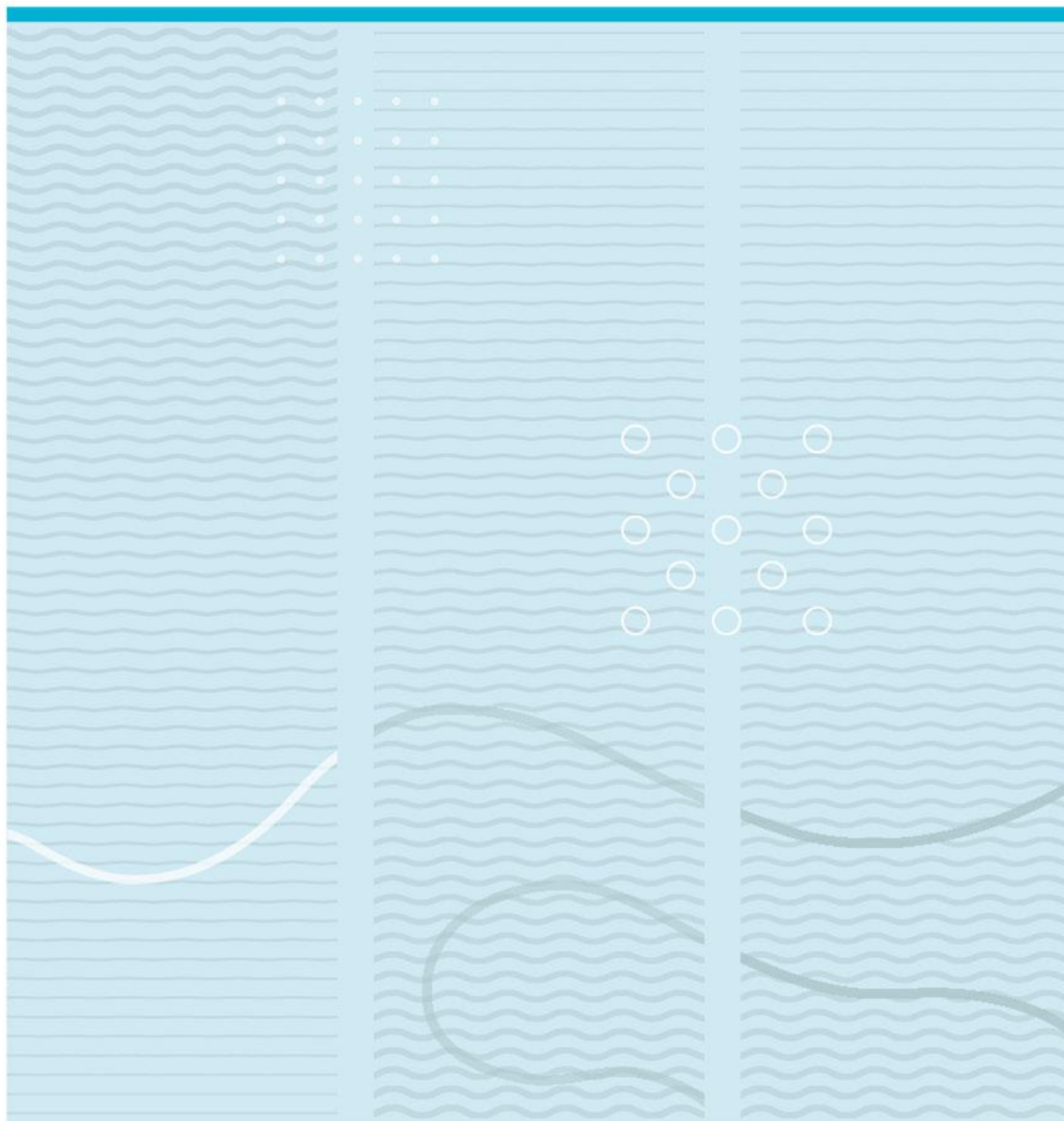


Birgitte Teien

## Avansert klinisk sykepleie i hjemmebaserte tjenester.

### En kvalitativ studie.



Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for sykepleie og helsevitenskap  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2019 Birgitte Teien

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

# Sammendrag

Avansert klinisk sykepleier i hjemmebaserte tjenester: En kvalitativ studie.

**Bakgrunn:** Avanserte kliniske sykepleiere (AKS) har gjennom utdanning tilegnet seg kunnskaper på et avansert nivå, og flere ivaretar nyopprettede selvstendige funksjoner i norske kommuner. Til tross for at de først utdannede AKS har arbeidet i noen år, finnes det lite kunnskap om hva disse sykepleierne gjør og hvordan deres kompetanse brukes. Dette er derfor fokus i denne oppgaven.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive hvilke arbeidsoppgaver avanserte kliniske sykepleiere utfører i hjemmebaserte tjenester, og hvordan de benytter sin avanserte kompetanse.

**Metode:** Kvalitativt deskriptivt design ble benyttet. Dybdeintervjuer av seks avanserte kliniske sykepleiere dannet datagrunnlaget i studien. Det ble benyttet kvalitativ innholdsanalyse i bearbeiding av data.

**Resultater:** Resultatet av analysen avdekket fire overordnede kategorier som hver representerer viktige områder hvor sykepleierne brukte sin kompetanse: Rolleutvikling, kunnskapsoverføring, brobygging og klinisk vurdering.

**Konklusjon:** Denne studien viser betydningen av avanserte kliniske sykepleiere sin kompetanse og hvordan de i tillegg til kliniske pasientrettede oppgaver jobber med å styrke kunnskapsnivået i kommunen, bedre samhandling mellom helsetjenestene samtidig som de jobber med kontinuerlig utvikling av sin egen sykepleierrolle for å bedre kommunenes muligheter til å møte pasientenes helsebehov.

**Nøkkelord:** Avansert klinisk sykepleie, Avansert geriatriske sykepleiere, kommunehelsetjenesten, primærhelsetjenesten, arbeidsoppgaver.

## Abstract

Advanced practice nurses in homecare services: A qualitative study.

**Background:** Advanced practice nurses have through higher education acquired competency on an advanced level. Several of these hold newly created independent functions in Norwegian municipalities. Despite the first educated advanced practice nurses having worked a few years, there exists little knowledge on what tasks these nurses execute and how their competence is employed. Consequently, this is the focus of this study.

**Purpose:** The purpose of this study was to gain knowledge about the tasks executed by advanced practice nurses in Norwegian municipalities, and how this role differs from the traditional nursing role.

**Method:** A qualitative descriptive design was employed in this study. In-depth interviews of six advanced practice nurses form the foundation of data for the study. A qualitative content analysis was used to analyze the data.

**Results:** The result of the analysis uncovered four superior categories, each representing important areas where the nurses employed their competence: role development, knowledge transference, relationship building, and clinical assessment.

**Conclusion:** This study displays the significance of the competence developed by advanced practice nurses, and how these nurses, in addition to clinical patient related tasks, work towards advancing the level of competence within the municipality, and improve the cooperation among the different health services, while at the same time continuously develop their own role as a nurse, improving the municipality's potential to encounter the health needs of their patients.

**Key Words:** Advanced practice nursing, advanced geriatric nurses, municipal healthcare services, primary healthcare services, work tasks.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag .....</b>	<b>3</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>4</b>
<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>5</b>
<b>Forord .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Innledning.....</b>	<b>8</b>
1.1 Avansert klinisk sykepleie .....	8
<b>2 Bakgrunn for studien.....</b>	<b>9</b>
2.1 Studiens kontekst.....	9
2.1.1 Hjemmebaserte tjenester .....	10
2.1.2 Pasienter med store og sammensatte behov .....	11
2.2 Sykepleiens utvikling .....	12
2.3 Rollebegrepet .....	13
2.3.1 AKS Rolleutvikling.....	14
2.3.2 AKS som en selvstendig yrkesutøver.....	15
2.4 Hva sier forskning på AKS .....	15
2.4.1 Forskning om tema.....	17
2.5 Studiens hensikt .....	18
2.6 Studiens problemstilling .....	18
<b>3 Metode.....</b>	<b>19</b>
3.1 Forskningsdesign .....	19
3.1.1 Forforståelse.....	19
3.1.2 Fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming .....	20
3.2 Forberedelser til datasamling.....	21
3.2.1 Utvalg og rekruttering .....	21
3.2.2 Intervju-guide.....	23
3.3 Data samling .....	23
3.3.1 Etske overveielser.....	24
3.3.2 Intervjuprosessen .....	25
3.3.3 Transkribering.....	25
3.4 Dataanalyse .....	26
3.4.1 Første trinn - helhetsinntrykk.....	26

3.4.2 Andre trinn - meningsbærende enheter .....	26
3.4.3 Tredje trinn - kondensering.....	27
3.4.4 Fjerde trinn - syntese .....	27
<b>4 Resultater .....</b>	<b>28</b>
4.1 Rolleutvikling .....	28
4.1.1 Bakgrunn og rammene som den nye rollen skulle bygges innenfor .....	28
4.1.2 AKS-rollens innhold og arbeidsform .....	30
4.1.3 Framtidstanker om AKS-rollen .....	33
4.2 Kunnskapsoverføring .....	35
4.3 Brobygging.....	37
4.4 Klinisk vurdering .....	39
<b>5 Diskusjon .....</b>	<b>42</b>
5.1 Diskusjon av resultater.....	42
5.1.1 Direkte pasientrettet arbeidsoppgaver.....	42
5.1.2 Områder hvor avanserte kliniske sykepleiere benytter sin avanserte kunnskap .....	45
5.2 Implikasjon for praksis .....	49
5.3 Diskusjon av metode.....	49
5.3.1 Validitet.....	50
5.3.2 Reliabilitet.....	51
5.4 Forslag til videre forskning.....	52
<b>6 Konklusjon .....</b>	<b>53</b>
<b>Litteratur liste.....</b>	<b>54</b>
<b>Vedlegg 1: Informasjonsskriv .....</b>	<b>58</b>
<b>Vedlegg 2: Intervjuguide .....</b>	<b>60</b>
<b>Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD.....</b>	<b>61</b>

## Forord

Avansert klinisk sykepleie startet som et deltids masterprogram over 4 år, på høyskolen i Buskerud høsten 2015. Programmet ga statlig lønnstilskuddsordning for å stimulere kommuner til å utdanne sine sykepleiere i denne nye rollen.

I Lier kommune hadde daværende fag sjef Liv Heidi Brattås Remo et stort ønske om å satse på denne nye utdanningen, for å imøtekomme fremtidens behov for kvalifisert helsepersonell. Kommunenes virksomhetsleder ble oppfordret til å støtte erfarne sykepleiere til å søke denne utdannelsen, der kommunen engasjerte seg ved å gi støtte under utdanningen, noe som ga ekstra poeng til søknaden og garanti om nye arbeidsoppgaver etter endt utdanning. Jeg ønsker å takke for muligheten Lier kommune har gitt meg som til å realisere min drøm om å bli en bedre sykepleier for den eldre pasienten, ved å tilby denne utdannelsen.

Jeg ønsker også å takke min tidligere leder Anne Grethe Wexhal. Hun hadde tro på meg i dette prosjekt, og oppfordret meg til å starte på denne utdannelsen, noe jeg var skeptisk til da, men er svært takknemlig for nå.

Jeg ønsker også å takke mine med studenter Abiel Øvrebø og Lone Rage, som gjennom disse fire årene har vært en uvurderlig støtte.

I arbeidet med denne oppgaven har Linn Hege Før Sund vært en viktig og kunnskapsrik veileder. Jeg er svært takknemlig for alle råd og tips jeg har fått i utarbeidelsen av denne studien.

Ellers vil jeg takke min venninne Ingunn Thoresen for all hjelp og støtte i forbindelse med denne oppgaven og familien min som har latt meg få muligheten til å ta en så lang og krevende deltidsutdanning. Jeg gleder meg til å ha mer tid i sammen med dere.

Sande 11.01.19

Birgitte Teien

# 1 Innledning

Denne studien handler om avanserte kliniske sykepleiere (AKS) og deres arbeid i kommunehelsetjenesten. Oppgaven er bygget opp med 6 kapitler.

1.kapittel presenterer definisjon og beskrivelse av avansert klinisk sykepleier. 2. kapittel presenterer bakgrunn for studien, studiens hensikt og problemstilling. I 3. kapittel finnes diskusjon av resultater og metode før implikasjoner for praksis og forskning.

Avslutningen finnes i kapittel 6.

## 1.1 Avansert klinisk sykepleie

Avansert klinisk sykepleie (AKS) er i Norge en ny masterutdanning for sykepleiere. Selve begrepet AKS er fortsatt forholdsvis ukjent for både sykepleiere, sykepleieledere og befolkningen ellers. Internasjonalt er rollen imidlertid utbredt, og benevnes med begrepet «Advanced Practice Nursing» forkortes til APN. Oversatt til norsk definert slik:

«En AKS er en autorisert sykepleier som har tilegnet seg kunnskaper på ekspertnivå, ferdigheter i kompleks beslutningstaking, samt klinisk kompetanse til en utvidet funksjon som utformes av konteksten og /eller autorisasjonskrav i det aktuelle land» (Fagerström, 2011).

Masterprogrammet i AKS er rettet mot erfarne klinikere og har som mål å videreutvikle sykepleierens kompetanse i personorientert, kunnskapsbasert og klinisk sykepleie. Utdanningen skal gi sykepleiere avansert vurderingskompetanse og sette dem i stand til å gjennomføre selvstendige strukturerte kliniske undersøkelser, avdekke funn, fatte beslutninger om behandling samt koordinere og følge opp pasienter med ulike helsebehov. AKS skal ha kompetanse til å undervise, veilede og støtte pasienter, pårørende og kollegaer, evaluere tjenestekvalitet, og fremme kunnskapsbasert sykepleiepraksis. Studiet skal i tillegg til å gi bredde kompetanse også bidra til fordypning innenfor ansvarsområdet AKS skal ha etter endt utdanning (Universitetet i sørøst-Norge, 2018b).



## 2 Bakgrunn for studien

Befolkningens behov for helsetjenester er i endring som følge av at mange lever lenger, og får flere og sammensatte sykdomstilstander som ofte krever avansert behandling (Meld. St. 47, 2009). En av de største helseutfordringene på verdensbasis er å dekke behovet for kvalifisert helsepersonell, et behov som sannsynlig vil øke i årene som kommer. En måte å imøtekomme fremtidens utfordringer på er en bedre utnyttelse av helseressursene ved endring av oppgavefordelingen mellom helsepersonell. Utprøving av AKS i helsetjenesten er et slikt eksempel, (Meld. St. 26, 2015). I dette kapittelet beskrives studiens kontekst, begrep, sykepleiens utvikling og forskning utført om temaet AKS.

### 2.1 Studiens kontekst

Norge har i perioden fra 2009 til 2015 hatt en total befolkningsøkning på 7,3 %, mens aldersgruppen mellom 67 og 79 år har hatt en vekst på hele 29,5 % (Helsedirektoratet, 2017a). Etter som alderen øker, vil flere av disse menneskene være i behov for helsehjelp, og mange trenger langvarige og sammensatte helsetjenester. Ofte har disse menneskene utfordringer knyttet til både somatikk og psykisk helse men også rus kan inngå i utfordringsbilde. Dette krever et vidt tilbud av tjenester, fra flere fag, nivåer og sektorer samtidig (Helsedirektoratet, 2017a).

Som et resultat av utfordringene skissert ovenfor kom Stortingsmelding nr. 47, Samhandlingsreformen i 2008 (Meld. St. 47, 2009). Her ble samhandling mellom helsetjenestene sett på som et av de viktigste utviklingsområdene fremover og et av hovedgrepene var utvikling av nye og fremtidige satsningsområder for kommunene. Dette innebar økt fokus på forebygging og tidlig innsats i sykdomsforløpet, helhetlig tenking, tidlig intervensjoner, diagnostikk, behandling og oppfølging som i størst mulig grad kunne ivaretas, innenfor best effektive omsorgsnivå. Dette skulle gi økt kvalitet på tjenesten og samtidig god utnyttelse av de økonomiske ressursene. Flere land som for eksempel USA, England og Finland har allerede iverksatt lignede tiltak med integrerte, koordinerende og tverrfaglige primærhelsetjenester. I disse landene har en endring i oppgavefordelingen mellom leger, sykepleiere og annet helsepersonell ført til utvidede funksjoner, med nye titler og andre arbeidsoppgaver.

Som en oppfølging av Samhandlingsreformen kom Stortingsmelding 26, «Fremtidens primærhelsetjeneste» i 2015. Denne meldingen beskrev den politiske viljen til å forbedre kommunale helse og omsorgstjenester for å imøtekomme Samhandlingsreformens målbilde og la tydelig føringer for fremtidens primærhelsetjeneste. For første gang i helsepolitiske føringer ble AKS rollen beskrevet i denne stortingsmeldingen (Meld. St. 26, 2015).

### 2.1.1 Hjemmebaserte tjenester

Det har vært en markant økning av pasienter med behov for hjemmebaserte tjenester. Kommunenes måte å organisere tjenestene på påvirkes av forskjeller som størrelse, geografi og befolkningssammensetning, i tillegg til sykdomsbilde, kultur og historie (NOU 2018:16, 2018). I 2015 mottok hele 220 152 personer helsetjenester i hjemmet i Norge, og antall mottakere økte med 15 % fra 2009 til 2015 (Helsedirektoratet, 2017a).

Den økte veksten har vært et resultat av kommunens utvidede ansvarsområde for nye brukergrupper, at pasienter blir raskere utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten og av muligheter en nå har for å gi syke mennesker en mer avansert og livsforlengende behandling (Meld. St. 26, 2015). Nå skal avanserte prosedyrer og behandling pasientene tidligere hadde fått utført på sykehus, som for eksempel intravenøs behandling, utføres i hjemmet, og behandlingen skal iverksettes før, og istedenfor etter sykehusinnleggelse (Meld. St. 47, 2009).

Etter innføringen av samhandlingsreformen skulle kommuner som over år hadde hatt rekrutteringsproblemer spesielt i forhold til sykepleiere, ivareta nye pasientgrupper (Heskestad, 2017), og til tross for at antall arbeidstakere med høyere utdanning økte fra 29,4 prosent i 2007 til 34 prosent i 2016, arbeider det fremdeles mange ufaglærte i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017a).

For å ivareta pasientgruppen i hjemmebaserte tjenester som nå har flere ulike sykdommer som kan interagere med hverandre, i tillegg til aldersrelaterte plager (Helsedirektoratet, 2017), beskrives det et økt behov for klinisk kompetanse i kommunene som gir både faglig dybde og bredde (Meld. St. 26, 2015). En studie utført blant 1016 helsepersonell fra sykehjem og hjemmesykepleien i Norge viste at sykepleierkompetansen som fantes i kommunene var utilstrekkelig i forhold til

avanserte prosedyrer og sykepleiedokumentasjonen og at ansatte på sykehjem var mer kvalifiserte enn ansatte i hjemmetjenesten (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016).

I Norge er legedekningen god, og det finnes flere leger her pr. innbygger enn i mange andre land (Meld. St. 6, 2017). Erfaringer fra fastlegeordningen viser derimot at den ikke fungerer godt nok for pasienter som ikke selv etterspør legetjenestene. Et eksempel på en brukergruppe hvor fastlegeordningen kommer til kort, er hjemmeboende eldre med nedsatt funksjonsnivå (Meld. St. 47, 2009). Dette stiller større krav til de som arbeider i hjemmebaserte tjenester og deres evner til å avdekke sykdom, samhandle med andre og iverksette behandling (Helsedirektoratet, 2017).

### 2.1.2 Pasienter med store og sammensatte behov

Det som kjennetegner brukere av kommunale helsetjenester er at de er skrøpelige og i økende grad multisyke, noe som fordrer behov for mer avansert kompetanse. Det finnes ingen standard definisjon på det å være multisyk, men det refereres til å ha:

«Tilstedeværelse av to eller flere langvarige helseproblemer og eventuelt andre tilleggsfaktorer som for eksempel utfordringer i forhold til bolig, økonomi og kulturell bakgrunn» (Helsedirektoratet, 2018)

Stortingsmelding 26, «Fremtidens primærhelsetjeneste,» foreslår en mer strukturert oppfølging av denne brukergruppen (Meld. St. 26, 2015). Ved tidlig identifisering av behov og målrettet og tverrfaglig innsats med utgangspunkt i hva pasientene og brukerne selv opplever som viktig for seg, kan mange få et bedre liv og mulig færre sykehusinnleggelse (Helsedirektoratet, 2018). Helsedirektoratet har utgitt en veileder om oppfølgingen av personer med store og sammensatte behov. Denne er rettet mot ledere i alle virksomheter og på alle nivåer der det ytes helsehjelp. Kommunen som den mest sentrale tjenesteyteren må gjennom systematikk og god praksis sikre kvalitet på tjenesten og god brukervedvirkning, samtidig som samarbeidet med spesialisthelsetjenesten gir pasientene en helhetlig tjeneste uten avbrudd (Helsedirektoratet, 2018). I arbeid med denne pasientgruppen er det viktig å ha kunnskap om hva som skiller den eldre pasienten fra den geriatriske, og hvordan både

koomorbiditet og polyfarmasi påvirker det eldre mennesket i møte med akutt, SUB akutt eller kronisk sykdom (Wyller, 2015).

## 2.2 Sykepleiens utvikling

Sykepleieryrket har i siste århundre hatt en enorm utvikling, fra å være en barmhjertighetsgjerning til å bli en profesjonell yrkesutøvelse som krever høyskoleutdannelse (Fagerström, 2011). I primærhelsetjenesten behandler hjemmesykepleien skrøpeligere pasienter i dag enn tidligere, samtidig som den helsefremmende og forebyggende innsatsen er blitt en større del av sykepleierens ansvarsområde gjennom en mer aktiv tilnærming til pasienter som er i risiko gruppen for å utvikle sykdom (Meld. St. 26, 2015). Et resultat av økt press på alle deler av helsevesenet har ført til en endring i den tradisjonelle sykepleierrollen, og for noen en utdannelse i en ny og utvidet sykepleierrolle som internasjonalt betegnes som Advanced Practice Nursing, APN (Fagerström, 2011).

Patricia Benner presenterer i boken «Fra novise til ekspert» (Benner, 1995) en ferdighetsmodell utviklet av Dreyfus og Dreyfus som overført til sykepleien omhandler kvaliteten på sykepleie og hvordan denne endres fra en er nyutdannet sykepleier til en har erfaring fra faget. Benners modell er en måte å forklare ferdighetsutviklingen som sykepleiere gjennomgår. Etter hvert som en sykepleier får erfaring i fra yrket, kan modellen som beskriver 5 ferdighetsnivåer: novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Disse er med på å avklare hvilke forventninger en kan stille til nyutdannede sykepleiere i forhold til sykepleiere med erfaring (Benner, 1995). I denne oppgaven er AKS plassert i ekspert-rollen, da opptakskriteriene for studiet både har et minstekrav om karakter og minst 3 års relevant arbeidserfaring som sykepleier (Universitetet i sørøst-Norge, 2018b). Benner (Benner, 1995) beskriver ekspertsykepleieren som en sykepleier med dyp helhetsforståelse, ferdighet i å gjenkjenne symptomer og med en intuisjon opparbeidet gjennom erfaring. Dette samsvarer godt med læringsutbyttebeskrivelsen fra en av masterutdanningene i avansert klinisk sykepleie i Norge (Universitetet i sørøst-Norge, 2018b).

En annen måte å beskrive de ulike ferdighetsnivåene for sykepleie på er gjennom nettopp å se på utdanning og på hvilken læringsutbyttebeskrivelser de ulike

utdanningene legger opp til. Kvalifikasjonsrammeverket beskriver forskjellen i læringsutbyttene på bachelor og masternivå. Her blir kvalifikasjonene målt ut i fra det totale læringsutbyttet på områdene kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse (Kunnskapsdepartementet, 2014). Som sykepleier med bachelor utdanning skal en ha bred faglig kunnskap og kjenne til forskning slik kunnskapen kan anvendes til egenutvikling, reflekteres over i relasjon til egen faglig utøvelse og benyttes som ferdigheten i å planlegge å gjennomføre varierte arbeidsoppgaver (Universitetet i sørøst-Norge, 2018a). En masterkandidat skal ha avansert kunnskap og ferdigheter innen for fagområdet, og spesialisert innsikt i et avgrenset område (Universitetet i sørøst-Norge, 2018b). Masterkompetansen skal på denne måten bidra til økt kommunikasjon innenfor fagområder, både med spesialister og allmenheten og bidra til nytenkning og innovasjonsprosesser samtidig som den skal gi sykepleieren evne til selvstendig vurderings- og beslutnings kompetanse, kritisk tenkning og evne til å ta i bruk forskning for å utvikle tjenestene til pasientens beste (Kunnskapsdepartementet, 2014). Skillet mellom bachelor og masternivå går altså mellom det å ha kunnskap, og det å ha inngående kunnskap. Ved endt masterutdanning skal alle de tre nivåene kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse bli løftet til et høyere nivå (Kunnskapsdepartementet, 2014).

Kritikken som i Norge er rettet i mot sykepleiere med masterutdanninger fokuseres første og fremst på at utdanning bidrar til å øke avstanden til pasientene. Det er nettopp dette som skiller master i AKS fra mange andre masterutdanninger, da AKS er direkte rettet mot klinisk arbeid (Universitetet i sørøst-Norge, 2018b). Til tross for intensjonene for utdannelsen og kunnskapen om at AKS i utlandet arbeider på mange forskjellige måter finnes det lite kunnskap om hvordan de som har tatt denne utdannelsen i Norge faktisk arbeider.

## 2.3 Rollebegrepet

Begrepet rolle har en sentral plass i denne oppgaven som omhandler en endring av tradisjonelle sykepleierroller til avanserte sykepleierroller. Det finnes mange måter å definere rolle på. Den vanligste er kanskje den sosiologiske definisjonen, som ser på rolle som en forventning til menneskelige aktører, og hvordan de forholder seg til

hverandre og helheten «En rolle er summen av normer og forventninger som knytter seg til en bestemt oppgave eller stilling» (Skirbekk, 2018).

I denne oppgaven vil forventningen om hva AKS-rolle innebærer variere med kunnskapen den enkelte har til rollen i fra før, og hvilke føringer som blir tillagt den nye rollen som det ikke finnes noen standard for. Tidligere har forventningene en hadde til sykepleierroller vært knyttet til forskjellen mellom sykepleiere med bachelor og en med spisset videreutdanning tatt med støtte av arbeidsgiver. Et eksempel på sykepleiere som har selvstendig utvidede roller i Norge er helsesykepleiere og jordmødre (Helsedirektoratet, 2017).

I Norge finnes det kun et begrenset antall AKS da utdannelsen er ny i norsk sammenheng (Henni, Kirkevold, Antypas, & Foss, 2018), noe som igjen kun gir et fåtall AKS rollemodeller. Kunnskapen vi har om denne yrkesrollen kommer fra utlandet. Det kan være vanskelig å kopiere bruken av AKS rollen fra land til land, da det ikke finnes noen felles global forståelse av rollen og både utdanning, kontekst og regulering er forskjellig fra land til land (Heale & Rieck Buckley, 2015). Hvordan rollen benyttes er avhengig av behovet i det aktuelle landet, og rettighetene gitt i form av den aktuelle ANPs «Scope of practice» (Wilhite, 2012).

### 2.3.1 AKS Rolleutvikling

Studier viser at sykepleielederne er viktig i utviklingen av AKS rollen. Deres påvirkning i form av motivasjon, engasjement og ledelse er avgjørende for hvor vellykket implementeringen blir (Fagerström & Glasberg, 2011). Forskning beskriver at mangel på støtte fra ledelsen har ført til at enkelte AKS søker alternativt arbeid (Wisur-Hokkanen, Glasberg, Mäkelä, & Fagerström, 2015).

En tydelig definert AKS rolle utvidet fra den tradisjonelle rollen sykepleierne hadde før den nye utdannelsen, beskrives som viktig for rolleutviklingen. På denne måten kunne kollegaer, leger, politikere og pasienter vite hva rollen innebærer, og hvilke forventninger de kan ha (Bryant-lukosius & Dicenso, 2004).

I boken «Avancerad klinisk sjukskoterska» beskrives en teoretisk modell for AKS utviklet for nordiske forhold. Den består av åtte kompetanseområder der direkte klinisk praksis i tillegg til etisk beslutningstaking, veiledning, konsultasjoner, samarbeid, case

management, forskning og utvikling samt lederskap beskrives som eksempler på en klinisk virkelighet (Fagerström, 2011). Ansvar beskrives i en studie som en sentral og essensiell karakteristik av AKS sin utvidede «Scope og practice». AKS kan utøve avansert sykepleie ved deres måte å vite, gjøre og være (Nieminen, Mannevaara, & Fagerström, 2011).

### 2.3.2 AKS som en selvstendig yrkesutøver

AKS beskrives i litteraturen som en sykepleier med en autonom rolle. Med autonomi menes selvstyre, eller en som følger sin egen indre lovmessighet uten ytre påvirkning. Innenfor moralfilosofien, hvor begrepet ofte benyttes, omhandler det en persons evne til å bestemme over grunnlagt for sine handlinger (Sagdahl, 2017). Enkelte oppgaver kunne overføres uten endringer i regelverket, mens andre oppgaver som mulighet til å henvise, rett til å forskrive legemidler og medisinsk forbruksmateriell innebærer en formell utvidelse av rettigheter og vil kreve endring av regelverket (Meld. St. 26, 2015). En form for autonomi som kan endre arbeidet for sykepleiere med masterutdanning vil være spesialist godkjenning og utvidede rettigheter. Helsedirektoratet utarbeidet i 2017 et forslag til nasjonal studieplan for videreutdanning i avansert klinisk allmensykepleie og det tas sikte på å innføre en offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere med slik videreutdanning for å møte behovet for høyere og bredere kompetanse enn i dag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

## 2.4 Hva sier forskning på AKS

Det er utført mye forskning på AKS internasjonalt siden spesialutdanning av sykepleiere tok sin moderne form og det første Nurse practitioners programmet ble startet ved University of Colorado i 1965 (Fagerström, 2011). En kartlegging utført av International Council of Nurses fra 2004, viser at rollen i dag er vel utbredt i flere land, over alle kontinenter (Fagerström, 2011). AKS beskrives som et «paraplybegrep» for alle nivåer og definisjoner av sykepleiere som arbeider på avansert nivå, eller med utvidede rettigheter (Duffield, Gardner, Chang, & Catling-Paull, 2009; Fagerström, 2011). En del av forskningen på AKS er rettet mot spesifikke oppgaver i spesialisthelsetjenesten, men i denne studien rettes fokus på forskning som er utført i primærhelsetjenesten.

AKS-rollens opprinnelse beskrives først som et resultat av legemangel, og mye forskning omhandler oppgaveglidning i mellom lege og sykepleiere (Laurant et al., 2005; Laurant, Sergison, Halliwell, & Sibbald, 2000; Maier, 2015; Martínez-González et al., 2014), hvilken effekt denne oppgaveglidningen har for pasientene og om det finnes noen økonomiske gevinster. Forskning viser at trente sykepleiere kan gi like god eller bedre pasienttilfredsstillelse for pasienter i primærhelsetjenesten, og at oppgaveglidning kan lette legenes arbeidsmengde, men da sykepleiere bruker lengere tid på konsultasjoner og gjerne tilser pasientene hyppigere er det økonomiske utfallet usikkert (Cestari L, 2001; Martínez-González et al., 2014). Forskning viser imidlertid at samarbeid mellom AKS og fastlegene kan sikre en faglig forsvarlig, men kostnadseffektiv primærbehandling (Cestari L, 2001), og gi økt tilgang til helsetjenestene, spesielt for pasienter som bor i griseendte strøk (Buerhaus, Desroches, Dittus, & Donelan, 2015).

Det skiller mange år mellom oppstartstidspunkt i de forskjellige landene og både forståelsen og betegnelsen av rollen varierer på samme måte som også utdanning og graden av denne. Forskning viser at enkelte land krevde mastergrad eller doktorgrad, mens andre land kun krevde videreutdanning og erfaring fra yrket (Carney, 2016).

Artikkel søk utført på AKS i primærhelsetjenesten viser at det er rettet et stort fokus på sykepleierrollen. Mye forskning er utført på rollebeskrivelse og på hva som skiller de ulike benevnelsene av sykepleiere på avansert nivå i utdanning, rolle og ansvarsområder både globalt og i eget land (Gardner, Chang, Duffield, & Doubrovsky, 2013; Jokiniemi, Pietila, Kylma, & Haatainen, 2012; Wong et al., 2010), mens andre studier sammenligner utviklingen mellom flere forskjellige land (Duffield et al., 2009). Flere studier omhandler implementering og evaluering av AKS-rollen, gjerne ved bruk av etablerte rammeverk som for eksempel PEPPA modellen (Bryant-lukosius & Dicenso, 2004; McNamara, Giguère, St-Louis, & Boileau, 2009; Walsh et al., 2016)

Det er finnes flere studier som utforsker bruk av rollen i sykehjem (Donald et al., 2013; Kiljunen, Välimäki, Kankkunen, & Partanen, 2017) og hvilken effekt bruken av AKS i denne settingen har for de sårbare pasientene. Andre studier omhandler AKS i generell geriatrisk omsorg, (Donald et al., 2014) enten som del av et teambasert (Andregård & Jangland, 2015) tilbud til de svakeste eldre i deres hjem eller som konsulenter der hvor de arbeider i en delt stilling mellom pasientnært arbeide i en viss prosent samtidig som de utførte andre oppgaver den resterende tiden (Abdallah, 2005).



I Norden ser man en økende interesse for AKS-rollen, og forskning har her vært fokusert på hvilke behov fremtidens helsetjeneste har. Studier viser at man trenger økt kompetanse og da spesielt i geriatri, men at det også stiller et større krav til sykepleieledere, som må øke kvaliteten og gjøre arbeidsplassene mer attraktive for å beholde og rekruttere kompetente ansatte (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016; Bing-Jonsson, Bjørk, Hofoss, Kirkevold, & Foss, 2015; Christiansen & Fagerström, 2016; Finnbakk, Skovdahl, Blix, & Fagerström, 2012). Forskning beskriver at sykepleieledere også har en viktig rolle i implementerings prosess, da deres kjennskap til AKS-rollen kan sikre at nyutdannede sykepleierne får benyttet sine egenskaper og ekspertise innen for sin definerte stillingsinstruks, Scope of practice (Jokiniemi, Haatainen, & Pietilä, 2015). Verdien av den autonome AKS i organisasjonen trekkes frem, og ledere mente AKS var en ressurs spesielt hos pasienter med kroniske lidelser og akutte helseproblemer (Fagerström & Glasberg, 2011).

I Nordiske studier beskrives også erfaringen en har fått etter innføringen av AKS både i fra sykepleier og i fra sykepleieleder perspektiv. Studiene beskriver sykepleierens personlige endring, både i form av en bredere og dypere forståelse av sin egen rolle, samt endringen i deres yrkesrolle og faktorer som både har hemmet og fremmet den. Sykepleieledere beskriver AKS som en viktig ressurs i utviklingen av kunnskapsbasert praksis og som et virkemiddel for å skaffe flere pasienter tilgang til helsetjenester (Henni et al., 2018; Lindblad, Hallman, Gillsjö, Lindblad, & Fagerström, 2010; Wisur-Hokkanen et al., 2015).

#### 2.4.1 Forskning om tema

Det finnes få studier som omhandler konkrete arbeidsoppgaver som utføres av AKS, men en finsk studie beskriver en selvstendig rolle med utvidet ansvar for pasientene (Wisur-Hokkanen et al., 2015). Studien viste at AKS utførte kliniske undersøkelser av pasientene i påvente av lege, og at enkelte hadde oppfølging av pasienter på egne klinikker. Disse AKS hadde kompetanse og rettigheter til å bestille undersøkelser, blodprøver, analyserte funnene og stilte differensialdiagnoser. Hvem som fikk lov til hva, ble sett ut fra arbeidsstedets organisering, og i primærhelsetjenesten innebar det å gi omsorgsfull behandling av mindre helseproblemer og infeksjoner. Disse AKS var bevisst ansvaret som den selvstendige rollen innebar, både i form av dokumentasjon, kompetanse i forhold til kompliserte caser og å holde seg faglig oppdatert (Wisur-Hokkanen et al., 2015), og hadde den nødvendige kompetansen til å ivareta sykepleie til

eldre med komplekse helsetilstander gjennom teamarbeid og forandringsprosesser (Christiansen & Fagerström, 2016). AKS behandlet både helse og sykdom, arbeidet som saksbehandlere for de svakeste eldre, og drev med undervisning. Dette mente AKS forhindret feil medisinerer, fall, og unødige sykehusinnleggelse. Dette førte til økt livskvalitet, og en fredelig død der det var målet (Dick & Frazier, 2006)

Forskning beskriver at AKS-rollens fremtid vil bestemmes av utviklingen og legaliseringen av rollen, om AKS kan ta autonome faglige beslutninger som medikamentforskrivning (Lindblad et al., 2010), og om sykepleielederne gir AKS muligheter til å praktisere sine avanserte ferdigheter (Fagerström, 2009). Kanskje er det den globale utfordringen med å tilby helsetjenester til den stadig økende befolkningen som vil føre til økt politisk satsning på utdanning og profesjonell utvikling av denne avanserte sykepleierrollen (Sheer & Wong, 2008)

Summen av all forskning utført på emnet AKS i primhelsetjenesten forteller mye om både opprinnelsen for rollen, hvordan den har blitt utviklet i andre land, deres valg av bruksområder og effekt den har hatt på både mottakerne og utøvere av helsetjenesten tjenestene. Det er utført noe forskning i Norden, men få studier sier noe om bruksområder eller erfaringer fra Norge. Dette er derfor fokus i denne studien.

## 2.5 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive hvilke arbeidsoppgaver avanserte kliniske sykepleiere utfører i hjemmebaserte tjenester, og hvordan de benytter sin avanserte kompetanse. Da det i dag finnes lite forskning om denne sykepleierfunksjonen i Norge vil dette være et viktig bidrag til kunnskapsfeltet, og utgjøre et betydningsfullt utgangspunkt for videre utvikling av avansert klinisk sykepleie.

## 2.6 Studiens problemstilling

Studiens problemstilling er:

«Hvilke arbeidsoppgaver har avanserte kliniske sykepleiere med mastergrad i hjemmebaserte tjenester og på hvilken måte bruker de sin avanserte kompetanse?»

## 3 Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for forskningsdesign og metode benyttet i studien. Jeg vil beskrive forberedelsene som la til rette for datasamlingen og datainnsamlingsmetoden. Ethiske overveielser vil bli gjort rede for, og til slutt vil kapittelet avsluttes med en beskrivelse av dataanalyse.

### 3.1 Forskningsdesign

Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive hvilke arbeidsoppgaver AKS utfører i hjemmebaserte tjenester, og hvordan de benytter sin avanserte kunnskap. Jeg benyttet derfor et utforskende og deskriptiv kvalitativt design. Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskers erfaringer (fenomenologi) og fortolkning av disse (hermeneutikk). Det egner seg derfor godt til å beskrive, analysere og fortolke menneskers erfaringer ved fenomenet som undersøkes (Malterud, 2017).

De kvalitative metodene omfatter ulike strategier for innsamling og tolkning av data (Malterud, 2017). I denne studien var det viktig å få frem kunnskap om AKS sine egne erfaringer, opplevelser og tanker rundt sin arbeidssituasjon. Det kvalitative intervjuet regnes som spesielt godt egnet nettopp for utforskning av problemstillinger der menneskers erfaringer knyttet til spesifikke fenomener er i fokus, (Malterud, 2017) og ble derfor ansett som en godt egnet datainnsamlingsmetode i denne studien. Ved å bruke dybdeintervjuer var formålet å utforske mangfoldet og nyansene i de arbeidsoppgavene de deltagende AKS hadde, og studere sykepleierens subjektive erfaringer i relasjon til dette. Det kvalitative intervjuet er fleksibelt i sin form, og ble derfor ansett som spesielt godt egnet for å gi meg en større forståelse for deltagerens arbeidshverdag.

#### 3.3.1 Forforståelse

Som forskere har vi alle med oss erfaringer som vi bevisst eller ubevisst bringer med oss inn i forskningsprosjektet i form av forforståelse. Forforståelsen omfatter ikke bare teoretisk referanseramme og faglig perspektiv (Malterud, 2017), men også mer skjult bagasje som erfaringer, verdier og holdninger (Nilssen, 2012). Forforståelsen påvirker måten vi planlegger, samler inn og tolker dataene på (Malterud, 2017).

Som AKS-student og erfaren sykepleier i kommunehelsetjenesten var det klart at jeg tok med meg en forforståelse om AKS sin arbeidshverdag og hvordan de kan benytte sin kompetanse inn i denne studien. Det var viktig å bevisstgjøre meg selv på dette. En måte å gjøre dette på var at jeg forsøkte å møte til intervjuene med en induktiv tilnærming uten noen spesielle forventninger om hva som ville komme frem, og heller stille meg undrende til de opplysningene som ble gitt av de ulike AKS.

Intervjuguiden var utformet som et hjelpemiddel i intervjuene. Den induktive tilnærmingen ble ivaretatt ved å utforme spørsmål til intervjuguiden på en åpen måte som tillot sykepleierne å komme med ulike nyanser og beskrivelser av sine erfaringer, og at de fikk tid til å snakke ferdig på stilte spørsmål, før oppfølgingsspørsmålene eventuelt ble stilt.

### 3.1.2 Fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming

Kvalitative forskningsmetoder benyttes ofte når målsetningen er dybdekunnskap og forståelse av et fenomen ved bruk av få enheter (Thornquist, 2003). I denne studien der intervju ble benyttet for å utforske aktuelle arbeidsoppgaver som utføres av AKS, var det naturlig å la seg inspirere av fenomenologien. Fenomenologi innebærer forståelse av menneskers subjektive erfaringer (Malterud, 2017), og benyttes i studier der mennesker forteller om sine opplevelser, hva som fremstår som virkelig for dem og hva som er deres levde erfaringer (Nyeng, 2012). Målet med denne studien var økt forståelse og innsikt i hvordan en AKS erfarer sin arbeidshverdag. For å forstå den enkelte AKS sin erfarte virkelighet, må vi forstå det mennesket som konstituerer virkeligheten (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2016).

På samme måte som fenomenologien ga inspirasjon til produksjon av datamaterialet, ga hermeneutikken inspirasjon til bearbeiding av den. Hermeneutikk legger spesielt vekt på tolkning av forholdet mellom helheten og deler av tekster, samt betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2017). Min erfaring som forsker var i stadig endring gjennom prosessen fra det første intervjuet ble avholdt og til det siste var transkribert. Etter hvert møtte jeg mine egne fordommer og forsto at jeg måtte utvide forforståelseshorisonten min. Som følge av dette måtte jeg justere intervjuguiden underveis. Jeg hadde tanker om at arbeidet AKS utførte var svært pasientnært, og utgjorde en forskjell for pasientene i møte med dem. Etter intervjuene med de første deltagerne erfarte jeg at noen spesifikke oppfølgingsspørsmål måtte legges til

intervjuguiden for å få et rikere materiale som også kunne speile AKS sine særskilte kompetanseområder, og hvordan disse kom til uttrykk. Jeg så at ved å arbeide mer overordnet kunne AKS være til nytte for enda flere og skape ringvirkninger både for pasienter og kollegaer. Min økte forståelse for hvordan AKS brukte sin kompetanse ga meg dermed et annet bilde av helheten. Endringen jeg opplevde som forsker passer godt til beskrivelsen av den hermeneutiske sirkel. Begrepet «den hermeneutiske sirkel» indikerer den stadige bevegelsen som finnes i kunnskapsutviklingen ved tolkning av helhet og deler, det som blir fortolket og vår forståelse, samt konteksten mellom det som blir fortolket og forskerens forståelse (Nilssen, 2012). Mitt tidligere begrensede synsfelt ga meg et snevert bilde av horisonten. Etter hvert som jeg arbeidet med tekstmaterialet, så jeg horisonten fra flere forskjellige vinkler og at bak det åpenbare lå det noe annet som ikke først var så fremtredende, før man kjente til deltagerens subjektive erfaringer, sett ut i fra en kollektiv helhet (Nyeng, 2012). Denne erkjennelsen og stadig nye oppdagelser var nyttige fordi det gjorde at jeg kunne gå frem og tilbake mellom deler og helheten, og stadig omdefinere teksten og dens betydning i tolkning av data.

## 3.2 Forberedelser til datasamling

Når en skal samle inn empiriske data som skal kunne gi svar på problemstillingen en har, er det viktig å sette sammen et utvalg som gir et tilstrekkelig og rikt materiale (Malterud, 2017). Dette betyr å velge ut deltagere som har potensiale til å belyse den aktuelle problemstillingen. I denne studien ble det benyttet et strategisk utvalg. I et strategisk utvalg står intern validitet sentralt, og det er viktig at utvalget har et relevant grunnlag for å kunne gi svar på det en faktisk forsker på (Malterud, 2017), og at man faktisk undersøker det en skal undersøke (Nyeng, 2012). I denne oppgaven ønsket jeg derfor å intervju kommunalt ansatte AKS som hadde erfaring fra klinisk praksis, hadde selvstendige roller eller hadde utvidede arbeidsoppgaver som en del av sin AKS stilling.

### 3.2.1 Utvalg og rekruttering

Antallet deltagere som kreves for en studie kan ofte være vanskelig å vurdere. I kvalitative studier er det ofte ikke hvor mange deltagere det er som skal delta som er det viktigste, men hvem de er og om den informasjonen de deler er relevant for studiens problemstilling. I denne oppgaven innhentet jeg opplysninger fra AKS som arbeidet i

kommunehelsetjenesten. Siden hensikten med studien var å få dybdeforståelse basert på få enheter, heller enn overflatekunnskap om mange var målet å intervju 6-8 AKS fra forskjellige kommuner. Dette var en mengde som i følge Kvale kunne være tilstrekkelig til å belyse problemstillingen og samtidig praktisk håndterbar i tolknings og bearbeidingsarbeidet (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). Ved å intervju dette noe begrensede antallet AKS tok jeg også hensyn til masteroppgavens totale ramme på 30 studiepoeng.

Inklusjonskriterier i denne oppgaven ble satt til minimum 30 % pasientnært arbeid, og minimum 1 års erfaring fra rollen. Med dette tenkte jeg at jeg ville treffe AKS som hadde selvstendige arbeidsoppgaver, samtidig som de har erfaringer som strakk seg over en periode lang nok til å gi dem variasjonsbredde, slik at de kunne beskrive flere nyanser ved samme fenomen (Malterud, 2017).

Tanken om rekruttering ble til på en konferanse der kommunale ledere fortalte om sine erfaringer med AKS. Der ble det introdusert flere kommuner som hadde AKS i selvstendige roller. Jeg kontaktet 8 av de respektive lederne via mail, med spørsmål om de kunne tenke seg å bistå med rekruttering, og om de kunne videreformidle det vedlagte informasjonsskrivet til sine AKS med forespørsel en frivillig deltagelse i denne studien. Forespørlene ble sendt til AKS ledere i forskjellige deler av landet. Dette ble gjort for å sikre et tilstrekkelig antall deltagere og for å sikre et nyansert bilde av arbeidsoppgavene.

Seks AKS sykepleiere, hvor alle hadde spesialisering i geriatri takket ja og deltok i studien. Deltagerne representerte 4 kommuner, der to kommuner var store med over 30 000 innbyggere, mens de to andre var mindre med færre enn 30 000 innbyggere. Alle deltagerne var kvinner, med forskjellige års erfaring som sykepleiere. De hadde god kjennskap til sine respektive kommuner, da de hadde vært ansatt i samme kommune både før, under og etter AKS-utdannelsen. Flere AKS hadde også erfaring som mellomleder og hadde derfor et utvidet nettverk i sin respektive kommune.

De to AKS som ikke ønsket deltagelse, vet jeg lite om. Jeg fikk en bekreftelse på at deres virksomhetsleder hadde mottatt mailen med forespørsel om rekruttering, men vi har ikke hatt kontakt i etterkant.

### 3.2.2 Intervju-guide

Semi-strukturert intervju ble valgt som datainnsamlingsmetode. Semi-strukturert intervju er i denne studien et dybdeintervju med enkeltdelegere og bygger på en intervjuguide som inneholder de temaene som skal dekket. Intervjuguiden lages ut i fra hvor dypt samtalen skal gå for å få svar på problemstillingen, og gir intervjupersonen rom og tid til å hente frem erfaringer omkring emnet (Brinkmann & Tanggaard, 2015; Malterud, 2017).

Intervjuformen ble valgt da jeg manglet erfaring som intervjuer, og ved bruk av denne metoden kunne jeg holde en profesjonell samtale bestående av åpne spørsmål, samtidig som jeg fikk svar på spørsmål jeg hadde avdekket som interessante etter å ha gjennomgått forskningslitteraturen og som jeg var nysgjerrig på som student i feltet (Malterud, 2017).

I det semi-strukturerte intervjuet med AKS ble det benyttet intervjuguide. Formålet med denne guiden var å ha et hjelpemiddel under samtalen som sørget for at informasjon jeg etterspurte var i samsvar med og ga delsvaret på problemstillingen. Samtidig var det viktig at intervjuguiden ikke ble for detaljert og hindret deltageren i å fortelle om hendelser som ga ny lærdom og åpnet opp for spørsmål om noe jeg ikke hadde kjennskap til fra før (Malterud, 2017)

Intervjuguiden ble laget i flere etapper, og besto av åpne spørsmål for ikke å legge forventninger til svarene. Den ble lagt frem for medstudenter i AKS-studiet på samlinger, med ønske om tips til forbedring. Resultatet ble tilslutt 7 spørsmål der jeg, i samtlig, ba deltageren om å fortelle om opplevelsen eller erfaringen de hadde rundt det etterspurte fenomenet.

### 3.3 Data samling

Da de første forberedelsene til forskningsprosjektet var lagt, og før innsamling av data kunne begynne var det nødvendig å søke om tillatelse til å gjennomføre prosjekter. Ethiske overveielser ble fattet og etter godkjennelse av de forelagte planene kunne datainnsamling starte.

### 3.3.1 Ethiske overveielser

Forskning må underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer (Johannessen et al., 2016). Da valg av metode og utvalg var definert, og forskningsprosjektet innebar innhentninger av personopplysninger, var det nødvendig å søke om bekreftelse til gjennomføring av prosjektet via Norsk Senter for Forskningsdata, NSD.

Informasjonsskriv til deltagerne og intervjuguiden ble laget etter retningslinjer gitt av NSD. Disse ble vedlagt søknaden om gjennomføring av forskningsprosjektet som ble sendt i november 2017. Når godkjenning forelå i desember samme år var jeg klar til prosjektstart med rekruttering av deltagere.

I denne studien ble intervju benyttet som datainnsamlingsmetode. Kvale beskriver flere etiske spørsmål en må tenke gjennom i forkant av en intervjuundersøkelse (Kvale et al., 2015). Han mener at det kan være fordelaktig om konsekvenser av studien er positive for deltageren. Deltagelse i denne studien var ikke forbundet med noen risiko eller særlige negative konsekvenser. Tvert imot kunne deltagelse potensielt ha positiv innvirkning på deltageren fordi de gjennom deltagelse fikk mulighet til å få være med på å beskrive sin praksis. Kunnskapsutvikling om tematikken som her var i fokus kunne øke forståelsen for hva en AKS gjør. Kanskje kunne dette på sikt bedre deltagernes arbeidssituasjon ved at flere får kjennskap til AKS kompetanseområder? Gjennom deltagelse bidrar deltagerne til å sette fokus på et fenomen som det er lite forskning på i Norge. Dette er viktige argumenter for gjennomføringen av studien.

I denne studien rekrutterte jeg deltagere via deres virksomhetsleder. Dette ble gjort for ikke å legge press på deltageren, men også for å be om lov til å gjennomføre studien. Gjentatte ganger, både pr. mail og i vedlagt informasjonsbrev ble det fortalt hva deltagelse ville innebære, og at den var frivillig med muligheten til å trekke tilbake sitt samtykke til deltagelsen i forkant av intervjuet. Det ble informert om at opplysninger ville bli behandlet konfidensielt og materialet anonymisert og at det ville etterstrebes at personer ikke var gjenkjennbare. Da et begrenset fagfelt i Norge kan vanskeliggjøre denne prosessen, er det ekstra viktig at deltageren er tilstrekkelig ivaretatt (Malterud, 2017). Forskningsdata ble etter intervjuet lagret på passord beskyttet pc og vil bli slettet ved prosjektslutt.



### 3.3.2 Intervjuprosessen

Intervjuene av AKS ble avtalt pr. mail, og gjennomført til fastsatt dato i løpet av februar 2018. Alle AKS hadde selv bestemt hvor og når det passet for dem å la seg intervju, og intervjuene fant sted i et egnet rom på de respektive AKS sine arbeidsplasser. Det var satt av en time til hvert intervju, noe som viste seg å være tilstrekkelig med tid.

Samtalen ble tatt opp på to lydbandopptakere for å sikre opptak. Lydopptak er en egnet måte for å samle data, men dekker ikke nonverbal kommunikasjon (Malterud, 2017).

Av denne grunn ble feltnotater ført i stikkordsform på intervjuguide der det var noe spesielt å bemerke.

Før intervjuene ble startet, signerte deltagerne samtykke til deltagelsen.

De første to intervjuene bar preg av at jeg var ukjent og ukomfortabel med intervjuerrollen. I disse intervjuene hadde jeg færre oppfølgings spørsmål enn i intervjuene som kom etter da jeg følte jeg måtte justere de etterhvert.

### 3.3.3 Transkribering

I etterkant av intervjuene ble data materialet omformet fra muntlige fortellinger om erfaringer og hendelser, til tekst gjennom transkribering (Malterud, 2017). På denne måten ble den muntlige intervjusamtalen tilgjengelig for analysen. Jeg benyttet dagene etter hvert intervju til å transkribere teksten selv, til tross for at dette var svært tidkrevende.

Fordelene ved å transkribere selv er mange. En blir bedre kjent med materialet, en gjenopplever materialet fra en ny side, og en kan oppklare eventuelle uklarheter fordi man var tilstede som deltager i samtalen (Malterud, 2017). Da jeg transkriberte rett etter hvert enkelt intervju, og hadde det aktuelle intervjuet, så frisk i minne, kunne jeg se for meg hva som var spesielt for akkurat dette intervjuet, og ta med lærdommen fra dette til neste intervju. Dette ga dybde i datainnsamlingen. En annen fordel ved å transkribere et og et intervju var at ikke mengden ble så stor at detaljer og presisjon ble utelatt (Kvale et al., 2015)

Under transkripsjon ble det benyttet høretelefoner med stopp funksjon, teksten ble skrevet ned i et Word dokument og gjennomgått flere ganger for å være sikker på at ingen detaljer ble utelatt. Det samlede datamateriale besto av ca. 4 timer og 20 minutter lydopptak som ble omgjort til 71 sider med skriftlig tekst. I teksten ble det skilt med

linjeskift mellom spørsmål stilt av intervjuer (I) og svar fra objekt (O). Pauser i samtalen ble i teksten markert med stiptet linje tilsvarende lengde på pausene og teksten ble gjengitt så nøyaktig som mulig.

### 3.4 Dataanalyse

Systematisk tekstkondensering som ble benyttet i denne oppgaven er en tverrgående tematisk analyse, som kjennetegnes ved at den starter organiseringen med et begrenset antall temaer, som etter hvert utvikles til kodegrupper (Malterud, 2017). Her ser forskeren etter relevante mønstre som kan belyse problemstillingen og sette alternative tolkninger opp i mot hverandre. Systematisk tekstkondensering er i følge Malterud velegnet for nybegynnere og gjør analyseprosessen systematisk og overkommelig. Denne analysemetoden er induktiv, da denne forskningsmetoden beveger seg fra empiri til teori ved å observere virkeligheten (Nyeng, 2012).

Analysen gjennomføres ved å følge fire trinn som utgjør hovedstrukturen.

#### 3.4.1 Første trinn - helhetsinntrykk

Etter at alt materialet var omgjort til tekst, ble all tekst gjennomlest flere ganger for å få en oversikt over materialet, og for å se på det i et «fugleperspektiv». I denne delen er det viktig å sette forforståelsen og teorien i parentes, slik at forskeren kan være åpen for nye inntrykk (Malterud, 2017). Som en del av prosessen med å gå gjennom alle intervjuene med et blikk for helheten fanget jeg opp overordnede tematikker. Etter at jeg hadde lest alle intervjuene i sammenheng forsøkte jeg derfor å oppsummere hvilke foreløpige temaer jeg kunne skimte i teksten. Disse fikk foreløpige navn. Malterud foreslår at dette trinnet gjennomføres sammen med en annen forsker for å finne flere nyanser (Malterud, 2017). Av praktiske årsaker var ikke dette gjennomførbart, men funnene ble presentert for med-studenter i samlinger og drøftet med veileder.

#### 3.4.2 Andre trinn - meningsbærende enheter

Gjennomlesning av intervjuene flere ganger gjorde meg godt kjent med meningsinnholdet. Intervjuene belyste flere aspekter som var av interesse for meg som AKS student, men som nødvendigvis ikke berørte problemstillingen. I dette trinnet av analysen ble tekst som hadde relevans for problemstillingen og som berørte et eller flere deler av de foreløpige temaene som var identifisert i første trinn markert med en farge.

På den måten ble materialet mer konsentrert og det ble lettere å bearbeide tekstbitene videre, og gå dypere i de ulike aspektene. Disse tekstbitene kalles meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene, ble gjennomgått flere ganger og jeg begynte prosessen med å systematisere teksten. Det er dette som Malterud kaller koding. (Malterud, 2017). Koding foregikk ved at jeg satte foreløpige navn eller merkelapper på tekstbitene som, ut i fra hva de beskrev, handlet om det samme. Kodene ble bearbeidet i flere omganger og i denne prosessen ble også de foreløpige temaene fra trinn 1 bearbeidet. Koder som handlet om de samme fenomenene ble samlet i kodegrupper

### 3.4.3 Tredje trinn - kondensering

I det tredje trinnet ble informasjon fra kodegruppene laget i 2. trinn abstrahert, eller sett i sammenheng (Malterud, 2017). Hver enkelt kode ble her sett på for seg selv og det ble vurdert om den lå i rett gruppe. I denne prosessen ble noen kodegrupper slått sammen. En ble tatt ut, og flettet inn i de andre kodegruppene. En kodegruppe var av en slik størrelse som gjorde at oppdeling i underkategorier ble utført for at materialet skulle bli mer oversiktlig. Når alt det empiriske materialet var gjennomgått og teksten systematisert i koder, kunne jeg starte med fjerde trinn.

### 3.4.4 Fjerde trinn - syntese

I denne fjerde delen ble alle kodegruppene satt sammen og rekontekstualisert i form av en fortolket syntese. På samme måte som i hermeneutikken legges det vekt på fortolkningen mellom deler og helheten i teksten (Malterud, 2017). De tidligere kodegruppene fikk nye korte navn, som ga en overordnet beskrivelse og et selvstendig uttrykk av hva som venter leseren i det påfølgende avsnittet og som representerte en ny innsikt av fenomenet AKS (Malterud, 2017). Innholdet i hver kodegruppe ble bygget på et sammendrag av alle kondensatene, teksten i de meningsbærende enhetene, og endte tilslutt i en analytisk tekst som representerte et utvalg av hovedfunnene i forskningsprosjektet. Enkelte treffende gullsitater ble plukket ut for å krydre teksten og for å være med på å eksemplifisere hovedfunnene.

## 4 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatet av analysen. Fire overordnede kategorier viser hvordan AKS var engasjert i ulike typer arbeidsoppgaver, og beskriver likheter og forskjeller mellom dem. De fire hovedkategoriene presenteres fortløpende og består av rolleutvikling, kunnskapsoverføring, brobygging og klinisk vurdering.

For å utdype tematikken som presenteres i kategoriene gjengis sitater fra deltagerne fortløpende i resultatpresentasjonen. Sitatene er ment både for å gi eksempler på beskrivelser som fremstod som gjeldene for deltagerne som helhet, men også for å utdype enkelterfaringer som kan nyansere helheten (Malterud, 2017).

### 4.1 Rolleutvikling

Analysen avdekket store variasjoner i arbeidsoppgavene som AKS hadde. En viktig del av deres arbeidshverdag viste seg å være utvikling av egen rolle. I dette kapittelet beskrives deltagerens erfaringer relatert til dette. Kapittelet er delt inn i tre underkategorier: bakgrunn og rammer, innhold og arbeidsform, og tilslutt AKS sine tanker om rolleutvikling og mulige fremtidige arbeidsoppgaver.

#### 4.1.1 Bakgrunn og rammene som den nye rollen skulle bygges innenfor

Alle de deltagende AKS i denne studien hadde arbeidet i samme kommune både før, under og etter endt utdanning og alle var organisatorisk plassert inn under hjemmebaserte tjenester. Ingen av dem uttrykket at de hadde hatt noen spesiell forventning til arbeidsoppgaver de skulle utføre etter endt utdanning. Analysen viste hvordan arbeidsformene og tilknytning til andre grupper helsepersonell i den enkelte kommune varierte. Selv om arbeidsoppgavene for noen var noe av de samme som før, fortalte AKS at de nå arbeidet mer kunnskapsbasert og systematisk enn tidligere.

Bakgrunnen for å ta AKS utdanningen var forskjellig for de ulike deltagerne i studien. Noen av AKS hadde blitt oppfordret av arbeidsgiver til å søke utdanningen og fikk tilrettelagt sin arbeidssituasjon med permisjon med eller uten lønn i studieperioden. Andre hadde selv hatt ønske om faglig påfyll som var klinisk rettet, og betalte utdannelsen av egne midler.

Siden utgangspunktet deres for å ta utdanningen var forskjellig, fortalte AKS at kommunene der de jobbet hadde svært varierende kjennskap til rollen og hva de kunne brukes til. Dette førte til at for enkelte var arbeidsoppgavene ikke avklart ved oppstart i den nye stillingen:

«Det var jo ingen som skjønnte hva den her utdannelsen var, i forhold til andre mastergrader. Hva fikk en egentlig når jeg kom tilbake? Det måtte jeg jo bevise selv».

Variasjon i kjennskap til og ønske om strategisk utvikling av rollen viste seg også i forhold til hvordan rollen var forankret i organisasjonen og ledelsen i kommunen der AKS jobbet. I enkelte kommuner ble rollen beskrevet som svært godt forankret i organisasjonen og ledelsen, og i andre var det ennå en vei å gå før AKS følte at de hadde funnet sin plass:

«Jeg håpet på at i løpet av årene ville mer vært på stell, at jeg ville være i et organisasjonskart, og at noen definerer behovet for hva de trenger oss og etter hvert andre til å gjøre. Det har jeg vært veldig frustrert over. De heier på deg, men trenger deg ikke i hverdagen, og da blir det ikke stilt noen krav til deg».

For alle AKS fremsto støtten fra nærmeste leder, sykepleiere med annen relevant videreutdanning eller andre selvstendige yrkesgrupper som ergoterapeut, fysioterapeut, og farmasøyt som viktig. Spesielt positivt var det å ha en annen AKS å støtte seg på når det kom til faglige utfordringer:

«Så egentlig så har vi en gruppe av spesialsykepleiere, vi har ingen fastsatte møter men vi snakker ofte rundt morgen kaffen».

Noen AKS fortalte også om viktige samarbeidspartnere i rolleutviklingen. Et eksempel var AKS som brukte kommuneoverlegen som mentor i utviklingen av rollen og som samarbeidspartner i utarbeidelsen av prosedyrer og rutiner. I andre kommuner måtte AKS gjøre mye av jobben selv for å utforme sin nye rolle, og mangel på forankring i organisasjonen kunne utfordre arbeidshverdagen deres, for eksempel ved at de ikke hadde fast samarbeidende lege som de kunne konferere med, eller som støttet de faglig i hverdagen. Mangel på støtte i organisasjonen ble uttrykt som noe som i perioder kunne kjennes tøft:

«Hadde vi ikke vært så voksne, og så pass ressurssterke, på en måte litt fremover lent og trygge på oss selv, så vet jeg ikke om vi hadde kommet så langt og fått så mye erfaring som det vi har i dag».

Arbeidet AKS utførte ble organisert etter kommunens behov, med den enkelte AKS sine personlige kompetanseområder og erfaringer tatt med i utarbeidelsen av arbeidsoppgavene. Enkelte AKS fikk sin arbeidsplass i tverrfaglige team, mens andre arbeidet selvstendig men i tett samarbeid med team, eller andre med utvidede selvstendige roller. De fleste arbeidet kun dagtid, mens noen av de som var knyttet opp mot team, arbeidet i turnus med arbeid hver fjerde helg. Flere av AKS hadde prosentvis delt stilling mellom pasientnært og annet arbeid, mens andre sto fritt til å disponere tiden sin selv.

Alle AKS i studien arbeidet ambulerende og møtte pasienten i deres private hjem eller tilrettelagte bolig med heldøgns bemanning.

#### 4.1.2 AKS-rollens innhold og arbeidsform

Rolleutvikling handler i denne delen om AKS sin søken etter å fylle sin nye rolle slik at de kunne utnytte kompetansen og «velge» de rette pasientene.

Deltagerne i studien hadde forskjellige måter å rekruttere pasientene på. Noen pasienter ble fanget opp på rapporter eller via elektroniske meldinger, mens andre ble henvist fra interne og eksterne aktører. De fleste pasientene hadde kommunale tjenester fra før, men enkelte AKS arbeidet også som en del av et lavterskeltilbud:

«Vi har den ambulante funksjonen, det å komme hjem til noen som trenger oppfølging utenom den typiske hjemmesykepleie med mat og stell. Vi har frie tøyler til å komme på månedlige besøk, ukentlige besøk til folk vi bare finner på veien rett og slett. Men vi har litt dårlig kapasitet til å følge opp slik som man ønsker».

Det var stor variasjon på hvem som kunne henvise til AKS. Noen fikk uformelle henvisninger fra annet helsepersonell i kommunen der de jobbet, spesielt via pasientansvarlig sykepleier. Andre fikk henvist pasienter via kommunalt tildelingskontor, eller utførte spesielle oppdrag på forespørsel fra fastlegen og aktører innenfor spesialisthelsetjenesten:

«Det er hjemmesykepleien som henviser, og så kan tildelingskontoret foreslå, i større grad kan også helsehuset foreslå, men de kan ikke melde direkte. Det er hjemmesykepleien som eier oss da, disponerer vår tid».

Selv om mange av pasientene de arbeidet med ble henvist dem, opplevde AKS det positivt å kunne være med på å bestemme hvor de kunne gjøre en forskjell. Mange hadde tanker om hvordan de kunne jobbe og hvem de skulle jobbe med, fordi de hadde erfaring fra ulike ledd i kommunene. Det ble også trukket frem behovet for å kjenne praksisfeltet, vite hvor skoen trykkes og vite hva som var den aktuelle utfordringen i kommunen nå, da behovet var i kontinuerlig bevegelse:

«Jeg har en fri stilling og styrer min egen dag. Jeg startet i prosjektstilling, det var rett og slett sånn. Hvordan skulle vi bruke denne typen kompetanse?».

Dette førte til at arbeidsoppgavene i begynnelsen ble svært varierte og flere av AKS vurderte om de burde ha gitte inklusjonskriterier for hvem de skulle inkludere som «sin» pasientgruppe. Faren for at de ikke skulle nå ut til alle de som trengte hjelp ble imidlertid vurdert som høy, og frykten for at de ikke skulle få tilstrekkelig med henvisninger førte til at enkelte pasientgrupper som var vel ivaretatt ikke ble prioritert av AKS i noen kommuner:

«Kreftpasientene er godt ivaretatt i kommune og i fra ambulant team på sykehuset, og de blir liksom fulgt opp så innmari bra, og det er jo selvfølgelig allright. Det er veldig fint når ting er på stell. Det er ofte veldig godt planlagt, de har tenkt på neste steg før det kommer, alltid nesten, så det er veldig gøy».

I de kommunene som hadde spesialutdannede sykepleiere, som for eksempel arbeidet med mennesker med demens, var utredning og oppfølging av denne pasientgruppen ikke en naturlig arbeidsoppgave for AKS. I kommuner der de manglet denne spesialkompetansen utførte derimot AKS mange oppgaver i forhold til denne pasientgruppen. Flere av de deltagende AKS påpekte at det gjaldt å finne sin plass og ikke ta i fra andre yrkesgrupper de arbeidsoppgavene de ville utføre selv, men heller være en å rådføre seg med, eller å støtte seg på:

«Det er jeg litt opptatt av også, vi skal ikke ta i fra noen arbeidsoppgavene de egentlig har lyst til å gjøre selv».

AKS beskrev at pasienter med kroniske lidelser som hjertesvikt og KOLS var eksempler på pasienter som ofte trengte tettere oppfølging fra dem:

«Men så er det disse da, spesielt KOLS og hjertesvikt som rammer pusten, altså det med angst og tung pust. At det er så vanskelig å hjelpe, det er så mange som er veldig redde rundt omkring, og dem sitter alene. Det er nok der jeg ser det glipper, de får ikke den oppfølgingen de fortjener».

Noen av AKS fortalte at de kunne ønsket mer avsatt tid til å følge opp nettopp disse pasientene med kroniske sykdommer. Mange av pasientene klarte seg godt til tross for alvorlig sykdom, og trengte ikke hjemmesykepleien til praktiske oppgaver. Flere av pasientene hadde derimot behov for en samtalepartner, en som kunne følge dem opp, veilede dem og støtte dem i behandling, og flere av AKS fortalte at nettopp dette var arbeidsoppgaver de utførte, og som ga pasientene trygghet til å mestre hverdagslige utfordringer.

Enkelte AKS beskrev pasienter som hadde vært innlagt på sykehus over lang tid, som var svekket og i tillegg hadde flere diagnoser og et komplekst behov for tverrfaglig vurdering, som en annen gruppe de arbeidet mye med:

«Hos pasienter som nettopp har vært innlagt, så er det mye medisinsk som hemmer. Jeg tenker det er viktig å få med hele pakka. Ute i kommunehelsetjenesten så er en nok opptatt av at vi skal trene opp funksjonen, men så setter vi det ikke helt sammen med helseutfordringen som personene står i».

Enkelte av pasientene AKS får henvist, er pasienter som hjemmesykepleien ikke kommer i posisjon til å hjelpe. Det kan være pasienter med behandlingskrevende kronisk sykdom, men som ikke forstår viktigheten av behandling grunnet lang kommen kognitiv svikt. En annen gruppe AKS beskriver er de som har en brå kognitiv endring som for eksempel delir, forårsaket av somatisk sykdom:

«Noen utfordringer ser pasienten selv, og andre er mer synlige for meg, og så vi må på en måte bli enig».

En AKS beskriver sin rolle i denne sammenheng og hvordan hun i sin særegne stilling kunne opptre smidig i møte med pasienten, og ved bruk av tid og tillit skape relasjoner som førte til at en kom i posisjon til å hjelpe:



«Han var ikke lett å jobbe med. Jeg ga meg på en måte ikke, så han så nok på meg som om at jeg var okay, jeg ga meg ikke og brukte tid på han. Etterhvert så hadde han nok fått en respekt for meg».

De ulike AKS fulgte ofte pasientene en tid etter første konsultasjon. Dette for å se effekten av iverksatte tiltak. Enkelte trengte bare et besøk, andre flere ganger i uka. I denne perioden samarbeidet AKS tett med pasientansvarlig sykepleier, og påpekte at det var viktig at flere delte ansvaret, da det ville blitt svært sårbart om man var alene.

Alle AKS i denne studien fortrakk å jobbe pasientnært, og så viktigheten av å kunne jobbe klinisk for å vedlikeholde kunnskapsnivået. De var enig i at tid og kunnskap var avgjørende faktorer for å kunne lykkes, og at arbeidet måtte utføres på en overordnet måte, uten å være direkte knyttet til en avdeling eller medregnet i den daglige driften. På denne måten kunne en nå et større antall pasienter og dermed utgjøre en forskjell for flere.

#### 4.1.3 Framtidstanker om AKS-rollen

AKS i denne studien påpekte at AKS-rollen i Norge manglet en standardisering. Dette førte til at de som sykepleiere var mer avhengige av sine «overordnende» som «døråpnere» i en arbeidshverdag, sammenlignet med sykepleiere med tilsvarende roller i våre naboland. Hvis en spesialistgodkjenning kom på plass i Norge mente studiens AKS at deres arbeid kunne bli mer smidig og føre til et bedre behandlingsforløp for pasientene.

De deltagende AKS som var alene i sin kommune, ønsket flere AKS å arbeide med slik at en fikk en faggruppe innad i kommunen. Dette ble støttet av de som allerede arbeidet i team og likte denne arbeidsformen. Noen ønsket også et nettverk av AKS utenfor kommunen, som de kunne utvekslet erfaring med og eventuelt fått faglig oppfølging gjennom.

Alle AKS ønsket i større grad enn i dag å arbeide pasientnært. De som ikke kunne styre arbeidsdagen sin selv, ønsket å få avsatt tid til å jobbe mer med sine hjertesaker, eller «der de så skoen trykke»:

«Jeg tenker jeg gjerne skulle ha litt mer tid avsatt til min greie da. Spesielt de dårlige kronikerne og det å forebygge sykehusinnleggelse».

De fleste av AKS uttrykte videre at de gjennom henvisningsrett kunne ha gitt pasientene en mer helhetlig behandling. Slik AKS-rollen fungerte i dag, måtte all henvisning gå via fastlegen, før AKS kanskje kunne skrive under den forordnede rekvisisjon med «påholden hånd»:

«Jeg ser behovet for at AKS skal først og fremst ha henvisningsrett til forskjellige laboratorieprøver og andre prøver».

Ved mindre pasientskade beskrevet av AKS, forteller de at legen ofte ikke tar seg tid eller har mulighet til å tilse pasienten. I flere tilfeller blir da mobilt røntgen eller sykehusinnleggelse utført på bakgrunn av AKS sine observasjoner, eller dokumentasjon av undersøkelser de har foretatt:

«Han ringte meg opp og sa: dette her er kjempe bra, jeg bruker det som en innleggelsesrapport, og sender ambulanse. Der jeg tror jeg gjorde en forskjell var å være tydelig og presis i språket til fastlegen og fordi jeg også kan presentere negative funn».

Noen av AKS fortalte at de så nytten av en forskrivningsrett på medisiner, men de beskrev at dette kanskje var noe en trengte mest i grisgrendte strøk, der det var lange avstander og en ikke hadde lege i umiddelbar nærhet:

«Jeg skulle ønske man hadde rekvisisjonsrett og kunne skrive ut legemidler, men samtidig er det et enormt ansvar og det må ha vært en liten gruppe medisiner».

Mulighet for telemedisin der en samarbeider med pasienter eller leger via nett og bilder hadde noen av AKS tanker om, og andre hadde positiv erfaring fra bruk i utlandet:

«Telemedisin er et fantastisk hjelpemiddel! Om vi kunne sett pasienten og snakket med fastlegen samtidig, det hadde vært suverent det».

Pasienter kan i dag legges inn på kommunale akutte døgnplasser (KAD) gjennom lege på legevakt og pasientens fastlege. Flere av AKS mente at dette var en ordning som også burde kunne innebefatte kommunenes AKS:

«Jeg kunne jo ha konferert i trekant jeg også, med både fastlege og lege på KAD».

Noen AKS hadde erfaring med at innleggelse på KAD kunne ta lang tid, spesielt om fastlegen ikke kunne reise ut. Dette kunne føre til at enkelte pasienter som en i utgangspunktet hadde måtte overtale til å ta i mot helsehjelp, ikke lenger ønsket plassen når den endelig var avtalt.

## 4.2 Kunnskapsoverføring

Kunnskapsoverføring i form av fagutvikling og generell kompetanseheving viste seg å være sentral for AKS i tillegg til direkte pasientnært arbeid. Kunnskapsoverføring i denne sammenheng betydde at AKS underviste og veiledet ulike grupper i kunnskapsbasert praksis. Analysen viser at målgruppen var vid og omfattet både enkeltpersoner og grupper, det inkluderte alt fra pasienter og pårørende til kollegaer, og kunne strekke seg over flere organisasjonsnivåer som for eksempel til veiledning av kollegaer i helsetjenesten og undervisning i AKS utdanning. En av deltagerne forklarer det slik:

«Jeg tror den største påvirkningen jeg har hatt er å heve kompetansen ellers, sånn at de andre er mer rustet til å oppdage sub-akutte og akutte tilfeller».

Mange mente at kunnskapsoverføringen var den delen av AKS-rollen de hadde lykkes best med og nådd flest med, og at kompetansenivået blant kollegaene generelt hadde økt betraktelig i årene etter de var ferdig utdannet:

«Det er akkurat som om at alle har blitt bedre fordi noen har tatt en utdanning».

Flere AKS beskrev undervisning av kollegaer som en viktig del av arbeidet. Det kunne være i form av internundervisning i kommunen, eksternundervisning i fylket eller i nedslagsfeltet til det tilknyttede sykehuset. Andre fortalte om veiledningsansvar ovenfor studenter i grunnutdanning og fremtidige kollegaer i avansert geriatrisk og klinisk sykepleie på masternivå.

I tillegg til klinisk rettet undervisning om symptomer og sykdommer, gav AKS opplæring på avansert utstyr og spesielle prosedyrer rettet mot enkeltpasienter.

«Sykehuset tar kontakt med meg og jeg får opplæring på spesielle prosedyrer. Så går jeg ut i sammen med pasienten og gir opplæring til personalet ute i tjenesten».

Kunnskapsoverføring skjedde også i det daglige under rapportering. AKS kunne veilede på hvilke observasjoner som måtte gjøres hos pasienter med spesifikke sykdommer, eller en kunne tilrettelegge for en mer detaljert oppdragstekst tilpasset den enkelte pasients behov og utfordringer:

«Om en leser dokumentasjonen og diskuterer med hverandre, og en stiller spørsmål om... har du spurt om det? Eller har du husket det? Så neste gang så husker man det kanskje».

Veiledning og støtte av personalet som arbeidet med utfordringer de kanskje ikke var utdannet til, eller som følge av reformer var blitt annerledes enn de var tiltenkt, var også arbeidsoppgaver som enkelte AKS hadde:

«Så er det noe med å veilede personalet hvis de kommer til vanskelig adferd. Langt-kommen demens var det på en måte ikke tenkt at de skulle takle i en omsorgsbolig, men sånn er det blitt, at de er der livet ut, så da jobber jeg inn mot personalet».

Kunnskapsoverføring handlet også om støtte og informasjon direkte rettet mot pasienter. I møte med spesielle pasientgrupper som for eksempel pasienter med KOLS og hjertesvikt støttet enkelte AKS pasienter i egenmestring, enten det her dreide seg om rett inhalasjonsteknikk, rett bruk av eventuelt medisiner, eller iverksetting av antibiotika ved eksaserbasjoner:

«Pasienten sier: Nå har jeg sluttet å gå til fastlegen om jeg ikke skal ha resept, nå ringer jeg deg. Ellers administrer hun alt selv, hun ønsker ikke hjemmetjenester. Jeg tror hun bare vil gjøre ting i sitt eget tempo og hun har ikke vært innlagt på to år nå».

Kunnskapsoverføring var ifølge AKS også en kilde til økonomisk gevinst. Flere AKS forteller at undervisning de hadde gjennomført hadde ført til at akutt sykdom ble oppdaget raskere, og at AKS hadde i samhandling med pasientens fastlege iverksatt behandling i hjemmet, og dermed unngått unødvendige sykehusinnleggelse.

AKS benyttet seg også av kunnskapsbasert praksis. Ved å arbeide kunnskapsbasert i for eksempel sårbehandling kunne det spares både penger og pasientlidelse på bruk av rett utstyr, og det behøvde ikke å være kostbart:

«Det var en pårørende som var kritisk til bruk av kranvann til rensing av sår, kollegaen min visste hva som var rett, men hadde ikke bevis. Så fant jeg en oppsummert forskningsartikkel, så nå har vi det svart på hvitt».

På denne måten kunne ny AKS bidra til at ny forskning overføres til trygg praksis.

### 4.3 Brobygging

Brobygging var en annen sentral kategori, denne handlet om hvordan AKS koordinerte de forskjellige helsetjenestene pasienten var i behov av og knyttet de sammen. Analysen viste at AKS fungerte som et «sikkerhetsnett» for pasienter og deres pårørende da de tettet huller eller bygget broer over utfordringene pasientene møtte i hverdagen. Ved å foreta grundige kartlegginger kunne AKS finne årsaker til symptomer, sette i verk tiltak eller tilrettelegge for sikre pasientoverganger. På denne måten kunne AKS kompensere for egenomsorgssvikt i møte med alderdom, funksjonssvikt, sykdom, medisiner, eller gjerne en blanding av alle elementene:

«Det jeg konkret gjør, det er å prøve å tette rundt de ustabile, uavklarte nye og eller ressurskrevende brukerne».

Ivaretagelsen av pasientoverganger var en sentral del av brobygging. Flere av AKS jobbet direkte med pasientoverganger mellom sykehus og kommunen, eller mellom institusjon og hjemmet. AKS kom på hjemmebesøk i løpet av de første dagene etter hjemkomst og var ofte pasientens kontaktperson. De forklarte hvordan de sikret en trygg pasientovergang ved å følge opp faglige utfordringer, samstemme legemiddellister, sørge for at beskjeder ble fulgt opp, og at pasienten hadde noen få å forholde seg til i overgang mellom en for mange trygg spesialistoppfølging på sykehus, til en mer utrygg kommunal oppfølging med fastlege og hjemmesykepleie:

«For uansett hvor pasienten befinner seg, så er det stykkevis og delt. Er du på sykehus, blir du diagnostisert innenfor den situasjonen, og så er det ut igjen og så skal kommunen på en måte ivareta. Da er det kommunen som eier overføringsbiten fordi fastlegen eier den ikke, og hjemmetjenesten gjør det de på en måte blir bedt om og ingen tar mer ansvar eller har noe mer ansvar».

Brobygging handlet også om omsorgsvurderinger. Omsorgsvurderinger var en oppgave mange av AKS arbeidet med både direkte og indirekte. Ved å avdekke sykdom eller

svikt som krevde flere tjenester eller et høyere omsorgsnivå, kunne AKS gjennom sin dokumentasjon argumentere på pasientens vegne.

Enkelte AKS jobbet nært sammen med vedtakskontor/tildelingskontor om vurderingene, mens i andre kommuner var dette underlagt primærpsykeleier eller avdelingsleder:

«Jeg skriver min vurdering, så sender jeg jo alltid en huskelapp til tildeling, og skriver at jeg har vurdert sånn og sånn. Så har jeg jo da ofte med meg søknadskjema, så jeg gjør jo alt samtidig, så slipper de å komme ut».

Samarbeidet med fastlegen hadde AKS forskjellig erfaring med. Store nedslagsfelt betydde mange fastleger å forholde seg til. Samarbeidet gikk stort sett fra AKS på pasientens vegne. AKS som hadde færre fastleger å forholde seg til opplevde et tettere og mer gjensidig samarbeid. Flere AKS opplevde et godt samarbeid med legene, og at de i utfordrende pasientsituasjoner kunne støtte hverandre i vanskelige avgjørelser eller utfylle hverandre til det beste for pasienten:

«Vi støtter hverandre i dette med samtykkevurderinger, det er vanskelig for alle å vurdere hvorvidt det er forsvarlig hjemme».

Enkelte AKS fortalte om sin spesialkompetanse: å ha videreutdanning i for eksempel sårbehandling, var en ressurs som legene gjerne benyttet seg av, og som kunne føre til et verdifullt samarbeid for begge parter:

«Det er noen ganger fastlegen har spurt om vi kan gjøre en vurdering fordi de ikke kunne reise hjem til pasienten, men når det er sagt så har jeg vært med på hjemmebesøk i sammen med fastlegen i vurdering av sår, hos pasienter som ikke har klart å komme seg avgårde selv. Det har også vært noen tilfeller av fastleger som kjenner meg og som ønsker en vurdering i forhold til sårbehandling selv om pasienten har vært hos dem».

Deltagerne i studien beskriver at de på denne måten fungerer som et sikkerhetsnett for pasientene, samtidig som de bidrar til økt samarbeid mellom involverte helseaktører.

## 4.4 Klinisk vurdering

Deltagerne i studien arbeidet med mennesker i ulike faser. Felles for pasientene var at de hadde en sammensatt og kompleks helsetilstand, ofte bestående av kronisk lidelse, et sub-akutt sykdomsforløp eller i en rehabiliteringsprosess etter akutt hendelse med forverring av habituell tilstand. AKS i denne studien påpeker nødvendigheten av å se hele mennesket. Til tross for at henvisningen kun dreide seg om en spesifikk utfordring, var det naturlig for AKS å benytte systematikk for å kartlegge flere sider av mennesket og konteksten de levde under. En av de intervjuede forklarte det slik:

«Look at the whole patient, before you look at the hole in the patient».

Når deltagerne skulle fortelle om forskjellen mellom en AKS og en vanlig sykepleier beskrev de en utvidet sykepleierrolle, som ikke bare utførte oppdrag på vegne av andre, men som i en større grad enn tidligere var med på å avdekke sykdom, så sammenheng mellom symptomer, og iverksatte behandling som en likeverdig del av et helseteam:

«Jeg gjør vel det som vanlige sykepleiere ikke har tid eller forutsetninger til å gjøre».

AKS beskrev arbeidet sitt som både å se pasienten i et fugleperspektiv med alle involverte faktorer, samtidig som de så på vedkommende i detaljer og på alt som påvirket den enkeltes helsetilstand, før de var med på å tilpasse helsetjenestene deretter:

«Med det jeg tenker er viktig om en skal se hele bildet er å klare å tilpasse tjenesten og få planer på plass og gjøre en grundig, god jobb sånn at de andre skal kunne ta over pasienten å ha det dem trenger. Så tenker jeg at med alle de forventinger som stilles til AKS så er det viktig å holde på de to prinsippene, arbeide pasientnært, men vi må faktisk ha tid til å gå i dybden og ikke bare ha masse folk. Jeg tror ikke det er kvalitet heller».

Ny og utvidet kunnskap, en systematisk fremgangsmetode og undersøkelses metodikk tydeliggjør et større bilde av pasienten, basert på objektive funn og pasientens subjektive opplevelser. Flere av AKS fortalte at de etter oppsummering av sitt arbeid var med på å lage planer for pasientbehandling, eller var med på å utforme oppdragstekst til hjemmesykepleiens arbeidslister:

«AKS har et mye større batteri av undersøkelses metoder, så en kan jo undersøke pasienten på en litt annen måte».

Allerede før det første møtet med pasienten, brukte AKS tid til å sette seg inn i pasientsituasjonen. Uansett om det dreide seg om en konkret henvisning, epikrise eller rapporten så krevde det tid:

«Jeg bruker vel så mye tid på forberedelser til besøket jeg skal ha. Går gjennom alt av dokumentasjon jeg kan finne for å sikre at tjenesten blir rett, god og lett å følge opp. Det får du ikke tid til i en travel hverdag».

Noen av studiens AKS utførte gjerne en komplett datasamling og en topp til tå undersøkelse hos pasientene de fikk henvist. Andre gikk først organspesifikt til verks og utvidet undersøkelsene etter hvert som behovene kom til syne. Felles for alle var systematikken de utøvde i bruk av sin nye kunnskap:

«Jeg har mer trening på det å være mer systematisk i min kartlegging og vurdering, jeg tror det er min største fordel. Så har jeg mulighet til å gjøre tilleggsundersøkelser både å lytte på dem, i større grad perkutere og palpere som man ikke... som jeg ikke brukte så mye før i utdannelsen».

AKS beskrev at verktøyet som ble tatt i bruk etter utdannelsen var validerte tester som beskrevet i nasjonale anbefalinger, eller som var spesielt utarbeidet for arbeidsplassens kontekst. Eksempler på undersøkelser innebar alt fra standardiserte vitale målinger, organspesifikke undersøkelser, legemiddelgjennomgang, ernæringskartlegging, hukommelseskartlegging, vurdering av fallfare eller undersøkelser rettet i mot en spesiell pasientgruppe som sjekklister for mottak i kommunen. Noen av disse oppgavene ble utført av andre sykepleiere i hjemmesykepleien, men AKS fortalte at for mange sykepleiere i turnus, ble tiden for knapp:

«Du har ti minutter, det er klart det går ikke det. Du kan ikke skynde på noen av disse her. Det er de svakeste, de som er litt... Som det er noe med... det er jo det hjemmesykepleien sliter med».

Til tross for at studiens AKS mente de ikke hadde noe koordineringsansvar for disse pasientene, fortalte de at det ofte var de som sørget for at kartlegginger ble utført, undersøkelser ble fulgt opp og resultatet ble til en total ivaretagelse av hele menneske:



«Jeg har nok fått et større helhetsperspektiv altså. Jeg tar helheten med både alt av det somatiske, legemidler, ernæring, hele pakka og kognisjon... setter det sammen, det blir jo mye omsorgsvurdering».

Deltagerne i studien var bevisst på sin egen faglige begrensning, og det autonome ansvaret i sin nye rolle. De hadde lav terskel for å søke råd eller å henvise til lege for videre undersøkelser der det var aktuelt. Samtidig benyttet de sin faglige kompetanse til å vurdere om enkelte oppgaver de ble henvist til var rett å gjennomføre sett fra et etisk perspektiv:

«Det hender jeg har fått henvist noen veldig dårlige damer til hukommelseskartlegging, men det viser seg at de var så pass skrøpelige at det ville vært helt feil å begynne med alle disse spørsmålene. Da har jeg gjort andre vurderinger, gjerne tatt de med til legen for å finne ut hva som egentlig er greia her».

Noen av AKS arbeidet i tverrfaglige team med flere andre forskjellige yrkesgrupper der alle hadde sine ulike ansvarsområder i forhold til den aktuelle pasienten og synes dette var en givende og lærerik måte å arbeide på:

«Jeg kjenner liksom at jeg får jobbe på et tverrfaglig nivå med lege, fysioterapeut, ergoterapeut der jeg får gjøre mine egne vurderinger, bruke min kompetanse ved å gjøre en litt mer, på en måte breiere vurdering som sykepleier i teamet og som jeg opplever kanskje.. det er litt uvant for de på en måte, at man fester seg ved ting eller at en tar med seg ting inn i den tverrfaglige diskusjonen som de ikke nødvendigvis er vant til at kommer fra sykepleier hold, det kjenner jeg på».

Ved deltagelse i tverrfaglige team fikk AKS ivaretatt sykepleierrollens spesielle ansvarsområder, samtidig som andre yrkesgrupper komplementerte hele pasientbildet til det beste for pasienten og de som stod vedkommende nær.

## 5 Diskusjon

I den første delen av femte kapittel diskuteres resultatene av studien mot det teoretiske bakteppe som er beskrevet i kapittel 2. I andre del beskrives implikasjoner for praksis. Del tre består av metode diskusjon mens del fire beskriver implikasjoner for videre forskning.

### 5.1 Diskusjon av resultater

Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive hvilke arbeidsoppgaver avanserte kliniske sykepleiere utfører i hjemmebaserte tjenester, og hvordan de benytter sin avanserte kompetanse. I den første delen av dette kapittelet vil jeg skille mellom de direkte pasientrettede arbeidsoppgaver og hvordan AKS ellers benyttet sin avanserte kompetanse.

#### 5.1.1 Direkte pasientrettet arbeidsoppgaver

Denne studien viste at AKS i hjemmebaserte tjenester utførte flere forskjellige pasientrettede arbeidsoppgaver til sårbare, komplekse og multisyke pasienter.

Autonome avanserte kliniske undersøkelser og kartlegginger ble sett på som en av hovedoppgavene AKS hadde i sin nye rolle, og oppgavene ble utført ved sub-akutt sykdom, funksjonsendring eller som en del av oppfølgingen mellom ulike helsenivåer. Deltagerne i denne studien beskriver at de nå, i større grad enn før vurderte hele mennesket på en mer systematisk måte og at de forberedte seg godt i forkant av pasientbesøkene ved å lese gjennom tilgjengelig informasjon for å skaffe seg et helhetlig bilde av pasienten. Til tross for at henvisningen de fikk ofte kun dreide seg om en spesifikk utfordring, kunne en systematisk datainnsamling og en klinisk undersøkelse fra «topp til tå» av pasienten avdekke en annen årsak til sykdom enn den først fremtredende, og dette var grunnen til at AKS var avhengig av å «se» både hele mennesket og konteksten de lever i. I denne studien beskriver AKS at de er bevisst på at deres nyervervede kunnskaper må utøves etter etiske prinsipper og at de må gjøre autonome individuelle vurderinger hvorvidt de bestilte undersøkelser er rett å gjennomføre, eller er til det beste for pasienten. Andre studier bekrefter disse resultatene (Eriksson, Lindblad, Möller, & Gillsjö, 2018).

Kartlegging av pasientene er viktig for tilpassede helsetjenester. Primærhelsemeldingen beskriver at flere pasientgrupper, blant annet de med store og sammensatte helsebehov ikke får det rehabiliteringstilbudet de har krav på fordi det mangler en tilstrekkelig kartlegging av pasientene (Meld. St. 26, 2015). I denne studien beskrives kartlegging av pasienter som en AKS oppgave, hvor viktige elementer blir tatt med i helsekartleggingen av pasienten som for eksempel legemiddelgjennomgang og ernæringskartlegging. Dette gir en dypere forståelse av pasienten og vedkommende helsesituasjon, noe som gjør vurdering av rehabiliteringspotensiale lettere i følge AKS i denne studien (Henni et al., 2018).

Plan for oppfølging og kontroll etter kartleggingen blir i denne studien ivaretatt av AKS i samarbeid med pasientansvarlig sykepleier og annet relevant helsepersonell. AKS påpekte at når planen er på plass var det primærsykepleieren som hadde det daglige ansvaret for pasienten, og at AKS kun var en ressursperson som fulgte pasientene en kort tid, eller en de andre sykepleierne rådførte seg med om de ikke strakk til. Tid er et viktig element i behandlingen av eldre og deltagerne i denne studien beskriver nettopp tidspress på sykepleiere som arbeider i tradisjonelle sykepleierroller som en av årsak til at enkelte arbeidsoppgaver blir overlatt til dem, og ikke nødvendigvis at tradisjonelle sykepleiere ikke er kvalifisert til oppgavene. Tid som en viktig faktor i arbeid med eldre blir også poengtert i en annen studie som bekrefter at eldre ikke er en pasientgruppe en kan skynde på (Dick & Frazier, 2006).

Veiledning av pasienter og deres pårørende som ga teoretiske og praktiske ferdigheter til å mestre sykdom, var en arbeidsoppgave AKS benytter sin avanserte kompetanse til. Dette er en viktig arbeidsoppgave da den fremmer selvstendighet, og fører til mestring i eget liv (Meld. St. 47, 2009). Kunnskapsbasert informasjon og undervisning blir av pasienter og deres pårørende beskrevet som en mangel i dagens helsevesen (McGilton et al., 2018).

AKS i denne studien arbeidet også med et ambulerende lavterskeltilbud rettet mot pasienter som ikke hadde behov for tradisjonell hjemmetjeneste, men som var i behov av støtte til å takle egen sykdom og medisinerings. Det var ved å gjøre en kvalifisert vurdering av hvilke pasienter som kunne ha best nytte av deres avanserte kunnskap, at AKS i denne studien viste sin avanserte kunnskap. Oppfølgingen av lavterskel pasientene kunne skje enten via telefon eller ved kortere besøk med forskjellige intervaller. Dette var en pasientgruppe AKS i denne studien ønsket i å prioritere i

fremtiden, da de så et stort og udekket behov, likt det som er beskrevet i veileder for oppfølging av pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2018). En annen pasientgruppe AKS i denne studien arbeidet mot var pasientene som hjemmesykepleien ikke kom i posisjon til å hjelpe, og som kanskje var i behov av få personer å forholde seg til for å få tillitt til helsepersonell. En tredje pasientgruppe var de som trengte oppfølging av helsepersonell, men ikke etterspurte helsetjenestene, kanskje på grunn av kognitive utfordringer. Dette funnet har også kommet frem i annen forskning (Clark, Parker, Prosser, & Davey, 2013).

Omsorgsnivåvurderinger var også en oppgave som ble utført av AKS i denne studien. Mange kommuner har i dag vedtakskontor eller lignende som vurderer behovet for tjenester, men forskning på kompetanse hos tjenesteytere i kommunen viser også at vedtakskontorene har svak kompetanse på oppgavene de utfører (Meld. St. 26, 2015). Ved bruk av sin avanserte kunnskap gjennomførte flere av AKS i dennes studien kartlegging på vegne av kommunalt vedtakskontor, enten i samarbeid med dem eller som en deltagende part i å beskrive oppdragsteksten til hjemmebasert tjenesten. Da AKS er opptatt av å vurdere hele mennesket, men også ser på konteksten de lever i er de svært egent til omsorgsvurderinger (Eriksson et al., 2018).

Koordinering av helsetjenestene på vegne av pasient og pårørende var en oppgave alle de deltagende AKS arbeidet med, og brobygging mellom pasient og helseaktører blir i denne studien beskrevet som en viktig arbeidsoppgave. I nasjonale retningslinjer beskrives dagens organisering av helsetjenestene som fragmentert og uoversiktlig noe som gjør at den ikke ivaretar den store gruppen pasienter med store og sammensatte helsebehov (Meld. St. 47, 2009). Et mål for masterutdanning i AKS er at disse sykepleierne skal kunne lede det faglige arbeidet med pasienter i målgruppen, og dermed sikre koordinert og tilrettelagte tjenester på tvers av tjenestenivåer (Universitetet i sørøst-Norge, 2018b). For å kunne lede et slikt arbeid er det viktig at AKS har god kjennskap til ulike nivåer i helsetjenesten og hvilke rettigheter pasientene har. Deltageren i denne studien var godt kjent i kommunene og var del av et tverrfaglig team eller arbeidet i nær tilknytning til andre yrkesgrupper og møtte dermed denne målsettingen. Nyere forskning bekrefter at både pasienter og pårørende til eldre med store og sammensatte helsebehov trenger bedre koordinerte tjenester for å håndtere komplekse lidelser enn det de får i dag (McGilton et al., 2018). For å imøtekomme denne utfordringen arbeidet flere AKS i denne studien blant annet med mottak av

alvorlig syke pasienter som etter lengre sykehusopphold var blitt utskrevet til hjemmet og som trengte en mer avansert og tettere oppfølging enn den de kunne få av hjemmesykepleien, både i forhold til kontroll av vitale mål, men også til støtte og veiledning i forhold til medisiner og sykdomshåndtering. På denne måten bidro arbeidsoppgavene AKS utførte i pasientoverganger til opprettholdelse av et helhetlig pasientforløp.

I Norge er det fastlegen som har koordineringsansvar for medisinsk behandling (Helsedirektoratet, 2018), ofte i tett samarbeid med hjemmesykepleien. Flere av pasientene som AKS i denne studien arbeidet med ble beskrevet som så skrøpelige at de ikke orket å reise til fastlegen, og når de først reiste hadde ikke alle evne til å presentere sine helseproblemer presist uten hjelp i fra ledsager. Dette bøy på utfordringer da informasjonen legen mottok var av varierende kvalitet. En tett dialog med pasientens fastlege er viktig, da det kan være vanskelig å få fastlegen til å komme på hjemmebesøk (Meld. St. 26, 2015). Ved bruk av systematisk kliniske kartlegginger der hvor både positive og negative funn blir presentert på et konkret og presist språk forteller studiens AKS at de lettere fikk fastlegene til å dra på hjemmebesøk, og i noen tilfeller var AKS dokumentasjon alene god nok til at pasienten ble innlagt uten legetilsyn. En veldokumentert kartlegging utført av AKS ga trygghet både for pasienter og pårørende, samtidig som den kan spare fastlegen for oppgaver som kan utføres av andre. Denne oppgaveglidningen mellom helsepersonell beskrives også i andre studier (Prasad et al., 2014).

### 5.1.2 Områder hvor avanserte kliniske sykepleiere benytter sin avanserte kunnskap

Et litt overraskende resultat av analysen i denne studien var hvor stor del av arbeidstiden AKS benyttet til opplæring og undervisning, og over hvor mange plan denne undervisningen foregikk.

En studie viser at forventningen som stilles til kommunalt helsepersonell, ikke samsvarer med den faktiske kompetansen (Bing-Jonsson, Foss, & Bjørk, 2016), noe som kan være et resultat av samhandlingsreformen, som ga kommunene ansvar for nye pasientgrupper med et annet behov for oppfølging og kompetanse enn den som tradisjonelt har blitt utført i primærhelsetjenesten (Meld. St. 26, 2015). En av årsakene til at kommunene manglet både kompetanse generelt, og avansert kompetanse spesielt

kan være manglende mulighetene for avansement i stillinger som er knyttet til klinisk arbeid (Helsedirektoratet, 2017), men ved innføringen av AKS har vi fått en klinisk karrierestige, og denne stillingen sees på som en måte å rekruttere sykepleiere til kommunehelsetjenesten på (Helsedirektoratet, 2017). Deltagerens engasjement i forhold til undervisning av studenter kan fremme nettopp dette arbeidet.

I denne studien mente deltagerne at kunnskapsoverføring var en viktig måte å benytte sin avanserte kompetanse på, da de gjennom undervisning og veiledning utgjorde en større forskjell for flere og på lengere sikt. Dette ga en bedre utnyttelse av helseressursene enn om de bare skulle arbeidet pasientnært. Samtidig beskrev AKS at kompetansen på arbeidsplassen har økt etter at de var ferdig utdannet, noe som kan skyldes betydningen de har hatt som rollemodell og hvordan de har kunnet bidra som en brobygger mellom både tjenestegrupper og fagnivåer. Den nordiske modellen for AKS beskrives coaching og veiledning som viktige kompetanseområder, både rettet mot pasient, pårørende og kollegaer (Fagerström, 2011). Ved bruk av internundervisning på arbeidsplassen kunne AKS heve kompetansen til et høyere nivå både for sykepleie generelt, men også geriatri spesielt. Studier beskriver at det er et stort behov for økt kompetanse i geriatri blant helsepersonell (Bing-Jonsson, Hofoss, et al., 2016; Christiansen & Fagerström, 2016).

Daglig veiledning i rapport sammenheng var en måte å undervise på. AKS beskrev at de knyttet kunnskapen til en konkret pasient, noe som førte til at de ansatte fikk «knagger» å henge kunnskapen på. Undervisning på denne måten vil spre kunnskap ut i bredden, ikke bare til de som ønsker å bli bedre, og selv sørger for å holde seg faglig oppdatert, men også til de som ikke gjør dette. Benners teori beskriver sykepleieeksperter som egnede rådgivere, da de kan danne en bakgrunn for diskusjon av medisinske vurderinger og endringer (Benner, 1995). Dette støtter deltagerens beskrivelse. I en travel hjemmesykepleiehverdag der alt blir utført etter oppdrag og pasientlister, kan AKS-bidrag i rapportssammenheng gi faglige innspill, nye tips til behandling av utfordrende caser eller bare en bevisstgjøring på hvorfor en gjør som en gjør. Denne undervisningseffekten blir også beskrevet i andre studier (Dick & Frazier, 2006).

Resultatene viser at utvikling av egen rolle utgjorde en sentral del av AKS arbeidsoppgaver og var en måte AKS benyttet sin avanserte kunnskap på.

Intervjuene i denne studien avdekket hvordan AKS erfarte at kommunene hadde ulike intensjoner for hvordan deres kompetanse skulle brukes, og hvilken forutsetning som var gjeldene når det kom til utvikling av AKS rollen. Noe av grunnen til ulikhetene mellom hvordan dette foregikk i kommunene kan selvfølgelig være relatert til ulikheter mellom kommunene og tilgangen på ulike typer helsepersonell (NOU 2018:16, 2018). En annen grunn til ulikhetene kan være at AKS fortsatt er ukjent som begrep og rolle i det norske helsevesenet. Det finnes ingen standardisering eller offentlig spesialistgodkjenning for AKS i Norge. Dermed mangler det en fast struktur og beskrivelse av rollens utvidede funksjon. Dette gjør at den blir benyttet på forskjellige måter i de ulike kommunene (Helsedirektoratet, 2017).

Denne studien viser at enkelte av kommunene AKS arbeidet i hadde et definert et område der AKS kunne gjøre en forskjell fordi det var stadfestet et kjent udekket behov. I andre kommuner var AKS spesielle kompetanseområder og erfaring med på å bestemme hva de skulle benytte rollen sin til og hvordan de kunne benytte sin avanserte kompetanse. Forskning på AKS-rollen forteller at skal en sikre en rett og hensiktsmessig bruk av rollen, så kreves det at den er definert både i praksisoppgaver og på praksisnivå (Gardner et al., 2013).

Denne studien viser at en viktig forutsetning for utvikling av AKS rollen var samarbeid mellom arbeidsgiver og den enkelte AKS. AKS beskrev hvor viktig det var at de både hadde kjennskap til pasientgruppen, hjemmetjenesten, og de andre yrkesgruppene ansvarsområde for best å kunne finne sin plass i organisasjonen og hvilken pasientgruppe de kunne utgjøre en forskjell for. Samtidig var det viktig at arbeidsgiver la til rette for at de kunne benytte sin avanserte kunnskap på den måten de vurderte som best. Gjensidig engasjement kan i følge forskning føre til økt aksept for rollen (Sangster-Gormley, Martin-Misener, Downe-Wamboldt, & Dicenso, 2011).

Det som skiller AKS fra den tradisjonelle sykepleierrollen blir i studien beskrevet som både nyervervede kunnskaper på et avansert nivå, bruk av systematiske kliniske undersøkelser, og autonomi til en selvstendig vurdering, både av pasienter og til disponering av egen arbeidsdag. Studier viser videre at en strategisk utvikling av AKS-rollen med både organisatorisk og faglig støtte er positivt for både implementeringen og oppfølgingen i etterkant (Krista, Kaisa, Riitta, & Anna-Maija, 2014; Sangster-Gormley et al., 2011). Etter oppstart i ny AKS stilling opplevde deltagere i denne studien stor støtte fra arbeidsgiver, en støtte de beskriver forsvant litt etter hvert som rollen var

implementert. Noen manglet en plass på organisasjonskartet og enkelte opplevde at det etterhvert ikke ble stilt noen krav til dem, og at bruk av stillingen ikke ble evaluert. Benner beskriver nyutdannede sykepleiere eller erfarne sykepleier som arbeider i en ny kontekst som mennesker i behov for nettopp støtte og veiledning når det gjelder prioriteringer i sin nye rolle (Benner, 1995). Dette støtter opp om deltagerens frustrasjon spesielt siden det finnes kun et lite nettverk å støtte seg på.

En annen viktig forutsetning for at AKS kunne anvende sin kompetanse og utvikle egen rolle var samarbeid med andre yrkesgrupper og funksjoner. Forskning viser at faglig støtte, oppfølging og samarbeid med en lege kan være spesielt viktig under rolleutviklingen (Wisur-Hokkanen et al., 2015). For de deltagende AKS i denne studien, og som ikke hadde sitt arbeid tilknyttet tverrfaglige team med lege, var det viktig med faglig støtte, og enkelte hadde et samarbeid med kommuneoverlegen. Dette samarbeidet ble beskrevet av AKS som viktig i rolleutvikling, både i valg av satsningsområde, utvelgelse av arbeidsredskaper i form av validerte tester og som støtte i mot de andre legene. Fastlegeordningen førte til at AKS hadde mange leger å forholde seg til, men at kunne være viktig med en egen mentor til faglige spørsmål spesielt i oppstartsfasen. En slik støtte beskrives også i studier fra utlandet (Lindblad et al., 2010). En kan tenke at en kommunalt tilknyttet fastlege eller sykehjemslege med erfaring eller spesialisering i geriatri kunne være en slik samarbeidspartner som en del av det allmennmedisinske offentlige legearbeid de i følge primærhelsemeldingen er forpliktet til å utføre i kommunene (Meld. St. 47, 2009).

De deltagerne i denne studien som ikke hadde noen tilknyttet lege mentor, forteller at de opplever å ha støtten i fra nærmeste sykepleieleder og andre yrkesgrupper. Aller helst foretrakk studiens AKS å konferere med andre AKS. En grunn til dette kan være at en annen AKS hadde den samme kunnskapen og dype forståelse for pasientene (Henni et al., 2018), og at de møtte flere av de samme utfordringene i utviklingen av sin nye rolle.

Arbeidsformen og arbeidstiden AKS hadde i denne studien ble tilpasset den ulike kommunens behov. Flere av studiens AKS arbeidet i team eller i nær tilknytning til tverrfaglige team. Enkelte arbeidet på dagtid og andre i turnus. Fordelen med å benytte AKS i turnusarbeid kan være at det på kveld og helg er et større behov for kvalifisert helsepersonell. På denne måten utnyttes personalressursene på en bedre måte, fordi de



da arbeider når behovet er størst (Helsedirektoratet, 2014). Samtidig beskrev deltagerne i denne studien at arbeidet de utførte ikke var av akutt karakter, og at de fleste samarbeidspartnerne deres arbeidet på dagtid.

Resultatene viste at til tross for at AKS kompetanse ble brukt for å dekke den spesifikke kommunens behov, så hadde AKS stor frihet i forhold til å utvikle egen rolle. Tid til å bestemme over egen arbeidsdag innenfor gitte rammer ble i denne studien sett på som en viktig del av rollen, og etter hvert som rollen ble kjent, oppdaget flere AKS nye pasientgrupper eller arbeidsoppgaver de ønsket å bruke mer tid på.

Deltagerne i denne studien var med på å gi innhold til sin egen arbeidshverdag gjennom en forsiktig implementering og introduksjon av rollen. Smidighet i utviklingen av rollen blir også i andre studier beskrevet som en viktig faktor ved vellykket rolle implementering (Jokiniemi et al., 2012).

## 5.2 Implikasjon for praksis

Resultatene viser at AKS ivaretar et mangfold av arbeidsoppgaver, samtidig som de bruker kompetansen på ulike måter rettet i mot direkte pasientrettet arbeid. AKS bidrar også til utvikling av nye samarbeidsmåter og funksjoner i helse- og omsorgstjenesten. Denne studien viser samfunnsnyttene av en slik rolle og gir en god beskrivelse som kan være til etterfølgelse i arbeidet med å imøtekomme fremtidens helsebehov.

Denne studien bekrefter også at det er behov for en spesialistgodkjenning. AKS i denne studien savnet autonomi ift rekvirering av blodprøver og andre undersøkelser, samt myndighet til innleggelse på for eksempel KAD. En spesialist godkjenning med utvidete rettigheter kan bidra til bedre pasientoppfølging og koordinering av tiltak. Utvidete rettigheter vil kunne føre til en økt smidighet i helsetjenestene slik at en ikke må bruke mye dyrbar tid på å vente på legetjenesten som alt er presset fra før.

## 5.3 Diskusjon av metode

I denne delen belyses noen av valgene som ble tatt i forskningsprosessen, og på hvilke positive og negative måter disse valgene har kan ha påvirket studiet.

### 5.3.1 Validitet

God forskning kjennetegnes ved at forskningsprosessen gjennomføres på en grundig og pålitelig måte, fremstilles på en logisk og forståelig måte, at det blir stilt kritiske og reflekterte spørsmål om hvordan kunnskapen er skapt, og om resultatene som genereres er gyldige, tilstrekkelige og sannsynlige (Malterud, 2017). Validitet er en måte å bedømme i hvilken grad resultatene fra forskning er gyldige for utvalget i studien, og det fenomenet som er studert. Det sier også noe om hvilken betydning resultatene kan ha for andre utvalg eller andre situasjoner.

Å validere er altså å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet. For å oppnå god kvalitet er det viktig å ikke begrense dette til en bestemt fase i forskningen, men stille kritiske spørsmål til hele forskningsprosessen fra første tematisering til endelig rapportering (Kvale et al., 2015). For meg betydde dette at jeg i arbeidet med denne studien har brukt tid til refleksjon i alle ledd av forskningsprosessen, og forsøkt å forholde meg kritisk til egen innvirkning på valg som ble tatt.

Under planlegging og gjennomføring av denne studien har intensjonen vært å beskrive alle trinn så nøyaktig som mulig. Beskrivelse av fremgangsmåten på en detaljert måte bidrar til transparens og gjør resultatene som presenteres mer forståelig samtidig som transparens også bidrar til i kvalitet, da leseren kan gjøre en begrunnet vurdering av i hvilken kontekst resultatet har blitt til (Malterud, 2017).

Deltagere i denne studien ble færre i antall enn det som er ønskelig (Kvale et al., 2015). En av årsakene til det er at det ikke finnes så mange AKS i Norge, og spesielt ikke av de som har egne, selvstendige roller. Til tross for få deltagere fikk jeg informative intervjuer der nyanser og mangfold i materialet pekte ut noen sentrale fenomener gjennom analysen. Jeg erkjenner likevel at få deltagere kan være begrensende og at det kanskje finnes andre gyldige versjoner av denne kunnskapen, enn det som studien avdekker (Malterud, 2017). Intensjonen var å intervjuer sykepleiere fra ulike kommuner. Imidlertid har kommunene som har satset på denne utdannelsen gjerne flere enn en AKS ansatt. Dette førte til at noen av deltagerne som ble intervjuet arbeidet i den samme kommunen. Denne utfordringen hadde jeg ikke tenkt over, men siden det i utgangspunktet var få potensielle deltagere å velge mellom valgte jeg likevel å gjennomføre intervjuer med de AKS jeg klarte å rekruttere. I etterkant så jeg at selv om noen av deltagerne kom fra den samme kommune, hadde arbeidsoppgavene de utførte

forskjellig innhold. Deltagerne hadde valgt forskjellig spesialisering eller tilhørte store kommuner med flere soner, og noen arbeidet i ulike settinger. Dette ga mulighet for en bredere forståelse av hva AKS kunne benyttes til, og bidro dermed til flere nyanser i materialet.

Da det finnes lite forskning som er utført på bruken av denne nye sykepleierrollen i Norge var det nødvendig å se til utlandet for å finne erfaringer, og måten AKS rollen benyttes på der. Selv om de utenlandske studiene ikke er direkte overførbare på grunn av ulikheter i muligheter for å rekvirere og forordne medisiner (Sheer & Wong, 2008), så er mange av fremtidens helseutfordringer de samme. Elementer i min studie ble også funnet i flere utenlandske studier, noe som bekrefter validitet i dette studiet.

### 5.3.2 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler forskningsresultatens konsistens, troverdighet og hvorvidt forskningsresultatene kan reproduseres av andre forskere, eller på et annet tidspunkt (Kvale et al., 2015). For å ivareta reliabiliteten ble arbeidet med intervju guiden diskutert med veileder og medstudenter på seminar for å sikre åpne spørsmål som samtidig var spisset. Dette var viktig for å beholde fokus på studiens hensikt og for at jeg fikk svar på det jeg ønsket å vite noe om.

I denne studien er troverdigheten ivaretatt ved at jeg aktivt gikk inn for å motvirke vilkårlig subjektivitet, samtidig som kreativitet og variasjon ble ivaretatt. Dette ble gjort ved å lage inklusjonskriterier som sikret at intervjupersonene hadde arbeidserfaring i forhold til det de uttalte seg om. Under intervjuene ble det i noen tilfeller benyttet dialogisk validering, der jeg gjentok i korte trekk hva jeg hadde oppfattet av det de fortalte, og om jeg da hadde forstått dem rett (Malterud, 2017). Dette ble benyttet for å sikre en felles forståelse mellom meg som intervjuer og deltagerens utsagn, slik at en unngikk uklarheter. Under gjennomføring av intervju var jeg bevisst på hvordan min intervjurespons i form av verbal og nonverbal kommunikasjon kunne påvirke intervjupersonens utdyping av svaret (Kvale et al., 2015). Jeg ønsket at de skulle fortelle så fritt som mulig, men det er likevel sannsynlig at jeg som ny i intervjusammenheng har gitt respons som smil og nikk ved gjenkjennbare situasjoner, noe som kan påvirke studiens gyldighet (Malterud, 2017). Det kan hende at dette igjen bidro til en naturlig kontekst, og at deltagerne følte samtalen naturlig og likeverdige og at det derfor bidro til gode data.

Etter hvert intervju ble lydfilene transkribert så ordrett som mulig for å ivareta det originale materialet. Arbeidet med materialet rett i etterkant av intervjuet ga meg oversikt og kjennskap til teksten som kom til nytte videre i analysen. Som analyseform ble systematisk tekstkondensering benyttet. Dette er en tverrgående analyse som sammenfatter informasjon fra flere forskjellige deltagere, og kan brukes til flere typer empirisk data og med ulik grad av forankring (Malterud, 2017). Det kan hende at en annen analyseform også hadde passet i denne studien, for eksempel tematisk analyse, der formålet er å identifisere, analysere og rapportere mønsteret i det empiriske arbeidet, men da systematisk tekstkondensering anbefales til en forsker med min begrensede erfaring og jeg fant den konkret og oversiktlig, ble denne valgt.

I hele resultatdelen blir sitater benyttet som en videreføring av deltagerens stemme. Jeg har bevisst benyttet tilnærmet lik mengde sitater fra de ulike intervjuene for å sikre at alle deltagerens stemmer ble hørt. For å sikre systematikk ble sitatene nummerert for min egen del. Denne nummereringen ble strøket i fra den ferdige oppgaven, for å ivareta intervjupersonenes anonymitet i et lite og lett gjennomsliktig fagmiljø.

At jeg her som AKS-student forsker på mine fremtidige kollegaer kan både styrke og svekke studien. Min personlige motivasjon som AKS student kan ha gitt intervjupersonene trygghet under intervjuprosessen, samtidig som jeg til tross for forsøk på å være en nøytral forsker, med liten erfaring om hva AKS utførte av arbeid i Norge, kan være påvirket av min bakgrunn. Som forsker har jeg under hele forskningsprosessen, fra planlegging til gjennomføring, mottatt konstruktiv kritikk fra med-studenter og kvalifisert veileder, noe som har vært til stor nytte.

## 5.4 Forslag til videre forskning

Oppfølgingen og ivaretagelse av pasientgruppen med store og sammensatte helsebehov, med tilleggsproblematikk innenfor psykiske lidelser og rus, men som ikke har tradisjonell hjemmesykepleie, er beskrevet som mulige arbeidsoppgaver for kommunal AKS (Helsedirektoratet, 2017). Fremtidig forskning på AKS bør både utforske og komme med forslag til hvordan en kan ivareta denne utfordrende og sårbare pasientgruppen, hva som kan være AKS sitt bidrag til ivaretagelse av den enkelte pasient og hvilke retningslinjer det skal arbeides etter.

## 6 Konklusjon

Resultatene i denne studien viser hvilke arbeidsoppgaver AKS med mastergrad utfører i hjemmebaserte tjenester og på hvilken måte de bruker sin avanserte kunnskap.

Analyser viser at rolleutvikling var en viktig arbeidsoppgave, og en kontinuerlig prosess som endrer seg i takt med kommunens aktuelle behov alt utfra hvilke personalressurser kommunen disponerte.

AKS bidro med kunnskapsoverføring i mot flere målgrupper både innad i kommunene og på andre nivåer. Ved bruk av avansert kunnskap, ferdigheter og tid til å utføre en systematisk og helhetlig kartlegging ivaretok AKS pasientene ved sub akutt sykdom, oppfølging etter innleggelser eller ved endrede tjeneste behov, noe som førte til forebygging av sykdomsutvikling og unødige sykehusinnleggelser.

Tiltros for avansert kunnskap, en selvstendig arbeidshverdag, var AKS fremdeles avhengig av legens underskrift for å benytte rollens potensiale fullt og for fremtiden ønsket deltagerne i studien en spesialist godkjenning som fører til utvidede rettigheter på lik linje med kollegaer i utlandet.

## Litteratur liste

- Abdallah, L. M. (2005). EverCare Nurse Practitioner Practice Activities: Similarities and Differences across Five Sites. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(9), 355-362. doi: 10.1111/j.1745-7599.2005.00063.x
- Andregård, A. C., & Jangland, E. (2015). The tortuous journey of introducing the Nurse Practitioner as a new member of the healthcare team: a meta-synthesis. 29, 3-14. doi: 10.1111/scs.12120
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert : mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. København: Munksgaard.
- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C., & Bjørk, I. T. (2016). The competence gap in community care ; imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic journal of nursing research (trykt utg.)*, 36, 27-37.
- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I. T., & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. 15(5). doi: 10.1186/s12912-016-0124-z
- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., Hofoss, D., Kirkevold, M., & Foss, C. (2015). Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people – Competence evaluation tool'. *International Journal of Older People Nursing*, 10(1), 59-72. doi: 10.1111/opn.12057
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder : en grundbog* (2. utg.). København: Hans Reitzel.
- Bryant-lukosius, D., & Dicenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x
- Buerhaus, P. I., Desroches, C. M., Dittus, R., & Donelan, K. (2015). Practice characteristics of primary care nurse practitioners and physicians. *Nursing Outlook*, 63(2), 144-153. doi: 10.1016/j.outlook.2014.08.008
- Carney, M. (2016). Regulation of advanced nurse practice: its existence and regulatory dimensions from an international perspective. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 105-114. doi: 10.1111/jonm.12278
- Cestari L, C. E. (2001). Caring for the Homebound Elderly: A Partnership Between Nurse Practitioners and Primary Care Physicians. *Home Health Care Management & Practice, Volume 13, Number 5, 3*, 56-360.
- Christiansen, J., & Fagerström, L. (2016). Behov for avanceret klinisk sygepleje i Norden - Sygeplejelederens perspektiv. *Nordisk Sygeplejeforskning*(03), 278-294.
- Clark, S., Parker, R., Prosser, B., & Davey, R. (2013). Aged care nurse practitioners in Australia: evidence for the development of their role. *Australian Health Review*, 37(5), 594-601. doi: 10.1071/AH13052
- Dick, K., & Frazier, S. C. (2006). An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(7), 325-334. doi: 10.1111/j.1745-7599.2006.00140.x
- Donald, F., Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., . . . DiCenso, A. (2014). A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists: What Is the Quality of the Evidence? *Nursing Research and Practice*, 2014(2014). doi: 10.1155/2014/896587

- Donald, F., Martin-misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-griffiths, A., . . . Dicenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care (B. 69, s. 2148-2161).
- 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
- Eriksson, I., Lindblad, M., Möller, U., & Gillsjö, C. (2018). Holistic health care: Patients' experiences of health care provided by an Advanced Practice Nurse. *International Journal of Nursing Practice*, 24(1), n/a-n/a. doi: 10.1111/ijn.12603
- 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. *International Journal of Older People Nursing*, 7(2), 163-172. doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00312.x
- Gardner, G., Chang, A. M., Duffield, C., & Doubrovsky, A. (2013). Delineating the practice profile of advanced practice nursing: a cross-sectional survey using the modified strong model of advanced practice. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1931-1942. doi: 10.1111/jan.12054
- Heale, R., & Rieck Buckley, C. (2015). An international perspective of advanced practice nursing regulation. *International Nursing Review*, 62(3), 421-429. doi: 10.1111/inr.12193
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Proposisjon til Stortinget*. (Prop 1 S). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20182019/id2613728/sec2?q=allmennsykepleie#match\\_0](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20182019/id2613728/sec2?q=allmennsykepleie#match_0)
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonalt personellbilde : personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Videreutdanning for sykepleierer-Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?* (IS-2674). [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no).
- Helsedirektoratet. (2018). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Henni, S. H., Kirkevold, M., Antypas, K., & Foss, C. (2018). The role of advanced geriatric nurses in Norway: A descriptive exploratory study. *International journal of older people nursing*. doi: 10.1111/opn.12188
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Jokiniemi, K., Haatainen, K., & Pietilä, A. M. (2015). From challenges to advanced practice registered nursing role development: Qualitative interview study. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6), 896-903. doi: 10.1111/ijn.12334
- Jokiniemi, K., Pietila, A.-M., Kylma, J., & Haatainen, K. (2012). Advanced nursing roles: A systematic review.(Report). *Nursing and Health Sciences*, 14, 421.

- Kiljunen, O., Välimäki, T., Kankkunen, P., & Partanen, P. (2017). Competence for older people nursing in care and nursing homes: An integrative review. *International Journal of Older People Nursing*, 12(3), n/a-n/a. doi: 10.1111/opn.12146
- Krista, J., Kaisa, H., Riitta, M., & Anna-Maija, P. (2014). Advanced Practice Nursing Roles: The Phases of the Successful Role Implementation Process. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), 946-954.
- Kunnskapsdepartementet. (2014). *Kvalifikasjonsrammeverket for høyere utdanning*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/utbyttebeskrivelser/kvalifikasjonsrammeverk\\_endelig\\_mars09.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/utbyttebeskrivelser/kvalifikasjonsrammeverk_endelig_mars09.pdf)
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *The Cochrane database of systematic reviews*(2), CD001271.
- Laurant, M., Sergison, M., Halliwell, S., & Sibbald, B. (2000). Evidence based substitution of doctors by nurses in primary care?(Letter to the Editor). *British Medical Journal*, 320(7241), 1078.
- 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
- Maier, C. B. (2015). The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia. *Health policy*, 119(12), 1627-1635. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.09.002
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martínez-González, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geismann, F., Markun, S., Wensing, M., & Rosemann, T. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC health services research*, 14, 214. doi: 10.1186/1472-6963-14-214
- McGilton, K. S., Vellani, S., Yeung, L., Chishtie, J., Commisso, E., Ploeg, J., . . . Puts, M. (2018). Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 18. doi: 10.1186/s12877-018-0925-x
- McNamara, S., Giguère, V., St-Louis, L., & Boileau, J. (2009). Development and implementation of the specialized nurse practitioner role: Use of the PEPPA framework to achieve success. *Nursing & Health Sciences*, 11(3), 318-325. doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00467.x
- Meld. St. 6. (2017). *Kvalitet og Pasientsikkerhet 2016*. Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- Meld. St. 26. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Meld. St. 47. (2009). *Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- 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



- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforl.
- NOU 2018:16. (2018). *Det viktigste først*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/sec4#KAP8>
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforl.
- Prasad, S., Dunn, W., Hillier, L. M., McAiney, C. A., Warren, R., & Rutherford, P. (2014). Rural Geriatric Glue: A Nurse Practitioner–Led Model of Care for Enhancing Primary Care for Frail Older Adults within an Ecosystem Approach. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(9), 1772-1780. doi: 10.1111/jgs.12982
- Sagdahl, M. (2017). *Store norske leksikon*. fra <https://snl.no/autonomi>
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., & Dicenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review (B. 67, s. 1178-1190). Oxford, UK.
- Sheer, B., & Wong, F. K. Y. (2008). The development of advanced nursing practice globally.(Anniversary Series). *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 204.
- Skirbekk, S. (2018). *Store norske leksikon*. Hentet 11. januar 2019, fra <https://snl.no/rolle>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Universitetet i sørøst-Norge. (2018a). *Studieplan for Bachelor i sykepleie*. Hentet 28. desember 2018, fra [https://www.usn.no/studier/studie-og-emneplaner/#/studyplan/BACHSYK-DR\\_2018H](https://www.usn.no/studier/studie-og-emneplaner/#/studyplan/BACHSYK-DR_2018H)
- Universitetet i sørøst-Norge. (2018b). *Studieplan for Master i avansert klinisk sykepleie* Hentet 28 desember 2018, fra [https://www.usn.no/studier/studie-og-emneplaner/#/studyplan/MAKS\\_2018H](https://www.usn.no/studier/studie-og-emneplaner/#/studyplan/MAKS_2018H)
- Walsh, K., Bothe, J., Edgar, D., Beaven, G., Burgess, B., Dickson, V., . . . Moss, C. (2016). Investigating the role of Clinical Nurse Consultants in one health district from multiple stakeholder perspectives: A cooperative inquiry. *Contemporary Nurse*, 51(2-3), 1-31. doi: 10.1080/10376178.2016.1169936
- Wilhite, C. L. (2012). Scope of Practice ... Standard of Practice ... Standard of Care ... What is My/Your Obligation? *Plastic Surgical Nursing*, 32(23), 120-122.
- Wisur-Hokkanen, C., Glasberg, A.-L., Mäkelä, C., & Fagerström, L. (2015). Experiences of working as an advanced practice nurse in Finland – the substance of advanced nursing practice and promoting and inhibiting factors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, n/a-n/a. doi: 10.1111/scs.12211
- Wong, F. K. Y., Peng, G., Kan, E. C., Li, Y., Lau, A. T., Zhang, L., . . . Li, M. (2010). Description and evaluation of an initiative to develop advanced practice nurses in mainland China. *Nurse education today*, 30(4), 344. doi: 10.1016/j.nedt.2009.09.004

## **Vedlegg 1: Informasjonsskriv**

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt**

***”Hvilke arbeidsoppgaver utføres av avanserte sykepleiere med mastergrad som arbeider i kommunehelsetjenesten i dag? ”***

#### **Bakgrunn og formål**

For å imøtekomme fremtidens økende utfordringer er fokus på kompetanseheving av helsepersonell stort, spesielt i kommunene. Flere sykepleiere tar på eget initiativ eller på oppfordring fra arbeidsgiver mastergrad i klinisk eller geriatrisk sykepleie.

Avanserte geriatriske sykepleiere (AGS) er allerede utdannet i Norge. Forskning fra utlandet bekrefter at denne nye sykepleierrollen kan fylle gapet mellom tjenestene som tilbys i dag, og behovene den økende pasientgruppen i kommunene har. Men det finnes lite forskning som viser hvordan denne sykepleierrollen brukes i kommunehelsetjenesten i Norge, og hvilke arbeidsoppgaver sykepleiere med denne masterutdanningen utfører. Som en del av min avsluttende masteroppgave i avansert klinisk sykepleie ved høgskolen i Sørøst-Norge ønsker jeg derfor å belyse dagens bruk av denne sykepleierrollen.

Som ferdig utdannet avansert geriatrisk sykepleier ansatt i kommunehelsetjenesten inviteres du til å delta

#### **Hva innebærer deltagelse for deg?**

Dersom du takker ja til å delta ønsker jeg å intervju deg. Intervjuet vil vare i omkring 45 minutter og vil bli tatt opp på lydbånd. Intervjuet kan foretas på din arbeidsplass, eller annet egnet sted du velger. I intervjuet vil jeg spørre deg om din hverdag som AGS. Spørsmålene vil blant annet omhandle stillingsinstruks, arbeidsforhold,

pasientgruppe, arbeidsoppgaver og hva du tenker denne nye rollen har bidratt med i forhold til pasient og dens pårørende.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Navneliste og datamateriale lagres adskilt og alt materiale vil bli anonymisert. Det etterstrebes at deltageren ikke er gjenkjennerbar i ferdig oppgave. Lydfilene vil lagres på passord-beskyttet datamaskin og på HSN sin forskningsserver.

Resultatet vil bli publisert i form av en masteroppgave, og kan være aktuelt for publikasjon i form av en vitenskapelig artikkel.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg før intervjuet, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Etter intervjuet vil det imidlertid ikke være mulighet til å trekke seg, ettersom alle personopplysningene da er anonymisert og arbeidet med oppgaven pågår.

Prosjektet avsluttes 1.mars 2019.

Jeg håper du ønsker å delta, hvis du har spørsmål til studien, ta kontakt med Birgitte Teien 90133418 eller på e-post: [birgitte.teien@student.hbv.no](mailto:birgitte.teien@student.hbv.no). Veileder for studien er Linn Hege Førsum, e-post: [linn.hege.forsund@usn.no](mailto:linn.hege.forsund@usn.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

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

-----  
-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Intervjuguide

1: Kan du fortelle om hvordan du som Avansert geriatrisk sykepleier (AGS) arbeider i din kommune?

2: Kan du fortelle om hvilke arbeidsoppgaver du som AGS har, og hvordan disse skilles fra oppgaver eller prosedyrer andre sykepleiere utfører?

3: Kan du fortelle litt om pasientgruppen du arbeider med?

4: Kan du fortelle litt om hvem du konfererer med i hverdagen eller som støtter deg faglig i den nye rollen?

5: Kan du fortelle om hvordan du ser for deg din rolle som AGS i fremtiden?

6: Kan du fortelle om noen situasjoner fra hverdagen der dine selvstendige vurderinger som AGS omkring pasientene utgjør en forskjell?

7: Kan du fortelle litt om de forventningene du hadde til arbeidsoppgaver etter endt utdanning, og hvordan de samsvarer med oppgavene du utfører i dag?

# Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD



Linn Hege Førsumd

3603 KONGSBERG

Vår dato: 14.12.2017

Vår ref: 57433 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

## Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.11.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

57433

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Avanserte geriatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten

Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder

Linn Hege Førsumd

Birgitte Teien

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

### Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter sensitive opplysninger
- veiledning i dette brevet
- Høgskolen i Sørøst-Norge sine retningslinjer for datasikkerhet

### Veiledning

#### Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Høgskolen i Sørøst-Norge er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for informasjonsskriv.

#### **Forskningsetiske retningslinjer**

Sett deg inn i forskningsetiske retningslinjer.

#### **Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet**

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke endringer du må melde, samt endringsskjema.

#### **Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet**

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i Meldingsarkivet.

#### **Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt**

Ved prosjektslutt 31.03.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

### **Gjelder dette ditt prosjekt?**

#### **Dersom du skal bruke databehandler**

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder.

#### **Hvis utvalget har taushetsplikt**

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har taushetsplikt. De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

#### **Dersom du forsker på egen arbeidsplass**

Vi minner om at når du forsker på egen arbeidsplass må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Dag Kiberg

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10 / [anne-mette.somby@nsd.no](mailto:anne-mette.somby@nsd.no)