/han ikke kan/vet noe om. En lege sa at: «AKS skal om nødvendig kunne spørre om hjelp, så fort som mulig helst i løpet av noen minutter». AKS må henvise videre de pasientene som trenger en annen hjelp enn de kan gi dem. Videre forventer legene at slike forhold skal være godt planlagt og at det skal fungere godt i daglig praksis.

## **En AKGS arbeidsmodell- sett fra legenes perspektivet i studien**

Legene har en klar visjon for hva en AKGS arbeidsmodell skal innebære og mener at den bør ha en sentral rolle for eldre menneskers helse- og omsorgstjeneste i primærhelsetjenesten. En AKGS arbeidsmodell har holistisk syn og skal ivareta eldre menneskers behov i sin helhet. På bakgrunn av avanserte kompetanser og kunnskaper, kan en AKGS jobbe selvstendig og ta imot, undersøke, diagnostisere og behandle eldre mennesker. AKGS kan arbeide med oppfølging av eldre mennesker med kroniske sykdommer, utredning av demens, vurdering og



håndtering av akutte situasjoner. Både hjemmeboende og også pasienter som bor på sykehjem/institusjon kan ha nytte av AKGS.

En AKGS skal samarbeide med leger og andre helsepersonell i tverrfaglig team for å sikre god kvalitet for helse- og omsorgstjeneste for eldre. Videre skal en AKGS også jobbe med rådgivning, veiledning og undervisning av andre helsepersonell og pårørende. En viktig rolle for en AKGS vil være lederrollen, fordi de må kunne organisere og igangsette alle tiltakene som er nødvendige for ivareta eldre menneskers behov. Legene fra denne studien var ikke opptatt av en forskerrolle for AKGS.

## Diskusjon

Et viktig fellestrekk i denne forskningen var at nordiske land står ovenfor den samme problematikken når det gjelder omsorg og helsetjenesten til eldre. Legene i denne studien forteller at det er mange utfordringer i eldreomsorgen og at det er nødvendig med å øke kompetanse og forbedre kvaliteten på dette område. Når denne forskningen fant sted var AKS ordningen mest kjent i Sverige og Finland, men alle informantene mener at det å implementere AKS kan ha en positiv innvirkning både på økt kvalitet og bedre effektivitet i eldreomsorgen i Norden.

Resultatene fra flere internasjonale studier viser også at det er behov for sykepleiere med spesiell kompetanse for eldre i primærhelsetjenesten (Fagerström, 2009; Delamaire, 2010; Fagerström, 2011 b; Finnbakk, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Legene oppgir legemangel som en av grunnene for dette behovet. I Norge har Fastlegeforskriften pålagt legene flere oppgaver uten å tilføre tilsvarende ressurser, og i tillegg er det mangel på legene i primærhelsetjenesten (Wesnes et al 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det er spesielt mangel på legene med geriatrikompetanse. Forskningen viser at ved å ta i bruk spesialtrente- avanserte sykepleiere, ble det mulig å avhjelpe legene og overta noen oppgaver fra dem (Stura, 2013; Sibbald et al 2006).

Brukerne med store og faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov, krever både annen kompetanse og høyere og mer flerfaglig kompetanse enn det som før var nødvendig i kommunene. Jonsson, 2014 har utviklet verktøy for å måle kompetansen til sykepleiere og øvrige helsepersonell som jobber med eldre, og hennes forskning viser at mange har svak kompetanse med tanke på de oppgavene de har (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Informantene fra denne undersøkelsen mener at AKS med sine kompetanser er en meget brukbar ressurs i eldreomsorgen. De kom med mange forslag og anbefalinger for hvor AKGS kompetansen kan brukes og hvilke ansvarsområder som kan være aktuelle. Legene fortalte at en AKGS med sin kompetanse kunne ha mange roller: veiledning, oppfølging, behandling, undervisning, klinisk praksis og som en lege så er det ubegrenset for hva AKGS kan brukes



til. Disse ansvars- og kompetanseområder har også vært omtalt av andre forfattere (Hauge et al (2011); Kirkevold, 2011, Fagerström 2011; Hamric,2009).

Informantene hadde klare tanker og formeninger om hva som må til for å lykkes med implementeringen av AKGS. Samarbeidet mellom legene og AKGS er i denne studien et tema som legene var veldig opptatt av. Et god samarbeid er basisen for teamwork og tverrfaglighet, noe som er av stor betydning for kvaliteten og effektiviteten i primærhelsetjenesten (Fagerström, 2011; Lindblad, 2010). Noen av de viktige komponentene for å oppnå god samarbeid er respekt, tillit, trygghet, kommunikasjon og faglig dialog /konsultasjon (Nieminen,2011). Running (2008) viser til at samarbeid mellom leger og AKS kan bli bedre når det er flere AKS som jobber på flere steder i helsevesenet.

En annen viktig forutsetning for implementering av AKGS mener legene, er rolleavklaring og god arbeidsfordeling mellom helsepersonalet. Ifølge Helsepersonelloven (1999) kan helsepersonell overlate bestemte oppgaver til annet helsepersonell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personalets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Glidning av oppgaver mellom profesjoner skjer hele tiden og man må anerkjenne andre gruppers kompetanse og gi avgang til oppgavene. Det er viktig for å få utnytte arbeidskraften og oppnå best mulig kvalitet i behandling av pasienter. Det betyr også at typiske legeoppgaver går nedover til kvalifisert avanserte sykepleiere (Bakke, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Norsk Sykepleieforbund (2013) ser på oppgavefordeling som et virkemiddel for å møte fremtidige utfordringer i helsevesenet. Den Norske Legeforening (2013) mener at det kan være riktig å overføre noen oppgaver til annet personell, men at tydelig ansvarsfordeling er en forutsetning. Helle (2012) sier at Overlegeforeningen ønsker at fenomenet «jobbglidning» (arbeidsfordeling) skal være noe annet enn en profesjonskamp. Det at sykepleiere og andre yrkesgrupper overtar noen oppgaver som tidligere var forbeholdt leger, kan resultere i at legenes spisskompetanse brukes mer hensiktsmessig.

Lindblad (2010) viser til at selv om legene hovedsakelig var positive til den nye AKS rollen, berørte diskusjoner likevel visse problematiske deler av rollen: retten for å utvide rettigheten generelt, forskrive medisiner og ordre behandlinger. Resultatene fra denne studien viser også at de største utfordringene ved implementering av AKS var knyttet til forskrivnings- og henvisningsretten. Delamair (2010) OECD rapporten viser til samme problematikken, nemlig at legene er skeptiske til det at AKS kan ha så mye autonomi og selvstendighet. De er opptatt av hvem som tar det juridiske ansvaret hvis det oppstår feilmedisinering.

Det tyder på at informantene i denne studien er bekymret for å miste en del av deres (profesjons) autonomi hvis AKGS får denne retten. Legene som kjenner lite til og har ingen erfaring i arbeid med AKS, samt de som har ingen AKS- ordning i sitt land (Danmark, Færøyene og Norge) er mest skeptiske til det. På den andre siden mener forskere at hvis en AKS skal kunne utvikles i sin rolle, er det nødvendig med regulering og lovgivning når det gjelder forskrivnings og henvisningsrett (Lindblad et al, 2010; Altersved et al, 2011; Nieminen, 2011; Bergman et al, 2013). Marsden og Street, 2004 hevder at manglende



forskrivning er et problem som hindrer utvikling av AKS (Fagerström, 2011).

Allerede på 1990 tallet har Advanced Practice Nurse- APN fra England fått begrenset forskrivningsrett. Denne retten ble utvidet i 2006 gjennom Nurse Independent Prescribing (Delamaire, 2010). Fra første juli 2010 har AKS i Finland fått begrenset forskrivningsrett, med forutsetningen at vedkommende har nødvendig kompetanse og dispensasjon fra lege. Forskrivningsretten gjelder da for bestemte legemidler for visse sykdommer, og AKS kan fortsette med å foreskrive medisiner til påbegynte behandlinger, hvor legen har fastsatt diagnosen (Nordberg, 2011).

I Norge har jordmødre og helsesøstre i 2002 fått rett til å foreskrive korttidsvirkende hormonell prevensjon til kvinner i aldersgruppen fra 16 til og med 19 år. Fra 1. januar 2015 fikk jordmødre og helsesøstre utvidet denne retten (Helsedirektoratet, 2002; Helsedirektoratet 2015; Helsedepartementet, 2002; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Madsen (2015) sier at forskrivningsrett for sykepleiere vil snart komme i Norge også, slik det har blitt gjort i Storbritannia hvor sykepleiere kan forskrive nesten hele felleskatalogen (Hofstad, 2015). Dette vil være en nødvendighet i framtiden, men for å kunne gjøre dette trenger sykepleiere mer kunnskap i naturfag, fysiologi og farmakologi og dette bør gå inn både i grunnutdanning og etterutdanning (ibid.).

Helsedirektoratet har foreslått at sykepleiere og ernæringsfysiologer skal få forskrivningsrett for henholdsvis medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept. Regjeringen i Norge ønsker videre å utrede forskrivningsrett for sykepleiere med masterutdanninger og eventuell tilhørende spesialistgodkjenning. Planen videre er at disse skal også få delvis henvisningsrett, og etterhvert utvides retten muligens for andre profesjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Fagerström & Glasberg (2011) mener at AKS bør ha henvisnings- og forskrivningsrett for å styrke effektiviteten og autonomien av deres rolle. Flere nyere studiene viser til at pasienter er veldig fornøyd med at APN forskriver medisiner for dem. Det reduserer behovet å gå til legen og gir raskere tilgang til nødvendige medisiner (Gielen et al. 2014; Wilkinson et al. 2014; Carey et al. 2014). På bakgrunn av sykepleiens høye nivå av spesialkunnskap og erfaring i sitt felt har disse pasienter stor tillit til sykepleiere. Tilliten ble bygd over tid, og pasienter føler at de er involvert i beslutningene. Det ble også oppfattet at sykepleiere hadde mer tid for diskusjon, de var mer omsorgsfulle, avslappet og lettere å snakke med enn leger (News Analysis, 2011; Lindblad et al. 2010; Bergmann, 2013; Nazarko, 2012). APN og fastleger var enige om at nytten for pasientene ville ha vært større hvis APN hadde vært i stand til å foreskrive medisiner og ordre behandlinger (Lindblad et al, 2010).

## Konklusjon

Utfordringene i eldreomsorgen og i primærhelsetjenesten stiller krav for oss sykepleiere til å utvikle og forbedre vår kompetanse. Det er stort behov for spesialkompetanse i eldreomsorgen, og AKS kan bidra mye på dette området. Resultatene fra denne og andre studier viser at det er nødvendig med avklaring og presisering av roller og ansvar, ikke bare



for sykepleiere, men også for øvrige helsepersonell i primærhelsetjenesten. Arbeidsfordeling vil da kreve at sykepleiere skal overta noen av oppgavene fra legene, men også overlate noen andre oppgaver til andre grupper, som helsefagarbeider og eventuelt assistenter.

Legene spiller en viktig rolle ved implementering av AKS i eldreomsorgen og dette kommer tydelig fram både i denne og flere andre forskninger. De er viktige støttespillere, og et samarbeid med dem bør være høyt prioritert. Med hjelp av lovregulering og nødvendig kunnskap skal forskrivnings- og henvisningsretten heller ikke være et uoverkommelig problem. AKGS er en ny ressurs i den nordiske primærhelsetjenesten, og derfor er det nødvendig med videre forskning som kan bidra til en vellykket implementering. Et viktig poeng er at AKGS også selv aktivt bør bidra til implementeringen og med å fremme yrket.

## Litteratur

- Altersved, E., Zetterlund, L., Lindblad, U., & Fagerström, L. (2011). Advanced practice nurses: A new resource for Swedish primary health-care teams. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 174-180.doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01923.x
- Bakke, K. A. (2011). God eller dårlig glid. *Dagens Medisin*.
- Bergman, K., Perhed, U., Eriksson, I., Lindblad, U., & Fagerström, L. (2013). Patients' satisfaction with the care offered by advanced practice nurses: A new role in Swedish primary care. *International Journal of Nursing Practice*, 19(3), 326-333.doi: 10.1111/ijn.12072
- By, E. G. (2012). Oppgaveglidning- viktig med en konstruktiv debatt. *Overlegen - Den norske lægeforening*, 40(1), 10 - 11.
- Carey, N., Stenner, K., & Courtenay, M. (2014). An exploration of how nurse prescribing is being used for patients with respiratory conditions across the east of England. *BMC health services research*, 14, 27.doi: 10.1186/1472-6963-14-27
- Carter, N., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Bryant- Lukosius, D., Harbman, P., Bourgeault, I., DiCenso, A. (2010). The role of nursing leadership in integrating clinical nurse specialists and nurse practitioners in healthcare delivery in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 23 Spec No 2010, 167-185.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Den Norske Legeforening (2001). Når du blir gammel og ingen vil ha deg: statusrapport om situasjonen i helsetjenesten. Oslo: Den norske lægeforening
- Den Norske Legeforeningen (2013). Samfunnspolitisk avdeling, S. Oppgaveglidning (5/2013). *Den Norske Legeforeningen*.



- Delamare, M.-L., & Lafortune, G. (2010). *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*: Paris: OECD Publishing.
- Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. (Vol. 26(2014-2015)). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Donelan, K., DesRoches, C. M., Dittus, R. S., & Buerhaus, P. (2013). Perspectives of Physicians and Nurse Practitioners on Primary Care Practice. *The New England Journal of Medicine*, 368(20), 1898-1906.doi: 10.1056/NEJMSa1212938
- Fagerström, L. (2009). Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *International Nursing Review*, 56(2), 269-272.doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00673.x
- Fagerström, L. (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska: Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Fagerström, L., & Glasberg, A.-L. (2011). The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland – the perspective of nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 19(7), 925-932.doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01280.x
- Finnbakk, E., Skovdahl, K., Blix, E. S., & Fagerström, L. (2012). Top-level managers' and politicians' worries about future care for older people with complex and acute illnesses – a Nordic study. *Int J Older People Nurs*, 7(2), 163-172.doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00312.x
- Geroproff (2012). Det nordiske Nettverk Geroproff. [Internet] Tilgjengelig fra: [http://www.viauc.dk/sygeplejerske/Documents/Flyer\\_AKGS\\_master\\_2012%20%20\(1\).pdf](http://www.viauc.dk/sygeplejerske/Documents/Flyer_AKGS_master_2012%20%20(1).pdf)
- Gielen, S. C., Dekker, J., Francke, A. L., Mistiaen, P., & Kroezen, M. (2014). The effects of nurse prescribing a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 1048-1061.doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003
- Ginsburg et al (2009) Nurse Practitioners in Primary Care: A Policy Monograph of the American College of Physicians. INTERNAL MEDICINE Doctors for Adults
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced Practice Nursing--An Integrative Approach*: Fourth edition. (Vol. 23, pp. 30).
- Hauge, S., Hestetun, M., & Kirkevold, M. (2011). Avansert geriatrisk sykepleie - hva er det og hvorfor trenger vi slike sykepleiere i Norge? *Geriatrisk Sykepleie*, 3(1), 20-23.
- Helle, J. (2012). Jobbglidning- trussel eller mulighet? *Overlegen - Den norske lægeforening*, 40(1), 4-5.



- Helsedepartementet (2002). *Forebygging av uønsket svangerskap og abort: retningslinjer for helsesøstres og jordmødres rett til å rekvirere prevensjonsmidler til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år.* (2002). Oslo: Det kongelige Helsedepartementet.
- Helsedirektoratet (2012). Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten: en status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030 Rapport. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, S.-o. (2002). Utvidet rett til rekvirering av hormonelle prevensjonsmiddel for helsesøstre og jordmødre. (pp. 57). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015). Rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre- refusjonsordning på prevensjon. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/seksuell-helse/rekvireringsrett-for-helsesostre-og-jordmodre-refusjonsordning-pa-prevensjon>
- Helsepersonelloven. Lov av 2.juli 1999 nr.64 om helsepersonell m. v. (Helsepersonelloven): med endringer, sist ved lover av 19. juni 2009 nr. 11 (i kraft 1. oktober 2011) og av 9. april 2010 nr. 14.* (2011). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hofstad, E. (2015). Medisinmannens resept. *Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2015/04/medisinmannens-resept>
- Kirkevold, M. (2011). Ny roller- ny utdanning. Mastergrad i avansert geriatrisk sykepleie. Foredrag ved konferanse, 16 august 2011. [Internet]Tilgjengelig fra: <http://slideplayer.no/slide/2046662/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *InterView: Introduktion til et håndværk* (2. udg. ed.). København: Hans Reitzel.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*(2), Cd001271.doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub2
- Lindblad, E., Hallman, E. b., Gillsjö, C., Lindblad, U., & Fagerström, L. (2010). Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care—A qualitative study. *International Journal Of Nursing Practice*, 16(1), 69-74. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01810.x
- Martínez-González, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., & Rosemann, T. (2015). The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review: EMH Swiss Medical Publishers.
- Nazarko, L. (2012). Intermediate care: the nursing contribution. *Nurse Prescribing*, 10(10), 508-512.doi: 10.12968/npre.2012.10.10.508
- News Analysis (2011) Nurse prescribing: the patients' perspective. News Analysis 6 Nurse Preparat 2011 Vol 9 No 1
- Nieminen, A. I., Mannevaara, B., & Fagerström, L. (2011). Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 661-670.doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00876.x



- Nordberg, E. (2011). Bedömning av patientens akuta hälsaproblem vid en akutmottagning. In L. Fagerström (Ed.), *Avancerad klinisk sjuksköterska: Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlag.
- Helsedirektoratet (2015). Rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre- refusjonsordning på prevensjon. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/seksuell-helse/rekvireringsrett-for-helsesostre-og-jordmodre-refusjonsordning-pa-prevensjon>
- Running, A., Hoffman, L., & Mercer, V. (2008). Physician perceptions of nurse practitioners: A replication study. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 429-433.doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00339.x
- Sibbald, B., Laurant, M. G., & Reeves, D. (2006). Advanced nurse roles in UK primary care. *The Medical Journal of Australia*, 185(1), 10-12.
- Stura, E (2013). Spesialutdannede sykepleiere til primærlegeoppgaver I USA. *Michael*(10):6.
- Sørbye, L. W., Vetvik, E., & Grue, E. V. (2009). Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre: nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten. Rapport (Diakonhjemmet høgskole: online) (Vol. 2009/5). Oslo: Diakonhjemmet høgskole.
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Wesnes, S. L., Kristoffersen, E. S., & Burman, R. A. (2012). Fastlegeordningen trenger flere leger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Wilkinson, J., Carryer, J., & Adams, J. (2014). Evaluation of a diabetes nurse specialist-prescribing project. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2355-2366.doi: 10.1111/jocn.12517
- Ekdahl, W. A., Hellström, I., Andersson, L., & Friedrichsen, M. (2012). Too complex and time-consuming to fit in! Physicians' experiences of elderly patients and their participation in medical decision-making: a grounded theory study. *BMJ Open*, 2(3). doi: 10.1136/bmjopen-2012-001063
- Norsk sykepleieforbund (2013). Ønsker ansvars- og oppgaveglidning velkommen som en strategisk virkemiddel.



Vedlegg nr. 1



## Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Lisbeth Fagerström  
Institutt for sykepleievitenskap Høgskolen i Buskerud  
PO Box 7053  
3007 DRAMMEN

Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 03.02.2014 Vår ref: 37218 / 2 / MSI Deres dato: Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.01.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

*37218 Avansert geriatrisk sykepleie i Nordisk kontekst - en ny ressurs for eldreomsorgen i primærhelsetjenesten*  
*Behandlingsansvarlig Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder*  
*Daglig ansvarlig Lisbeth Fagerström*  
*Student Esma Smailhodzic*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang. Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Endringsmeldinger gis via et eget skjema,

<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database,

<http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal      Marte Byrkjeland  
Kontaktperson: Marte Byrkjeland tlf: 55 58 33 48  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Esma Smailhodzic [esma.sma@hotmail.com](mailto:esma.sma@hotmail.com)



## **Personvernombudet for forskning**

### **Prosjektvurdering - Kommentar**

Prosjektnr: 37218

Prosjektet er meldt inn som en internasjonal multisenterstudie, som et felles studentprosjekt.

Høgskolen i Buskerud er behandlingsansvarlig institusjon for den norske delen.

Personvernombudet anbefaler at behandlings-/ansvarsfordelingen formelt er avklart mellom institusjonene og at det utarbeides en avtale som omfatter ansvarsfordeling, ansvarsstruktur, hvem som initierer prosjektet, bruk av data og eventuelt eierskap. Formålet med prosjektet er å kartlegge behovet av avansert klinisk sykepleiere (AKS) i eldreomsorgen, samt utvikle modeller for avanserte geriatriske sykepleiere; organisatoriske forutsetninger, ansvarsområder og arbeidsoppgaver. Data samles inn gjennom intervju. De norske studentene gjør datainnsamling på Færøyene, i Danmark og i Norge.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, men samarbeidende institusjoner bør oppgis. Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Buskerud sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data. Personvernombudet anbefaler at koblingsnøkkelen lagres adskilt fra det øvrige materialet.

Prosjektslutt er angitt til slutten av 2014 i informasjonsskrivet til utvalget, og ombudet har justert dato for prosjektslutt i henhold til dette. Innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes.

Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, arbeidsplass, stilling, alder, kjønn) fjernes eller grov kategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.



**Prosjektnr: 37218 Avansert geriatrisk sykepleier i Nordisk kontekst - en ny ressurs for eldreomsorgen i primærhelsetjenesten**

**BEKREFTELSE PÅ ENDRING**

Vi viser til statusmelding mottatt 11.01.2015.

Personvernombudet har nå registrert ny dato for prosjektslutt 30.06.2016.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ved ny prosjektslutt vil vi rette en ny statushenvendelse.

Hvis det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, gjør vi oppmerksom på at utvalget vanligvis må informeres ved forlengelse på mer enn ett år utover det de tidligere har blitt informert om.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,

Linn-Merethe Rød - Tlf: 55 58 89 11

Epost: linn.rod@nsd.uib.no

Personvernombudet for forskning,  
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Tlf. direkte: (+47) 55 58 81 80



## **FORESPØRSEL OM DELTAKELSE O FORSKNINGSPROSJEKTET**

### **«AKGS-AVANSERT KLINISK GERIATRISK SYKEPLEIER NY RESSURS I ELDREOMSorgen «**

#### **Bakgrunn og formål**

Mitt navn er Esma Smailhodzic, og jeg er for tiden student på masterstudiet - Avansert klinisk geriatrisk sykepleier ved Høgskolen i Sørøst- Norge.

Jeg er en av fem studenter som deltar i dette felles forskningsprosjekt i nordisk kontekst.

Formålet med prosjekt er å bidra til implementering av AKGS i eldreomsorgen i Norden.

Prosjektets hensikt er å kartlegge behovet av avansert klinisk sykepleiere (AKS) i eldreomsorgen, samt ut ifra kartleggingen og litteraturen utvikle modeller for avanserte geriatriske sykepleiere; organisatoriske forutsetninger, ansvarsområder og arbeidsoppgaver.

#### **Problemstilling**

Hvordan bedømmer politikere, ledere, leger, sykepleierkollegaer i spesialistfunksjon og de eldre (fra aktuelle regioner i Sverige, Finland, Danmark og Norge) behovet av AKGS og hvilke ansvarsområder og arbeidsoppgaver kan inkluderes i nye modeller med AKGS? Hvilke organisatoriske forutsetninger er nødvendig for vellykket implementering av AKGS i Norden?

#### **Informanter/utvalg**

Utvalget rekrutteres fra den organisasjon eller fra den kommunen der studenten jobber.

Studenten kontakter ansvarlige ledere for organisasjonen og ber om tillatelse å fullføre undersøkelsen (skriftlig søknad). Etter godkjent søknad, diskuterer studenten med ansvarlige leder om hvilke personer som kontaktes. Studenten kontakter aktuelle deltakere, informerer om studiet, gir både skriftlig og muntlig informasjon. Hver student skal rekruttere fem personer fra sin organisasjon/kommune, totalt 30 personer. Fra hvert land: 1 politiker, 1 leder, 1 lege, 1 sykepleierkollega i spesialistfunksjon og 1 representant for de eldre fra de inkluderte regioner der masterstudenten jobber. Informantene skal få utlevert informasjonsskriv om masteroppgaven.



Hva innebærer deltagelse i studien?

Jeg ønsker å gjennomføre en samtale, eller intervju med deg. Intervjuet vil være maksimum en time og vil bli foretatt på ett nøytralt sted, eller ett sted etter ditt ønske. Selve intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd for å forhindre misforståelser, feiloppfattelser eller annet som kan medføre at informasjonen du gir bli endret.

Samtalen med deg vil foregå slik at du vil bli invitert til å meddele så fritt som mulig dine egne erfaringer og opplevelser i forhold til det fenomenet jeg undersøker, dvs. behov for AKS i eldre omsorgen.

Det er i utgangspunktet liten risiko forbundet med å delta i denne studien, bortsett fra den tiden du må avsette til selve intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Etter intervjuene vil teksten bli transkribert- det vil si at den vil bli skrevet ut, ordrett fra lydbåndet. All personlig informasjon vil bli anonymisert.

Hvis du ønsker det har du mulighet for å få lese gjennom det transkriberte intervjuet.

All informasjon som kan spores, lydbåndopptak, samt utskriften av lydbåndet vil bli oppbevart i låst skap og på passord beskyttet datamaskin. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Også denne navnelisten oppbevares i låst skap.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. I denne studien vil det si at kun veileder og studenter i felles forskningsprosjektet vil ha tilgang til informasjonen. All informasjon, det vil si alle lister og transkriberte tekster, vil bli slettet etter at prosjektet er ferdig og sensur på masteroppgaven foreligger.

Det skal ikke være mulig å identifisere deg som person i resultatene av studien hvis disse publiseres. (For eksempel i et tidsskrift for sykepleieforskning).

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Prosjektet skal etter planen avsluttes i desember 2014.



### Frivillig deltakelse

Det er helt frivillig å delta i studien. Dersom du på bakgrunn av denne informasjonen ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen og returnerer den til meg. Om du i utgangspunktet samtykker å delta, kan du likevel senere når som helst trekke tilbake din samtykke uten at det får noen konsekvenser for deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg kan du gjøre det ved at du kontakter undertegnende.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

### Informasjon om utfallet av studien

Når studien er ferdig vil du som deltaker få informasjon om resultat av studien. Hvis ønskelig kan en kopi av studien bli sendt til deg i etterkant.

Har du ellers noen spørsmål til studien kan du når som helst kontakte:

Student Esma Smailhodzic på tlf. 995 11 836, eller e- post: [esma.sma@hotmail.com](mailto:esma.sma@hotmail.com)

Professor: Lisbeth Maria Fagerström, e- post: [lisbeth.fagerstrom@hbv.no](mailto:lisbeth.fagerstrom@hbv.no)



Vedlegg nr.3

## **SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I STUDIEN**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i studien:

*Felles forskningsprosjekt i nordisk kontekst*

**«AKGS-AVANSERT KLINISK GERIATRISK SYKEPLEIER  
NY RESSURS I ELDREOMSORGEN «**

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekreftet å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert, rolle i studien, dato)



Vedlegg nr.4

## **FELLES FORSKNING PROSJEKT I NORDISK KONTEKST**

Professor: Lisbeth Maria Fagerström

Student: Esma Smailhodzic

### **AKGS – AVANSERT KLINISK GERIATRISK SYKEPLEIER**

En Avansert Klinisk geriatrik sykepleier (AKGS) er en sykepleier som har fullført en mastergrad i klinisk sykepleie spesifikt mot den komplekse medisinske pasienten, og med en utvidet kompetanse i forhold til en sykepleier med grunnutdanningen.

En utdanning som AKGS er rettet mot både primær -og spesialisthelsetjenesten. I den primære sektoren vil oppgaver som å forebygge innleggelser og behandle den enkelte i nærmiljøet være nødvendige oppgaver for en AKGS. I sekundær sektoren vil et Geriatrik team og spesielle geriatrike avdelinger samt akuttinntak være relevante avdelinger for en AKGS. En AKGS vil også være godt egnet til å utdanne og kompetanse utvikle den andre gruppen av ansatte og studenter. Programmet fokuserer også sektor overganger i komplekse tverrfaglige og tverrsektorielle oppgaver som krever stor klinisk innsikt. Opplæringen tar sikte på å oppsøke evidensbasert sykepleie, og kvalitetssikring og forskning.





Det er viktig å kjenne til forskjellen mellom normal aldring og endringer forårsaket av sykdommen. Endringer i struktur og funksjon av flere kroppens systemer kan påvirke en eldre persons funksjonsnivå og evne til å bekjempe sykdom. Medisin for eldre er et viktig område som må styrkes og overvåkes. Programmet inkluderer en omfattende kurs i farmakologi. Som de medisinske pasienter blir eldre ofte behandlet med mange legemidler (polyfarmasi). Derfor er det viktig å ha godt utdannede sykepleiere som arbeider i geriatri og som har en spesiell kunnskap om observasjon av narkotika effekter og bivirkninger. Eldre mennesker skal behandles, slik at de drar nytte av medisin med ingen eller så lite skade som mulig. For optimal utjevning av eldreomsorgen bør det vurderes planlegging og gjennomføring av individuell omsorg ut fra kunnskap om biomedisinske, psykososiale og sosiale aspekter.

For en mer detaljert beskrivelse av kompetansen til den Avansert Klinisk Geriatrisk sykepleier se de nordiske og internasjonale definisjoner nedenfor.

Den nordiske modellen for Avansert klinisk sykepleie beskrevet av professor Lisbeth Fagerström (2011):

*En sykepleier med en avansert klinisk kompetanse skal selvstendig kunne vurdere, diagnostisere og behandle vanlige akutte helseproblemer og sykdomstilstander samt ta ansvar for og ivareta oppfølging og pleie av kroniske helseproblemer. Hun/han kan systematisk*



*utføre en omfattende klinisk undersøkelse av pasienten og utrede pasientens sykehistorie og helsebehov på en avansert måte. Med utgangspunkt i denne kliniske vurderingen har hun/han beredskap og evne til å kunne fastslå pasientens helsebehov og utføre de sykepleie- og behandlingstiltak som kreves. Hun/han ordinerer undersøkelser som laboratorieprøver og røntgenundersøkelser og ordinerer medisiner, henvise samt skrive inn og ut pasienter, dvs gi en helhetlig pleie, omsorg og behandling. Hun/han tar ansvar for, leder og koordinerer helsefremmende og forebyggende arbeid. Andre viktige ansvarsområder er evaluering og utvikling av virksomheter, kvalitetssikring og forskning innen eget fagområde. En avansert spesialistsykepleier har en grunnutdanning som sykepleier, tilstrekkelig arbeidserfaring samt en utdanning tilsvarende mastersgrad innen avansert klinisk sykepleie.*

International Council of Nurses definition:

*"A registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A Master's degree is recommended for entry level."*

#### **REFERANCER:**

Fagerström, L. (RED.) (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska*. Studentlitteratur, Lund

#### **INTERNETSIDER:**

INTERNATIONAL COUNSEL OF NURSES:

<http://www.advancedpractice.scot.nhs.uk/definitions/defining-advanced-practice.aspx>

THE FREE DICTIONARY: <http://www.thefreedictionary.com/nurse+practitioner>

WIKIPEDIA: [http://en.wikipedia.org/wiki/Geriatric\\_nursing](http://en.wikipedia.org/wiki/Geriatric_nursing)



Vedlegg nr. 5

## **INTERVJUGUIDE**

Bakgrunnsinformasjon

Kjønn

Alder

Utdanning

Yrke

Ansiennitet

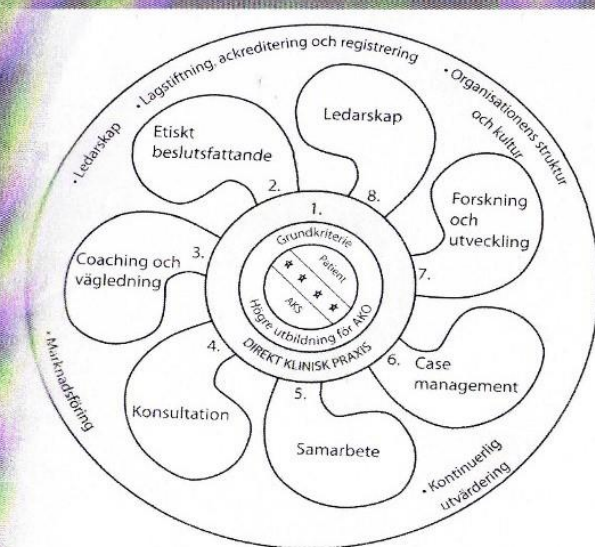
1. Hvordan du som lege oppfatter dagens problematikken rundt pleie og behandling av eldre mennesker i primærhelsetjenesten/kommunalhelsetjenesten?
2. Hvilke meninger har du om AKS roller/ modell som er presentert i infobrevet?
3. Hvor i eldreomsorgen mener du kan AKS ta større ansvar?
4. Hvilke roller, ansvarsområde og arbeidsoppgaver mener du AKS bør/skal ha i eldreomsorgen?
5. Hvilke endringer mener du er nødvendig i organisasjon for å implementere den nye AKS – modellen?
6. Er det noe som gjør at du tviler på og eller er skeptisk til den nye AKS – modellen?
7. Hvordan kan du som lege bidra med støtte/ hjelpe til utvikling og implementering av AKS i din organisasjon og kommune?
8. Hvordan tror du at dine kolleger / andre i teamet godtar implementering av AKS?

Student:Esma Smailhodzic



## NORDISK TEORETISK MODELL FÖR AKO

### Nordisk teoretisk modell för AKO



Kritiska faktorer som påverkar utvecklingen av AKO är:  
organisationsstruktur  
och kultur,  
lagstiftning och registrering,  
ledarskap,  
kontinuerlig  
utvärdering samt  
marknadsföring.



## NORDISK TIDSSKRIFT FOR HELSEFORSKNING



### Forfatterinstruks

Tidsskriftet er et tilbud til nordiske lesere innenfor helsefaglige miljøer, og til forskere innen helsefagene som ønsker å publisere egen forskning.

Tidsskriftet vil holde en bred fagprofil som reflekterer forskning og utviklingsarbeid ved nordiske helsefagutdanninger og tilhørende praksisfelt. Innholdsmessig vil hvert nummer av tidsskriftet presentere referee-bedømte, vitenskapelige artikler eller vitenskapelige essays. Det er knyttet anerkjente forskere på professor, undervisningsdosent- og førstenivå til vurderingen og referee-bedømmelsen av artiklene. Tidsskriftet tar og inn FOU-artikler, som ikke vil bli referee-bedømte, men blir gjenstand for redaksjonell vurdering. Vi tar og inn kronikker, bokanmeldelser, debattinnlegg mm.

***Tidsskriftet har ikke kapasitet til å vurdere uferdige manuskripter.***

Manuskriptene sendes i Word-format til hovedredaktør Inger Lise Wang, [Inger.Lise.Wang@uin.no](mailto:Inger.Lise.Wang@uin.no).

Hele materialet inkludert figurer, tabeller og referanser må skrives med enkel linjeavstand. Venstre marg må være minst 20 mm og høyre marg 20. Lengden på manuskriptet bør være mellom 4000 og 7000 ord for vitenskapelige referee-bedømte artikler og essays. Andre bidrag mellom 2000 og 7000 ord. Bruk 12-punkts skriftstørrelse. Unngå appendikser. Ikke bruk mer enn tre nivåer av overskrifter og marker hvert nivå tydelig.

De innsendte arbeidene må tydelig merkes, hvorvidt de er forskningsartikler, vitenskapelige essays eller annet.

#### **Språk og form**

Bidragene skal skrives på et nordisk språk, dvs norsk, svensk eller dansk.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning gir ikke språkvask, men forutsetter at manuskriptet er vasket og korrekturlest ved mottagelse.

#### **Tittelside og sammendrag**

Det skal være en separat tittelside. Denne skal inneholde bidragets tittel, navn på forfattere og institusjonell tilknytning. Det må videre være en komplett postadresse med riktig postkode. Det er og ønskelig å få e-post adresse og telefonnummer til ansvarlig forfatter. For vitenskapelige artikler og essays skal tittelsiden og ha et sammendrag på maksimum 150 ord. Til slutt i sammendraget ber vi forfatterne komme med forslag til 3-6 nøkkelord som kan være en veiviser mot essayets eller artikkelens innhold. Tittelsiden blir fjernet før bidraget sendes til referee.

#### **Tabeller og illustrasjoner**

Tabeller og figurer bør nummereres med arabiske tall. Vær oppmerksom på proporsjonene i tabellen slik at den passer inn på en trykt side. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning trykkes i A4-format og kun i svart/hvitt. Illustrasjoner bør være profesjonelt tegnet og gjengitt på en slik måte at de egner seg for trykking.



## Litteraturhenvisninger i teksten

I teksten settes forfatters etternavn og publikasjonens utgivelsesår: Duncan (1959). Dersom forfatter ikke er nevnt i teksten, oppgis etternavn og utgivelsesår i parentes: (Holmboe 1999). Oppgi sidetall dersom du mener det er til hjelp for leseren. Sideangivelse oppgis etter utgivelsesår: (Borg 1985:24). Dersom verket det refereres til har to eller flere forfattere, oppgis begge etternavn: (Andersen og Hansen 2000). Dersom verket det refereres til har mer enn to forfattere, oppgis alle navn ved første referanse. (Hanson, Jensen og Pedersen 2000). Bruk dernest "et al." (Hanson et al. 2000).

## Litteraturliste

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten. Bruk overskriften Litteratur. Listen skal settes opp alfabetisk og inneholde alle forfattere det er referert til i tekst og tabeller. Navn/tittel på tidsskrift eller bok kursiveres.

Eksempel på referanse til bøker:

Alvesson, Mats og Kaj Sköldbörg (1994) *Tolkning och reflektion*, Lund: Studentlitteratur

Eksempel på referanse til artikler i bøker

Beston, G (2003) Brukerperspektiv på prosjektundervisning. I Hummelvoll, J. K. (red) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 220-229

Eksempel på referanse til artikler i tidsskrift:

Ørstavik, S (2003) Det tvetydige brukerperspektivet. *Psykisk helse*, 6:19

## Noter

Bruk sluttnoter, ikke fotnoter. Sluttnoter plasseres til slutt i manuskriptet.

## Bekreftelse

Bekreftelse på at manuskriptet er mottatt og antatt sendes til forfatter og kun til førsteforfatter der det er flere forfattere.

Forfatterne vil motta et eksemplar av den aktuelle utgivelsen. Den aktuelle utgivelsen sendes til førsteforfatter. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning betaler ikke ut forfatterhonorar.

## Fri og åpen adgang til publisering

De innsendte arbeidene må være originale dvs. ikke publisert tidligere. Tidsskriftets første publiseringskanal er papirutgaven. Deretter vil vitenskapelige essays, artikler og utviklingsarbeid bli lagt ut gratis på nettet. Publisering skjer gjennom tidsskriftets nettside levert av Septentrio Academic Publishing.

<http://www.ub.uit.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/index>

Alle leserne kan bruke og distribuere artiklene videre så lenge de oppgir forfatter- og tidsskriftsreferansen. Forfatterne til bidragene har copyright (opphavsrett), og tidsskriftet har ikke-eksklusiv rett til å publisere bidragene. Denne forandringen endrer ikke kravet om høy kvalitet i publiseringen av artikler i tidsskriftet.

## Erklæring om copyright

Forfattere som publiserer i dette tidsskriftet aksepterer følgende vilkår:



- a. Forfattere beholder opphavsretten til sine verker, og gir tidsskriftet rett til første publisering av verket, som samtidig lisensieres under en [Creative Commons Attribution License](#) som tillater andre å dele verket under forutsetning av at opphavsmannen og den opprinnelige publiseringen krediteres.
- b. Opphavsmenn kan inngå separate tilleggsavtaler om ikke-eksklusiv distribusjon av den publiserte utgaven av sine artikler (f.eks. avgi den til et institusjonelt vitenarkiv) så lenge dette tidsskriftet blir kreditert som første utgiver.
- c. Opphavsmenn tillates og oppmuntres til å gjøre sine verk tilgjengelig på internett (f.eks. i institusjonelle vitenarkiver eller på egne hjemmesider) før og under behandlingen av manuskriptet i tidsskriftet, da dette kan lede til fruktbare meningsutvekslinger såvel som til tidligere og mer sitering av verkene (se [The Effect of Open Access](#)).

## Erklæring om personopplysninger

Navn og e-postadresser som avgis til tidsskriftet på dette nettstedet vil kun bli benyttet til de formål de er innsamlet, og vil ikke bli gjort tilgjengelig for andre formål eller andre personer.

ISSN: 1891-2982