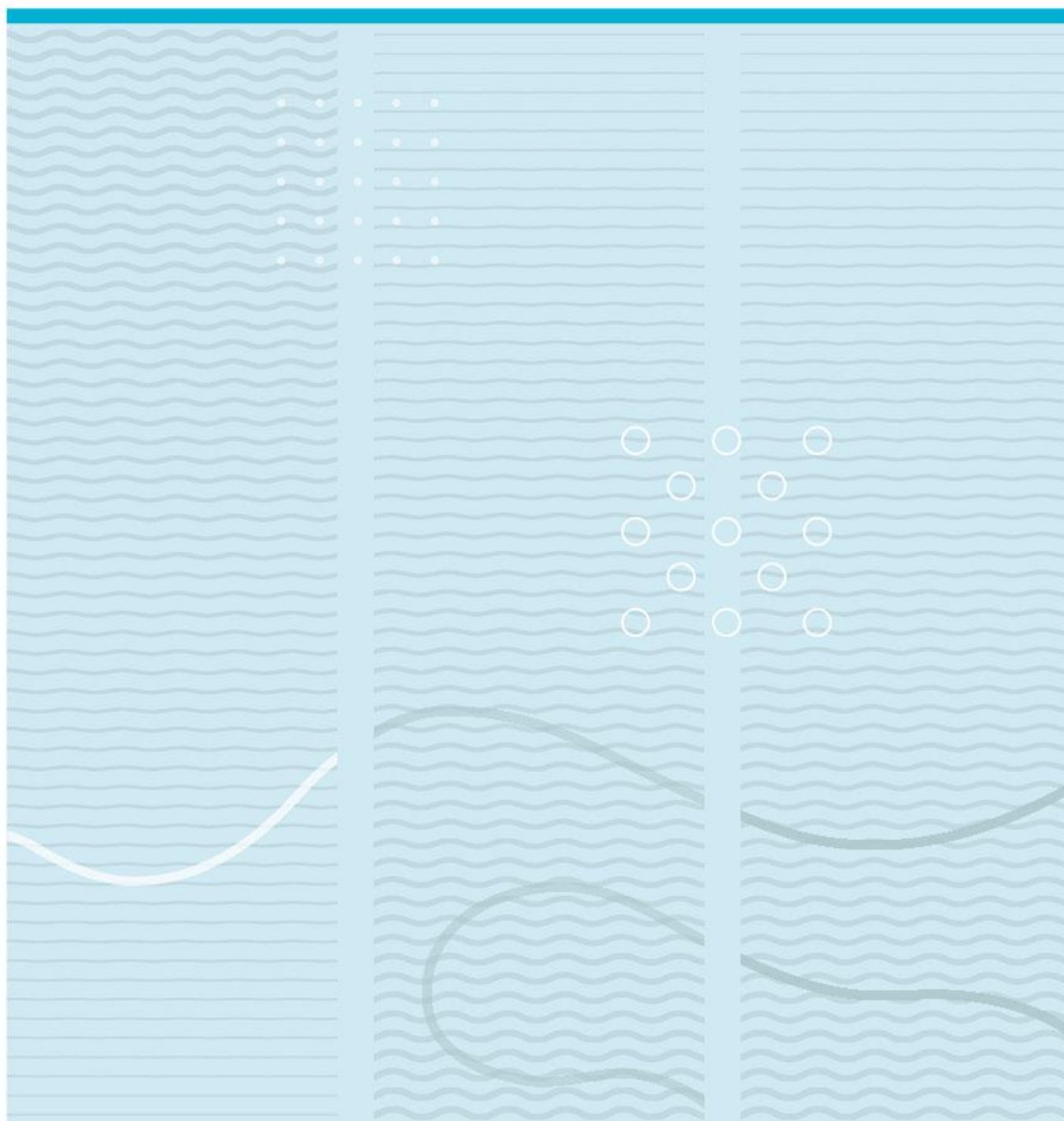


Kjersti Engedal og Synnøve W. Haraldsen

# Avansert klinisk allmennsykepleie i legevakt

## En kvantitativ tverrsnittstudie

Hvilken grad av samsvar er det mellom avansert klinisk allmennsykepleie og lege i utførelse av konsultasjoner i legevakt - og hvilke oppgaver kan avansert klinisk allmennsykepleier utføre selvstendig?





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

<http://www.usn.no>

© 2020 Kjersti Engedal og Synnøve W. Haraldsen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

# Sammendrag

**Introduksjon:** I USA, Canada, og flere andre land i Europa har man benyttet avanserte kliniske sykepleie, også i klinikker hvor sykepleiere med spesialkompetanse utfører selvstendige konsultasjoner. Helsemyndighetene i Norge har sett behov av økt sykepleierkompetanse og lagt føringer for et nytt masterstudium for sykepleiere; Avansert klinisk allmennsykepleie (AKS). Dette gir sykepleiere en avansert breddekunnskap og skal bidra til en selvstendig og utvidet rolle som trolig vil øke oppgaveglidningen fra leger og til denne spesialistutdannede sykepleieren. Hensikten med denne studien er å undersøke om AKS kan gjøre selvstendige pasientkonsultasjoner på legevakt. Vi vil også se på videre muligheter for å bruke av AKS i legevakt og eventuelle forutsetninger for å iverksette bruken av AKS ved legevakt.

**Metode:** En kvantitativ tverrsnittstudie med komparativt design. Tre nyutdannede AKS utførte konsultasjoner på legevakt på voksne pasienter med ulike henvendelser årsaker, for å se om AKS kom frem til samme vurdering og tiltak som legen. AKS og legen så ikke hverandres journalnotat og det var legens journalnotat som ble lagt til grunn som fasit. Det ble satt poengskår på AKS sitt journalnotat av ekstern lege og sykepleier. AKS ble målt på om de hadde «relevant undersøkelse i forhold til problemstilling», om det var «samsvar mellom vurdering og tiltak», og om «AKS viste hvilke vurderinger som var blitt gjort».

**Resultat:** AKS scorer høyt på diagnosegruppene akutte sårskader og muskel- og skjelettsmerter og til dels på øvre luftveisinfeksjoner. På de mer kompliserte diagnosegruppene som hodepine og magesmerter ser man at samhandling mellom AKS og lege trolig vil være det beste for pasienten.

**Konklusjon:** Resultatene viser at det er mulig for en nyutdannet avansert klinisk allmennsykepleie å ivareta enkelte diagnosegrupper selvstendig, mens andre grupper bør konsulteres i samarbeid med lege. Dette kan bidra til å utvikle en plass for denne kompetansen i Drammen legevakt. Det er ikke rom for generalisering til andre legevakter, da studien har et sparsommelig antall AKS. Samtidig kan den være en start på en prosess med å iverksette AKS i legevakter i Norge.

**Søkeord:** Legevakt, akuttmottak, avansert klinisk sykepleie, lege og oppgaveglidning.

## Abstract

**Introduction:** In the USA, Canada and many other countries in Europe there has been a use of advanced clinical nurses, also in nursing clinics where nurses with specialized nursing skills carry out independent consultations. Norwegian authorities have seen the need to improve clinical qualification and have created guidelines for a new Nurse Practitioner Masters qualification. This gives nurses a broader and more advanced knowledge base and will contribute towards an independent and extended role that will most likely improve the dovetailing of tasks between doctors and the specially qualified nurse. The purpose of this study is to examine whether a Nurse Practitioner can carry out independent patient consultations in an Accident and Emergency (A&E) room setting. We will also be looking at further possibilities for the use of Nurse Practitioners in A&E and the conditions for implementing their use.

**Method:** A quantitative cross-sectional study with comparative design. Three newly educated Nurse Practitioners carried out consultations in an A&E setting to see if the Nurse Practitioners reach the same conclusions and interventions as the doctor. The Nurse Practitioners and the doctor did not see each other's patient notes and it was the doctor's patient notes that were used as a model. A point score was given on the Nurse Practitioners patient notes by an external doctor and nurse. The Nurse Practitioners were measured on whether they had «relevant examinations in accordance with the patients presenting problems». Whether there was «compliance between assessment and implemented measures» and if the «Nurse Practitioners showed which assessments had been made».

**Results:** The Nurse Practitioners scored highly on the diagnostic groups of patients with lacerations, muscular and skeletal pain, and partly on upper respiratory infections. When it came to the more complicated diagnostic groups in such cases as headaches and stomach pain an interaction between Nurse Practitioners and the doctor is most likely the best for the patient.

**Conclusion:** The results show that it is possible for a newly qualified Nurse Practitioner to safeguard some diagnostic groups autonomously. Whilst other groups should receive a consultation in cooperation with the doctor. This will contribute to the development of a place for this qualification at Drammen A&E. The study should not be generalized to other A&E departments, due to the low number of Nurse Practitioners included. Simultaneously it can be the beginning of a process for implementing Nurse Practitioners in A&E departments in Norway.

**Keywords:** Emergency Departments (ED) eller Accident and Emergency Department, Out-of-hour clinic og After-hour care. Nurse practitioner, general physician, task shifting,

# Innholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Sammendrag</b> .....  | <b>2</b>  |
| <b>Abstract</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>Innholdsfortegnelse</b> .....                                 | <b>5</b>  |
| <b>Forord</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>1 Innledning</b> .....  | <b>9</b>  |
| 1.1 Begrepsavklaring .....                                       | 10        |
| 1.1.1 Advanced nurse practitionerer .....                        | 10        |
| 1.1.2 Avansert klinisk allmennsykepleie .....                    | 10        |
| 1.1.3 Systematisk undersøkelse .....                             | 10        |
| 1.1.4 Kompetanse .....   | 11        |
| 1.1.5 Konsultasjon .....   | 11        |
| 1.1.6 Legevakt .....   | 11        |
| 1.1.7 Manchester triage system (MTS) .....                       | 12        |
| 1.1.8 Faglig forsvarlighet .....                                 | 12        |
| 1.1.9 Helsepersonelloven §4 .....                                | 12        |
| <b>2 Problemstilling</b> .....                                   | <b>13</b> |
| 2.1 Forskningsspørsmål .....                                     | 13        |
| 2.2 Hensikt med studien .....                                    | 13        |
| <b>3 Teoretisk grunnlag</b> .....                                | <b>14</b> |
| 3.1 Et tilbakeblikk på sykepleieprofesjonen .....                | 14        |
| 3.2 Avansert klinisk allmennsykepleie – noe for fremtiden? ..... | 15        |
| 3.3 Oppgaveglidning mellom AKS og lege .....                     | 16        |
| <b>4 Metode</b> .....  | <b>19</b> |
| 4.1 Design .....   | 19        |
| 4.2 Populasjon .....   | 20        |
| 4.3 Inklusjonskriterier .....                                    | 20        |
| 4.4 Eksklusjonskriterier .....                                   | 20        |
| 4.5 Utvalg .....   | 21        |
| 4.6 Årsak til frafall/eksklusjon .....                           | 21        |
| 4.7 Datainnsamling .....   | 21        |
| 4.8 Analysemetode .....  | 23        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 4.9      | Validitet og reliabilitet .....   | 23        |
| 4.10     | Forskningsetiske overveielser.....  | 25        |
| <b>5</b> | <b>Resultater .....</b>   | <b>27</b> |
| 5.1      | Antall pasientkonsultasjoner fordelt på diagnosegrupper .....                           | 27        |
| 5.2      | I hvilken grad viser AKS i sitt journalnotat hvilke vurderinger som er gjort? .....     | 28        |
| 5.3      | I hvilken grad samsvarer AKS sin pasientvurdering med legens pasientvurdering? .....    | 29        |
| 5.4      | I hvilken grad har AKS kommet med forslag til tiltak? .....                             | 30        |
| 5.5      | I hvilken grad samsvarer tiltaket foreslått av AKS med legens forslag til tiltak? ..... | 31        |
| 5.6      | I hvilken grad samsvarer tiltaket foreslått av AKS med legens forslag til tiltak? ..... | 32        |
| <b>6</b> | <b>Diskusjon .....</b>  | <b>33</b> |
| 6.1      | Relevante undersøkelser .....   | 33        |
| 6.2      | Vurderinger og tiltak .....   | 34        |
| 6.3      | Diagnosegrupper sett individuelt .....  | 35        |
| 6.3.1    | Muskel - og skjelettskader .....  | 35        |
| 6.3.2    | Sår - og kuttskader .....   | 37        |
| 6.3.3    | Øvre luftveisinfeksjoner .....  | 39        |
| 6.3.4    | Magesmerter og hodepine .....   | 40        |
| 6.4      | Samarbeid .....   | 41        |
| 6.5      | Studiens kvalitet .....   | 42        |
| 6.5.1    | Styrker ved studien.....  | 42        |
| 6.5.2    | Svakheter ved studien .....   | 43        |
| 6.5.3    | Metoderefleksjon .....  | 43        |
| 6.6      | Studiens konsekvens for klinisk praksis i legevakt .....                                | 44        |
| 6.6.1    | Forskrivningsrett .....   | 45        |
| 6.6.2    | Henvisningsrett .....   | 45        |
| 6.6.3    | Utdanning med spesialistgodkjenning .....   | 46        |
| 6.6.4    | Videre implementering .....   | 46        |
| <b>7</b> | <b>Konklusjon .....</b>   | <b>49</b> |
| <b>8</b> | <b>Litteraturliste .....</b>  | <b>50</b> |
| <b>9</b> | <b>Vedlegg .....</b>  | <b>59</b> |
| 9.1      | Vedlegg 1: Informasjonsskriv til kollegaer .....  | 59        |
| 9.2      | Vedlegg 2: Informasjonsskriv til pasientene .....                                       | 60        |



|     |  |    |
|-----|--|----|
| 9.3 | Vedlegg 3: Samtykkeerklærings skjema ..... | 62 |
| 9.4 | Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD .....       | 63 |

# Forord

Takk til legevakta i Drammen som har vært svært nytenkende i Norge og har turt å satse på utdanning og implementering av avanserte kliniske allmennsykepleiere. Tema for vår masteroppgave er utformet i samarbeid med vår arbeidsplass og setter søkelys på AKS i legevakt. Det har vært utfordrende å gjøre denne studien, men samtidig givende og spennende å få opparbeide seg ny kunnskap, som i stor grad vil bidra til å forme vår egen rolle videre på legevakten. Vi retter en spesiell takk til Liv Heidi Brattås Remo, daglig leder og sykepleier på Drammen legevakt. Hun har vært inspirerende pådriver og tilrettelegger for at vi har kunnet gjennomføre AKS-utdannelsen. Hun har i tillegg til dette vært delaktig i selve gjennomføringen av prosjektet vårt. Medisinskfaglig ansvarlig lege, når prosjektet pågikk, Ståle N. Svandal Nygaard skal også ha en takk. Han har stått for en sunn skepsis til AKS, men samtidig vært villig til å bidra inn i prosjektet og dermed skapt balanse.

En stor takk til førsteamanuensis Elisabeth Holm Hansen som har vist engasjement, vært tilgjengelig og gitt oss klok veiledning underveis. Takk til Professor II, Lisbeth Maria Fagerstrøm som har vært et forbilde og en banebryter for introduksjonen av Avansert klinisk sykepleie i Norge. Videre takk til Leiv Sandvik som har gitt gode råd om statistikk og analyse. Takk til AKS kollega Mariela Eriksen, som sammen med oss har satt seg selv i forskningens søkelys. Takk til alle sykepleie- og legekolleger som har vært positive og nysgjerrige på den nye utdannelsen vår. Til sist, men ikke minst, må vi rette en stor takk til familiene våre, ektemenn og barn. De har vært hjelpsomme, tålmodige og utholdende gjennom de tre årene vi har brukt på å fullføre vår utdanning i avansert klinisk allmennsykepleie.

Drammen 15.05.20

Kjersti Engedal og Synnøve W. Haraldsen

# 1 Innledning

USA og Canada var først ute med å videreutdanne sykepleierne til å utvide deres kompetanse og rettigheter til pasientkonsultasjoner fra 1960-tallet, grunnet mangel på leger (Delvin, Braithwaite, Pazas, 2018). De fikk også forskrivningsrett på medisiner (Schober, s.71, 2016). Siden har land som Storbritannia, Nederland, Australia, Finland, Sverige og mange flere kommet etter. Allerede i 1992 grunnla ICN (International Council of Nurses) et nettverk for nurse practitioners med representanter fra hele verden. Dette nettverket har beskrevet nurse practitioners med utdanning på et masternivå, med en formell godkjenning av utdanningsprogrammet som innebærer autorisasjon og sertifisering (Fagerström s. 42, 2019). Helsemyndighetene i Norge har nå lagt føringer for den nordiske modellen av masterutdannelsen; «Avansert klinisk allmennsykepleie» (AKS). De første kandidatene etter denne modellen ble uteksaminert i 2018. Norge har foreløpig begrenset mengde ferdig utdannede AKS og lite dokumentert forskning med tanke på hvordan man kan bruke kompetansen denne sykepleier-gruppen innehar. Vi ønsker med denne studien å bidra til økt kunnskap rundt dette i et legevaktsperspektiv. En avansert, klinisk allmennsykepleier (AKS) skal kunne undersøke, diagnostisere og behandle på et selvstendig nivå, og samtidig være en ressurs for både sykepleie- og legekolleger. Det særegne med AKS sin praksis er en bred dybdekompetanse (Fagerström, 2012, s. 39-40) og (Helsedirektoratet, 2017, s.40). Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har vært ledende på forskning innen legevakt siden 2005, og viser til at sykepleier og lege jobber tett og mange steder komplimenterende. Det er store forskjeller mellom og i legevaktene når det gjelder oppgaver og ansvar for sykepleierne. Legevakt er derfor en god arena for oppgaveglidning, men arbeidsfordelingen må forankres faglig og ha klare arbeidsbeskrivelser og juridisk forutsigbarhet. (Holm Hansen & Hunskår, 2016, s. 62). Gjennom flere år som sykepleier på legevakt har vi observert økt press og forventninger i befolkningen om rask tilgang til helsehjelp, også på tilstander som ikke haster. Pålagte arbeidsoppgaver for fastleger, gir økt arbeidsmengde, og dermed blir det vanskelig å imøtekomme folks forventninger om rask helsehjelp. I tillegg bli mange pasienter henvist til legevakten fra fastlegens kontor på grunn av stor pågang der. Det betyr at det er mange ikke-akutte pasienter som henvender seg på legevakt, og mange blir sittende å vente i timevis (Sandvik, Hunskår & Diaz, 2012).

I en norsk studie av Welle-Nilsen et al. (2011) viste blant annet at 18% av legens konsultasjoner var mindre plager som kunne vært ivaretatt av annet helsepersonell. Vi ønsker å se om bruk av AKS sin kompetanse i konsultasjoner for enkelte diagnosegrupper samsvarer med legens vurdering. Vi vil

undersøke om det er muligheter for selvstendige oppgave i legevakten, dette som et ledd for å implementere rollen i legevakt sammenheng.

## 1.1 Begrepsavklaring

### 1.1.1 Advanced nurse practitionerer

ICN (International council nurses) anerkjente i 2002 definisjonen av Avansert klinisk sykepleier (AKS) som vil gi tilrettelegge for en felles forståelse på et internasjonalt nivå (Schober, 2016, s.2)

Definisjon: *“Nurse practitioner/Advanced Practice nurses is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which she/he is credentialed to practice. A master`s degree is recommended for entry level (Schober, 2016, s.3).*

### 1.1.2 Avansert klinisk allmennsykepleie

Definisjon: *«Avansert klinisk allmennsykepleie er en autorisert sykepleier som har tilegnet seg kunnskaper på ekspertnivå, ferdigheter i kompleks beslutningstagning, samt klinisk kompetanse til en utvidet funksjon som utformes av konteksten og /eller autorisasjonskrav i det aktuelle land (Fagerström, 2019, s.40).*

### 1.1.3 Systematisk undersøkelse

Definisjon: *«En undersøkelse av kroppen for å bestemme dens helsetilstand ved bruk av noen eller alle teknikkene for inspeksjon, palpasjon, perkusjon, auskultasjon og lukt» (Phoon, C., 2000).* Bruk av stetoskop, og otoskop er ofte med i en slik undersøkelse.

OSCE: Objective structured clinical examination betyr innhenting av bakgrunns historikk, fysisk undersøkelse, klinisk resonnement, undersøkelser, pleie og behandling (Fagerstöm, s.236, 241, 2019).

#### 1.1.4 Kompetanse

Lais definisjon: «*Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål*». Komponenter som kunnskap «er å vite», og ferdigheter «er å gjøre». Holdninger inngår ikke i kompetansebegrepet, men en viktig indikator på hvorvidt en person er kompetent eller ikke (Tyrholm, et. al. 2016).

#### 1.1.5 Konsultasjon

Konsultasjon er i medisinsk vitenskap et lege- og pasientmøte. Konsultasjon kan også være en interaksjon mellom to profesjonelle, der konsultasjonshjelpen er ekspert. Den skal belyse kunnskapen om systematisk historiehenting og vurdering, samt å sikre pasientens deltakelse gjennom hele konsultasjonen (Fagerström s. 107, 2019). Vi vil i denne studien bruke begrepet konsultasjon for både møtet mellom pasient og profesjonell, der profesjonelle er lege eller AKS. Samtidig vil vi bruke begrepet i sammenhenger der fagpersoner søker kunnskap fra hverandre.

#### 1.1.6 Legevakt

Kommunene ble pålagt å organisere legevakt etter at Lov om kommunale helse og omsorgstjenester trådte i kraft i 1984 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-5). Legevakt er en allmenntilgjengelig virksomhet som skal sikre alle i kommunen nødvendig helsehjelp hele døgnet (Akuttmedisinforskriften, 2015, §6). Legevaktene er fortsatt forskjellig organisert i Norge, både med tanke på lokalisering, rutiner og bemanning, men har alle samme ansvar for innbyggerne som bor eller oppholder seg i kommunen (Morken et.al, 2018). I dag har fastleger pålagte vakter på legevakten på kveldstid og helger. Legevakten er beregnet for å kunne håndtere øyeblikkelig hjelp og kriser, men også vurdere, gi råd og veilede. Samtidig som legevakten skal kunne diagnostisere og behandle akutte henvendelser, skal personellet også kunne rykke ut dersom ulykker eller større hendelse oppstår (Holm Hansen & Hunskaar, 2016, s.54). Legevaktsentralen skal motta og håndtere henvendelser via et nasjonalt nummer hele døgnet (Akuttmedisinforskriften, 2015, §8). Dette er en medisinsk faglig oppgave som krever opplæring da det brukes ulike beslutningsstøtteverktøy. I andre land har de organisert seg annerledes og bruker sykehus som akuttenheter (Holm Hansen & Hunskaar, 2016, s.55).

### 1.1.7 Manchester triage system (MTS)

Manchester Triage Scale (MTS) ble utviklet i Storbritannia tatt i bruk i 1999 for vurdering av hastegrad på pasienter blant annet i akuttmottak og legevakt (Holm Hansen & Hunskår, 2016, s.154). MTS blir brukt på legevakten i Drammen, der studien har foregått. Triageringen er et system for klinisk risikostyring, for trygt å styre pasientflyten når det er stor pågang (Manchester Triage group, 2015, s, 14) Systemet gir ingen antakelser om diagnoser, det velger ut pasienter med høyest hastegrad på bakgrunn av pasientens kontaktårsak. Hver av kontaktårsakene har et tilhørende flytskjema som er bygget av diskriminatorer, som skiller pasientene og deler dem inn i de fire forskjellige fargekodene. MTS er oppbygd etter ABCDE prinsipp og skal gi en høy grad av kvalitetssikring. Man bruker fargekoder på pasientene (rød, orange, gult, grønt), som beskriver hvilken hastegrad de får før legekonsultasjon (Manchester Triage Group, 2015, s, 27-29).

### 1.1.8 Faglig forsvarlighet

Kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp innebærer å sikre pasienter og andre brukere som mottar helsehjelp er over en faglig minstestandard. Kjennetegnet er at den har sitt fundament i relevant fagkunnskap og lovverk. Utgangspunktet er pasientens behov og preferanser i tverrfaglig samarbeid. Det handler i bunn og grunn om pasientsikkerhet og kvalitet (Helsepersonelloven § 4) Det er et lederansvar å legge til rette forholdene for at den ansatte kan utøve yrket sitt faglig forsvarlig, samtidig som den enkelte ansatte har et eget ansvar å jobbe i tråd med sine egne kvalifikasjoner (Holm Hansen & Hunskår, 2016, s.287).

### 1.1.9 Helsepersonelloven §4

«Helsepersonell skal innrette seg etter faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand, eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell» (Helsepersonelloven § 4).

## 2 Problemstilling

I hvilken grad samsvarer konsultasjoner utført av AKS med konsultasjoner utført av leger, og hvilke oppgaver vil være aktuelt for AKS å utføre selvstendig eller i samarbeid med leger i legevakt?

### 2.1 Forskningsspørsmål

- I hvilken grad er AKS sine undersøkelser relevante og i samsvar med legens undersøkelser?
- I hvilken grad utfører AKS versus leger samsvar i vurderinger og tiltak innen de ulike diagnosegruppene, og hvilke grupper egner seg best til selvstendige konsultasjoner?
- Hvilke forutsetninger bør ligge til grunn for at legevakt kan gjøre nytte av AKS sin kompetanse?

### 2.2 Hensikt med studien

Hensikten med denne studien er å undersøke om AKS, etter endt utdanning, har tilstrekkelig kompetanse til å gjøre selvstendige pasientkonsultasjoner på legevakt. Samtidig belyse hvordan legevakt kan tilrettelegge og nyttiggjøre seg kompetansen AKS innehar.

## 3 Teoretisk grunnlag

### 3.1 Et tilbakeblikk på sykepleieprofesjonen

For å forstå sykepleiernes utvikling i Norge, er det verdt å ta et tilbakeblikk, for å se helheten og hvilken utvikling sykepleiernes rolle har hatt. AKS kan fremstå som et nytt fenomen innen norske helsevesen, men som et videre ledd fra forhistorien velger vi å se AKS som en naturlig utvikling av sykepleieprofesjonen. Ser vi oss tilbake, har utviklingen fra de første fagutdannede sykepleierne i norsk helsevesen midt på 1800-tallet, og frem til i dag har vært enorm. I starten hadde lege- og jordmor rollen definerte oppgaver, mens rolleavklaring fremsto mer diffus for resten av sykepleierne. Fra å være legens hjelpere, til ønske om å være en selvstendig yrkesgruppe, kan man se sykepleiens utvikling som en kvinnesaks historie (Moseng & NSF, 2012). Cathinka Guldberg, var Norges første profesjonelle sykepleier, og dannet den første sykepleieskolen i Norge, Diakonissehuset i 1868. Hun fikk senere en god samarbeidspartner med Rikke Nissen som skrev den første «Lærebog i Sygepleie», hvor det står skrevet;

*«Det er dog langt fra vor hensikt at ville uddanne Diakonisse-elever til Halve eller Kvarter Læger, hvorved man vil skade mere, end man vilde gavne, men til hele sykepleiersker, der forstaaer at udføre alt hvad der hører med til deres Tjeneste .....»*

(Mathisen, 2012, s.98).

Opp gjennom årene har sykepleierne kjempet for å markere sin egen profesjon, og har tidvis vært vaklende. Sykepleierne har vært i en mellomposisjon mellom hjelpepleiere og leger. Norsk sykepleierforbund (NSF) mente at sykepleierne burde frigjøres fra rollen som legens assistent, og bli sett på som medarbeidere og ikke som assistenter. Man mente at sykepleieprofesjonen var i ferd med å bli avgrenset (Lund, 2012, s, 214). På 1970 tallet var hjelpepleierne i ferd med å ta over det pasientnære arbeidet og dermed sette begrensninger for sykepleiernes identitet. Sykepleierne ble flyttet over til mer administrative oppgaver og til å utføre behandlinger med avansert teknologisk utstyr. Sykepleierne utviklet seg mer mot rolle som tekniker og ikke pleier. Sykepleierne var kommet i en identitetskrise. Her reises spørsmålet om sykepleieren virkelig skulle utføre arbeide som kateteriseringer, gi intravenøs væsketilførsel og gi injeksjoner (Lund, 2012, s.215-216). Det ble attraktivt å jobbe med teknisk utstyr på somatiske sykehus og «Flukten fra klinisk sykepleie» var et faktum. (Lund, 2012, s. 235). Behovet for spesialsykepleiere meldte seg (Lund, 2012, s. 166-169) og (Fagerstöm 2019, s.31).



Gjennom 1990-tallet endret helsetjenesten seg fra statlig til kommunalt ansvar. Eldre og andre brukere blir flyttet ut av institusjoner og inn i egne omsorgsbolig. Pasienter får færre liggedøgn på sykehus og skal behandles hjemme. Mangel på sykepleiekompetanse har vært et økende problem hele veien, og Samhandlingsreformen ble til som en brobygger mellom spesialist- og primærhelsetjenesten (Helse - og omsorgsdepartementet, 2009). Målet var å få til et kvalitativt bedre pasientforløp mellom sykehus og kommune. I etterkant har man sett behovet for sykepleiere med høyere utdanning og breddekompetanse, for å ivareta nye roller og pasienter i ustabile sykdomstilstander. En studie av Bing-Jonsson et.al (2015), viste det seg å være et gap mellom *forventninger* til kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenesten og *tilgjengelig og reell* sykepleierkompetanse. Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bør etablere stillinger for avansert klinisk sykepleier. Det er behov for en lokal og nasjonal debatt om hvordan denne kompetanse kan benyttes for innovasjon i helsetjenester som er til det beste for pasienten.

### **3.2 Avansert klinisk allmennsykepleie – noe for fremtiden?**

Helsetjenesten i Norge har sett nødvendigheten av å gjøre storsatsning for å øke kompetanse og ferdigheter innen kommune- og spesialisthelsetjenesten (Helse - og omsorgsdepartementet, 2009, 2013 og 2015 & Fagerström, 2019, s.219).

En studie av Tyrholm et.al. (2015) bygger funnene på behovet for helhetlig avansert klinisk sykepleiekompetanse, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten etter fokusintervju med 15 mellomledere. Dette samsvarer med utviklingen internasjonalt.

Tiden er derfor inne for innføring av avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) for å utvide sykepleierollen ytterligere, slik at legene kan frigjøres til de pasientene som har mer utfordrende medisinske problemer (Fagerström, 2019, s 220). Avansert klinisk allmennsykepleie tar utgangspunkt i grunnleggende sykepleie, men under utdannelsen tilegner sykepleieren seg dybdekunnskap og bred klinisk erfaring for selv å kunne vurdere, diagnostisere, behandle samt ivareta oppfølging og pleie (Fagerström, 2019, s 89). Den «Nordiske modellen for AKS har åtte kjernekompetanse områder: Direkte klinisk praksis – Etske beslutninger – Coaching og veiledning – Konsultasjon – Samarbeid – Case management – Forskning og utvikling – Ledelse (Fagerström, 2019, s.89). Det finnes mange ulike masterprogrammer innen sykepleie, men det er ingen av disse som har medført en klar utvidelse av klinisk praksis med større selvstendighet for pasienten, bortsett fra jordmødre, helsesykepleiere og anestesisykepleiere som til dels har jobbet relativt selvstendig

(Fagerström, 2019, s. 32). En studie viser at helsesykepleierne er blitt betydningsfulle prevensjonsveiledere for unge kvinner. For jenter i alderen 17 – 18 år er helsesøster dominerende forskriver (Skjeldestad, 2012). Avansert klinisk allmennsykepleie gir økt breddekompetanse og Legeforeningen er positive til det, men på en annen side ønsker de en rolleavklaring, og mener det vil bryte med forsvarlighetskravet hvis AKS skal diagnostisere og behandle tilstander (Legeforeningen, 2016). AKS har med andre ord blitt møtt med både skepsis og entusiasme.

Studier viser at det ikke har vært problemfritt å jobbe som Nurse Practitioner (NP)/Advanced nurse practitioner (ANP) i andre land. Tema som dominerer i litteraturen, er utfordringer ved implementering og rolleavklaring. Integrering av AKS i helsevesenet innebærer at AKS-rollen fremmes ved å ha en intensjon for avdelingen, man vil dermed oppnå aksept og rollen kan nyttes til det beste for pasienten (Sangster-Gormley, 2011).

Noen sykepleieledere er bekymret for at APN/NP blir sett på som billig erstatninger for leger, og dermed mister sykepleieryrket sin karakter. I en studie utført i Storbritannia svarte 98% av 1.200 NP at de så på sykepleieryrket som sitt fag, og kun 8% så på seg selv som mini-leger (Schober, 2016, s. 127-131).

### **3.3 Oppgaveglidning mellom AKS og lege**

Ved introduksjon av masterutdannelsen i AKS, har usikkerhet blant leger dukket opp i mediebildet. Enkelte leger frykter at AKS skal overta legeoppgaver. Kritikken har gått på manglende og uklare grenseoppganger mellom leger og AKSene. Hverken helsemyndighetenes svar eller den pågående debatten har så langt avklart hva den nye spesialiteten innebærer når det kommer til framtidig rolle og ansvar. Oppgaveglidning fra leger til sykepleiere er økende over hele verden. Men forskning på hvordan det utføres er knapp. Det gjøres ulikt, noen har nasjonale føringer og andre har lokale delegasjoner (Maier, C & Aiken, L., 2015). I 2001 ble fastlegeordningen innført i Norge. Hensikten var å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å gi alle som ønsker det én fast lege å forholde seg til (Fastlegeordningen, 2017, §1) Opp gjennom årene har fastlegene blitt pålagt flere oppgaver. I 2019 utarbeidet EY (Ernst & Young), i samarbeid med Vista Analyse en rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet. Rapporten gikk ut på evalueringen av fastlegeordningen. Denne rapporten viste at det er et reelt press på fastlegeordningen, og en av årsakene viser seg å være arbeidspress. Nye oppgaver tillegges fastlegene og det overføres oppgaver fra spesialisthelsetjenesten (EY og Vista Analyse, 2019). Dette understøtter at de er pålagt for mange oppgaver i forhold til antall

pasienter. De kan få avlastning i arbeidsoppgavene ved å finne muligheter til å få overført noen oppgaver til annet helsepersonell. Fastleger i Norge har deltatt i en internasjonal spørreundersøkelse, av Commonwealth Fund, hvor elleve land deltok. De fokuserte på hvordan allmennlegene vurderer helsetjeneste systemet i sitt eget land. Norske leger oppgir at de har mange flere timer pr. uke nå, enn for ti år siden. I snitt arbeider 56 timer pr. uke. Sammenlignet med andre land, benytter de i liten grad helsepersonell med høy utdanning i sin praksis. Eksempelvis oppgir 99% av svenske fastleger at de har sykepleiere i sin praksis, mens 50% av de norske fastlegene svarer det samme. I Sverige og i andre land jobbes det mer tverrfaglig, og det er ikke uvanlig å ha psykolog, farmasøyt, ernæringsfysiolog og sykepleiere i teamet (The Commonwealth fund, 2012). Ifølge Helse - og omsorgsdepartementet, 2015 påpekes behovet for mer primærhelseteam i Norge, slik at oppgavene flyttes mer til andre yrkesgrupper (Helse - og omsorgsdepartementet, 2015, s 50-54). Sandvik et. al. publiserte i 2012 en artikkel i Tidsskrift for den norske legeforening, der de satte søkelys på fastlege og pasienters bruk av legevakt. Artikkelen viser blant annet at det er variasjon av "lekkasje" til legevakt og at fastlegene med fordel kunne hatt bedre tilgjengelighet for akutte henvendelser. I studien til Skogly (2019) ble det registrert at i 2013 var det 6017 pasienter som forlot legevakten før de ble tilsett av lege. Disse hadde varierende hastegrad ut ifra MTS og 80 av disse pasientene ble innskrevet om natten på Allmennlegevakten og triagert med gul hastegrad (anbefalt legekonsultasjon innen én time). Det ble dokumentert samtale med helsepersonell og gjort forundersøkelser utover triageringen hos 61%. De fleste pasientene var i aldersgruppen 20–40 år. Psykisk lidelse og magesmerter var de hyppigste henvendelse årsakene blant pasientene som gikk før konsultasjon. Det er urovekkende at hos en tredjedel av pasientene som forlot legevakten, var det ikke dokumentert om de hadde snakket med noen etter triage. I hennes studie gikk kun to pasienter hjem etter rådføring med sykepleier – det er overraskende få, men dette kan være pasienter med lavere hastegrad. De pasientene med gul hastegrad har et såpass uavklart symptombilde at det er vanskelig for sykepleierne å sende dem hjem. Slik vi ser det er det et gap av kompetanse som må dekkes. «Task shifting» er et viktig virkemiddel for å møte fremtidens personell utfordringer (Nasjonale Helse- og sykehusplan, 2015-16, s 75). «Task shifting» eller oppgaveglidning vil si at man må flytte oppgavene nedover i systemet, slik at oppgavene blir mer effektivt fordelt. Artikkel publisert av Boman et al., 2019, viser at implementering av oppgaveglidning mellom AKS og lege i sykehus forekommer. Samtidig som en overfører oppgaver, er man avhengig av å øke kompetansen til helsepersonellet som skal overta oppgavene.

Helsemyndighetene legger til grunn at det er opp til kommunene hvordan de vil organisere bruken av AKS, så lenge ikke helsepersonelloven ikke brytes (Bordvik, M., 2019). På en annen side er det slik at dersom sykepleier tar selvstendige konsultasjoner uten legens involvering, er man selv juridisk ansvarlig for egne vurderinger og beslutninger, og må sørge for at disse er i tråd med interne retningslinjer (Holm Hansen & Hunskaar, 2016, s. 61). I følge Fagerström, 2019, (s. 122-123) har legene forstått sin plikt og retten til å behandle. For å sikre seg dette har man også vernet om de økonomiske rammene og hierarkiske posisjoner. «*Få sykepleiere ønsker seg makt, men ingen ønsker å være maktesløse*» (Fagerström, 2019, s. 112, 113). Det er et dilemma for AKS, som gjennom sin nye avanserte rolle skal ha mer innflytelse og helhetlig omsorg enn sin tidligere funksjon.

## 4 Metode

I dette kapittelet vil vi presentere vårt valg av metode og hvilket design vi har benyttet. Deretter vil vi presentere prosessen rundt innsamlingen av data og hvordan analysen har blitt gjennomført. Mot slutten av kapittelet vil vi beskrive de etiske overveielserne som ligger til grunn for studien.

Vi har valgt kvantitativ metode for å besvare forskningsspørsmålet. Kvantitativ forskning kommer fra positivismen som er en gammel vestens tenkning fra 1700-tallet, hvor man vil bygge på positiv og sikker kunnskap, og ikke på tradisjon og løse spekulasjoner. Posivismen regner med to kilder til kunnskap; observasjoner og logikk. Observasjoner er den empiriske kunnskapen. Logikk innbefatter også matematikk, derfor kvantifiserer vi våre data og behandler dem statistisk for å kunne trekke slutninger. Metoden må være etterprøvable slik at andre kan gjenta metoden og komme til samme resultat (Thuren, 2009, s.21-26). Data som samles, vil være knyttet til spesifikke variabler, og variablene kommer til uttrykk i tallverdier. Tallmaterialet som er analysert kan beskrives i for eksempel tabeller og figurer (Befring, 2015, s. 39).

### 4.1 Design

Denne studien er en kvantitativ tverrsnittstudie med et komparativt design der tre nyutdannede avanserte kliniske sykepleiere (AKS) ved Drammen legevakt utførte selvstendige pasientkonsultasjoner i en periode fordelt på 5 uker høsten 2019. Etter AKS hadde gjennomført sine pasientkonsultasjoner og skrevet journalnotater, ble disse journalnotatene sammenlignet med legens journalnotat av de samme pasientene.

Tverrsnittstudie er en studie der hensikten er å gi et øyeblikksbilde og beskrive fordelinger og mønster fra et bestemt tidsrom (Tuftes, s.71), (Johannessen, 2016, s. 48). Bruken av tverrsnittstudie ble valgt, da det var en passende metode for å undersøke det vi ønsket i denne studien. Det vil si å vise hvordan situasjonen er her og nå – hvordan AKS utfører konsultasjoner som nyutdannede. Ulempen er at en ikke får vist hvordan eksempelvis kvalitet og faglighet utvikler seg med mengdetrening og erfaring (Thrane, 2018 s.144-147). En tverrsnittstudie kan vanligvis si noe om prevalens eller forekomst, men kan ikke beregne insidens eller si noe om årsaker eller kausalitet. Det er vanlig å undersøke styrke på sammenhenger eller assosiasjoner mellom variabler (Benestad, H. & Laake, P, 2004).

Komparativt design har blitt brukt siden slutten av 1800-tallet i forskningsøyemed for å sammenligne caser innen samfunnsforskning. Der ser man på likheter/ulikheter og gjør slutninger om årsakssammenhenger.

Komparativt - eller sammenlignende design vil si at vi sammenligner og analyserer likheter og/eller ulikheter av to eller flere observerte fenomener. Man kan se på to grunnleggende valg i komparativt design. Skal sammenligningen baseres på likheter eller ulikheter? Skal sammenligningen baseres på variabel eller ulike caser? Caser kan være familier, elever, land og lignende. I vår studie sammenligner vi, og ser på likhetene på to journalnotater fra to typer konsultasjoner, der den ene er utført av sykepleier og den andre er utført av lege. Vi har brukt variabel-perspektivet i analysen og vil se på utfallet av de ulike variabler. Fra historisk perspektiv har man ment at all komparativ makroforskning er dømt til å mislykkes fordi familier, elever og land og lignende ikke kan sammenlignes. Kjernen i enhver komparativ design, er å finne teoretiske interessante egenskaper ved analyseenhetene som kan brukes til å forklare det utfallet som studeres (Ringdal, 2018, s. 172-190).

## **4.2 Populasjon**

Populasjonen i forskningsstudier kan defineres som alle de vi er interessert i å studere, men som er for mange til at det blir håndterbart (Jacobsen, 2005, s. 304-343). I studien vår besto populasjonen av alle pasienter som oppsøkte den aktuelle legevakten på dagtid, de dagene prosjektet pågikk.

## **4.3 Inklusjonskriterier**

Inklusjonskriteriene vi satte tok utgangspunkt i emneplan for AKS utdannelsen. Inkluderte aldersgrupper var personer  $\geq 18$  år og  $\leq 65$  år. Henvendelses årsak som ble inkludert var abdominale symptomer, kardiovaskulære symptomer, nevrovaskulære symptomer, respiratoriske symptomer, muskel- og skjelettskader, samt sår- og kuttskader.

## **4.4 Eksklusjonskriterier**

Barn  $< 18$  år og pasienter med psykiske lidelser ble ekskludert da disse gruppene ikke var en del av emneplanen til AKS utdanningen. Pasienter med akutte, livstruende skader eller symptomer, altså

de med rød og oransje kode i forhold til Manchester Triage System (MTS) ble ekskludert fra studien for å unngå forsinkelse i pasientbehandlingen og for å ivareta pasientsikkerheten.

## 4.5 Utvalg

Studien var basert på journalnotater fra pasientkonsultasjoner, med søkelys på undersøkelser, vurderinger og tiltak. Pasientgrunnet var pasienter som kom fortløpende til legevakten i løpet av de 23 dagene studien pågikk, høsten 2019. Utvalget vårt var alle pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene og som oppsøkte legevakten i de 5 ukene studien foregikk. Diagnosegruppene ble plukket ut på bakgrunn av emneplanene fra MAKS 640 og MAKS 650 AKS-utdanningen (Universitetet i sørøst - Norge, 2020). Antall pasienter som ble konsultert i prosjektperioden var 89. Det var 17 pasienter som ble ekskludert grunnet årsaker som vist under, og antall pasienter som ble inkludert i studien var 72.

## 4.6 Årsak til frafall/eksklusjon

- 3 pasienter ønsket ikke deltagelse i studien.
- 7 pasient hadde gått hjem før legekonsultasjon ble utført uten å oppgi grunn for dette.
- 3 pasienttilstander viste seg å være akutt, og ble derfor overtatt av lege.
- 2 pasienter med øyeplager/fremmedlegeme på øyet ble ekskludert grunnet lavt antall i diagnosegruppen.
- 2 pasienter med traumeskader ble ekskludert grunnet lavt antall i diagnosegruppen.

## 4.7 Datainnsamling

Innsamling av data til studien pågikk ved Drammen legevakt i en periode fordelt på 5 uker høsten 2019. Selvstendige pasientkonsultasjoner ble utført av tre nyutdannede avansert kliniske sykepleiere. Av de tre AKSene var to av dem også forskere i studien. Umiddelbart etter konsultasjonen hos AKS, ble den samme pasienten konsultert av den legen som var på vakt den dagen. Legene var fast ansatt ved Drammen legevakt og alle gav samtykke til å bidra til gjennomføring av studien. Konsultasjonene ble utført på dagtid på hverdager. Hvilken AKS og lege som var på vakt, varierte fra dag til dag. AKS fikk, som legen, eget legekontor og tilgang til nødvendig utstyr for å utføre konsultasjoner. Sykepleierkollegaer ble skriftlig og muntlig informert om prosjektet i forkant (vedlegg nr. 1). Pasienter som oppsøkte legevakten den aktuelle perioden

presenterte årsak til henvendelse, og ble registrert av sykepleier i resepsjon etter vanlig rutine. Videre utførte sykepleierne i legevakta faste prosedyrer knyttet til pasientens henvendelsesårsak, eksempelvis vitale målinger og blodprøvetaking. Diagnosegruppene som tidligere nevnt, var forhåndsdefinert i studien på bakgrunn av emneplanene fra AKS utdanningen. Vi valgte av den grunn å gå bredt ut og med disse forhåndsdefinerte diagnosegruppene, nettopp for å undersøke hvilke pasientgrupper som AKS kunne utføre selvstendige konsultasjoner på. Samtidig erfarer vi at dette er pasientgrupper som hyppig oppsøker legevakt. Vi ønsket både å undersøke mulighetene og begrensningene ved utdannelsen. Ut ifra legevaktens elektronisk timebok, valgte AKSene ut de pasientene som oppfylte inklusjonskriteriene. Disse ble muntlig forespurt om de ønsket å delta i forskningsprosjektet. Pasientene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og frivillighet (Vedlegg 2) og anonymisering. Samtidig fikk de informasjon om at det var AKS sin kompetanse som skulle studeres ved hjelp av journalnotat som ville bli sammenlignet med legens journalnotat i ettertid. Pasientene ble informert om at de etter konsultasjon hos AKS ville få en konsultasjon hos lege, dette for å ivareta pasientsikkerheten, og for å kunne danne grunnlag for sammenligning. Pasientene ble bedt om ikke å dele informasjon fra AKS konsultasjonen med legen, da dette kunne påvirke studiens validitet og reliabilitet. Pasientene som forsto informasjonen og aksepterte deltakelse, signerte på et samtykkeskjema før konsultasjonen startet (Vedlegg 3). Legene jobbet i dokumentasjonsverktøyet CGM (CompuGroup Medical), som er det elektroniske pasientjournal programmet både leger og sykepleiere normalt jobber i ved Drammen legevakt. Legene hadde ikke tilgang til AKS sine pasientjournaler, hverken før eller under egen konsultasjon, da AKS brukte Word for sin dokumentasjon. Umiddelbart etter konsultasjon arkiverte AKS sine journalnotater. Journalnotatene fra både lege og AKS ble arkivert hos daglig leder i låsbart skap, for sikker oppbevaring, for videre bruk i studien. Medisinskfaglig ansvarlig lege og daglig leder, som er sykepleier med masterutdanning, utarbeidet fem vurderingskriterier som lå til grunn for et scorings skjema. Kriteriene i skåringskjema bygger på innholdet i AKS sin emneplan (Universitetet i sørøst - Norge, 2020) som dokumentasjon av utført anamnese, utførelse av kliniske undersøkelser samt vurderinger og tiltak. Vurderingskriteriene ble rangert i fire nivåer etter ordinalskala (Johannessen, 2016, s.255). Nivåene er satt til «i liten grad» (scorer som 1 poeng), «i noe grad» (scorer som 2 poeng), «i stor grad» (scorer som 3 poeng), og «i svært stor grad» (scorer som 4 poeng). Skalaen markerte økende enighet i graden av påstand (Tufte s.38).



### **Vurderingskriterier:**

- 1** Viser AKS i journalnotatene hvilke vurderinger som er gjort?
- 2** Samsvarer AKS sin vurdering med legens vurdering?
- 3** Har AKS kommet med forslag til tiltak i journalnotatet?
- 4** Samsvarer tiltaket foreslått av AKS med legens tiltak?
- 5** Har AKS utført relevant undersøkelse i forhold til pasientens problemstilling?

Hvert kriterium gav max 4 poeng. Oppsummert kunne AKS oppnå en max score på 20 poeng per journalnotat. Når konsultasjonene ble utført, kjente verken AKS eller lege til hvilke kriterier som var lagt til grunn for vurderingene av pasientjournalene. Samsvaret i vurderingene av AKS og legen sine journalnotater ble målt ut fra at lege hadde 20p score på alle journalnotatene, og ble ansett som fasit. Kun AKS sine journalnotat ble vurdert med poengscore.

## **4.8 Analysemetode**

Poengscore for hvert journalnotat ble fastsatt av daglig leder (sykepleier) og medisinsk ansvarlig leder (lege) i samarbeid, og ble lagt inn Microsoft Excel 365. Deretter ble dataene behandlet i dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 24 (Johannessen, 2009). Vi foretok deskriptive analyser i form av frekvensfordeling for å få en oversikt over datamateriale og for å undersøke fordeling av de ulike diagnosene. I tillegg ble det benyttet kryss-tabell-analyse med chikvadrat-test med et signifikansnivå satt til 5% ( $p < 0.05$ ) for å undersøke om det var statistisk signifikant forskjell når det gjaldt grad av samsvar mellom AKS og legen sine journaler i forhold til de ulike diagnosegruppene. Krysstabeller brukes i fremstilling av resultater der de fleste variablene er på nominal eller ordinal nivå. Vi har brukt ordinalnivå på variablene og krysstabellanalyse der styrken i statistisk sammenheng beskrives ved hjelp av prosent samsvar. Hovedformålet er å analysere sammenhengen mellom en avhengig og en eller flere uavhengige variabler (Ringdal, 2016, s 333).

## **4.9 Validitet og reliabilitet**

Reliabilitet eller reproduserbarhet dreier seg om forskningens pålitelighet, og om metoden kan gi det samme resultatet ved gjentatte målinger blant de samme personene og under de samme

forholdene (Polit & Beck, 2017, s.742). Vår studie kunne latt seg gjennomføre etter den samme metoden og med samme målinger og skåringer og i tillegg samme sykepleiere og lege. Derimot ville pasientene ikke ha vært de samme eller ha de samme symptomene, derfor vil vi ikke kunne si at vår studie har høy reliabilitet på alle punkter siden de ikke oppfyller alle kravene til høy reliabilitet. Validitet er en måling av gyldighet, som uttrykker i hvilken grad en metode kan måle det metoden er ment å skulle måle, også kalt intern validitet (Pripp, 2018). Det er tre hovedpunkter som er aktuelle for vurdering av validitet i gjennomføringen i vår studie. Punkt 1 er om vurderingsskalaen, eller instrumentet, har høy validitet i seg selv. Altså utarbeidelsen av de fem vurderingskriteriene og de fire ordinal-graderingene. Punkt 2 kan være om pasientene var påvirket av at de var deltakere i studien, ved at de enten underkjente eller vektla symptomer høyere enn de egentlig var, enten i AKS konsultasjonen eller lege konsultasjonene hvor man kan dra linjer mot Hawthorne effekten eller «eager-to-please». Hawthorne effekten kalles også for kontrolleffekt, hvor den som blir studert er vel vitende om dette, og kan påvirke resultatet ubevisst. (Ringdal, 2018, s.139). Pasientenes deltakelse i studien kan ha påvirket svar som ble gitt til sykepleier eller lege, men man kan anta at dersom symptomer ble underkjent eller overdrevent ble de det i begge konsultasjonene, men denne faktoren kan ha påvirket pasientenes «eager to please» og svekket dette validerings punktet. I vår studie var det en uavhengig sykepleier og en lege som vurderte scoringen sammen, og ikke hver for seg. Dette kan ha styrket valideringen av scoringen i studien. Studien vår er gjennomført i henhold til valgt metode og har gitt svar på den problemstillingen som var presentert. Det 3. punktet som er aktuelt for validitet, er skåringen på vurderingsskalaen som ble brukt. Nærmere bestemt om vurderingsskalaen ble riktig brukt i vurderingen av pasientjournalene. Vurderingsskalaen som ble benyttet i vår studie var utarbeidet på bakgrunn av problemstillingen vår og var i tråd med det vi ønsket å undersøke så vi må anta at validiteten av punkt en var ivaretatt.

Ytre validitet som også kalles representativitet vil si i hvilken grad resultatene fra studien kan overføres til resten av populasjonen (Pripp, H.A, 2018). Vårt utvalg gjaldt kun noen få pasienter i en legevakt. For at dette skulle være representativt måtte man enten ha et representativt utvalg av alle pasienter i hele legevakt - Norge ved trekke et tilfeldig utvalg av pasienter fra hele Norges legevakter, eller undersøke alle pasienter i et gitt tidsrom i alle norske legevakter der det jobbet AKSer. Muligheten for generalisering av studien er på bakgrunn av det nevnte ikke mulig. Samtidig er det en førstegangs studie, en slags pilotstudie som nok gir begrenset, men viktig kunnskap for senere studier.

## 4.10 Forskningsetiske overveielser

Vi har gjennom hele studien hatt søkelys på å gjennomføre studien etter de etiske retningslinjene innenfor forskning. Forskningsetikk er grunnleggende moralske normer for vitenskapelig praksis (Ringdal, 2018, s.57-58). Forskningsetikkloven (2017) bekrefter forskerens aktsomhetsplikt. Denne loven fremmer at all forskning vil foregå i tråd med anerkjente etiske normer. Det skal arbeides ut fra grunnleggende respekt for menneskeverdet. Det vil sikre dem som deltar frihet, selvbestemmelse og beskyttelse mot skade (Ringdal, 2018, s.60). Vi ønsket at kollegaene skulle se verdien av denne studien og være kjent med at AKSene kom til å jobbe noe annerledes enn vanlig under studien, noe som også ville påvirke alles hverdag. Det var viktig for oss at kollegaene på legevakten fikk muntlig og skriftlig informasjon, og mulighet til å ta kontakt for spørsmål (Vedlegg 1). Pasientene som er involvert i vår studie ble også godt informert, både muntlig og skriftlig (Vedlegg 2 & 3). Vi la vekt på at deltakelse var frivillig, og at ingen måtte føle seg presset til å delta. Forespørselen ble rettet til pasientene før de kom inn på kontoret til AKS. Samtidig opplever vi at inkluderingskriteriene (jmf 4.2.1, s 18) vi valgte, bidro til å sikre at de som deltok var kompetente og forstod hensikten i prosjektet (Ringdal, 2018 s.61). Forskeren har ansvar for å unngå at forskningsdeltakerne blir utsatt for alvorlig fysisk skade eller urimelige belastninger som følge av forskningen (Ringdal, 2018, s.62). Vi tilstrebet at pasientene fikk umiddelbar legekonsultasjon etter AKS konsultasjon, for at ikke pasientene skulle oppleve unødig tidsbruk og belastning, ved at de takket ja til prosjektdeltakelse. Alle personopplysninger skal aidentifiseres (Ringdal, 2018, s.62). I vår studie innebar det å anonymisere journalnotatene fra lege og sykepleier. De anonymiserte journalnotatene i vår studie ble lagt i et låsbart skap på kontoret hos daglig leder på legevakten, og de vil bli makulert etter avsluttet studie. Helseforskningsloven § 9, gir pålegg om å søke forhåndsgodkjenning før en går i gang med et forskningsprosjekt. Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) er kontrollorganet som sikrer at prosjekter ivaretar personopplysninger på en forsvarlig måte. I vår studie kommer det ikke frem informasjon som kan gi mulighet for identifisering av enkeltindivider i datamaterialet. Til tross for dette sendte vi en søknad til NSD, slik at prosjektet ble registrert med tanke på eventuell videre bruk og forskning rundt emnet (Vedlegg 4). Plagiering innebærer bruk av uærlighet i forskning ved for eksempel å forfalske og fabrikere data og ikke oppgi kilder (Vinter, T. 2016). Dette er et alvorlig brudd på anerkjente forskningsetiske normer. I vår studie er kilder oppriktig ivaretatt og behandlet uten strid med forskningsetiske normer. All litteratur vi har brukt er henvist til i tekst og i litteraturliste og kan derfor etterprøves. Vi har fremmet anerkjennelse til de som har bidratt til vår forskning. Vi har holdt oss nøyaktig i

kildehenvisningen og brukt APA 6 i tråd med malen for masteroppgaver ved Universitetet i Sørøst-Norge.

## 5 Resultater

Vi vil i dette kapitlet presentere sentrale funn ut fra innhentede data. Som nevnt i metodedelen ble journalnotat fra konsultasjonene bedømt av medisinsk ansvarlig lege og daglig leder som er sykepleier med mastergrad. Dataene ble gradert i ordinalnivå; «I liten grad», «I noen grad», «I stor grad» og «I svært stor grad» sett i forhold til hver av diagnosegruppene. Det ble under bedømmelse av AKS sine journalnotat satt en poengscore, og denne scoren ble gjort om til prosentvise tall. Vi har valgt en sammenslåing av kolonnene «I liten grad» og «I noen grad» til en kategori, samt «I stor grad» og «I svært stor grad» til en. Vi har markert med fargeforskjell i tabellene for å fremheve sammenslåingen, da dette var mest hensiktsmessig for å lese resultatene.

Vurderingskriteriene som AKS ble skåret etter, er satt som overskrifter for tabellene. Tabellene viser både antall konsultasjoner (n) og prosentcore (%) sett i forhold til de aktuelle diagnosegruppene. Nederst i tabellen vises totalen for hver kolonne og den aktuelle p-verdien.

### 5.1 Antall pasientkonsultasjoner fordelt på diagnosegrupper

Tabell 1

| Diagnosegrupper             | Antall pasienter |
|-----------------------------|------------------|
| 1 Magesmerter               | 15               |
| 2 Muskel- og skjelettskader | 24               |
| 3 Øvre luftveisinfeksjoner  | 23               |
| 4 Sår og kuttskader         | 6                |
| 5 Hodepine                  | 4                |
| Total                       | 72               |

Totalt gjennomførte vi 89 konsultasjoner. Av disse ble 72 konsultasjoner inkludert i studien. De høyest representerte diagnosegruppene var skjelettskade (n=24) og øvre luftveisplager (n=23).

## 5.2 I hvilken grad viser AKS i sitt journalnotat hvilke vurderinger som er gjort?

Tabell 2

| Diagnose                  | I liten grad |     | I noen grad |      | I stor grad |      | I svært stor grad |      | Totalt |     | P-verdi |
|---------------------------|--------------|-----|-------------|------|-------------|------|-------------------|------|--------|-----|---------|
|                           | n            | %   | n           | %    | n           | %    | n                 | %    | n      | %   |         |
| Magesmerter               | 0            | 0,0 | 8           | 53,3 | 2           | 13,3 | 5                 | 33,3 | 15     | 100 | 0,035   |
| Muskel- og skjelettskader | 0            | 0,0 | 2           | 8,3  | 6           | 25,0 | 16                | 66,7 | 24     | 100 |         |
| Øvre luftveisinfeksjoner  | 0            | 0,0 | 5           | 21,7 | 8           | 34,8 | 10                | 43,5 | 23     | 100 |         |
| Sår og kuttskader         | 0            | 0,0 | 0           | 0,0  | 1           | 16,7 | 5                 | 83,3 | 6      | 100 |         |
| Hodepine                  | 0            | 0,0 | 1           | 25   | 0           | 0,0  | 3                 | 75   | 4      | 100 |         |
| <b>Totalt</b>             | 0            | 0,0 | 16          | 22,2 | 17          | 23,6 | 39                | 54,2 | 72     | 100 |         |

Journalnotater som ligger til grunn for tabellene har alle blitt vurdert og sett i samsvar med legenotatene, av lege som er medisinsk faglig ansvarlig og sykepleier som er daglig leder, begge ansatt ved Drammen legevakt

Tabell 2 viser statistisk signifikant ( $p=0,04$ ), ved at AKS viser hvilken vurdering som er gjort, i sine journalnotat for de ulike diagnosegruppene. Høyest score for å vise vurderinger i journalnotatene er diagnosegruppen «sår og kuttskader», der 100% er i kategorien «i stor - og i svært stor grad». Like etter følger diagnosegruppen «muskel- og skjelettskader» med 92% i nevnte kategori. Lavest ligger diagnosegruppen «magesmerter» der bare 47% ble vurdert til «i stor- og i svært stor grad».

### 5.3 I hvilken grad samsvarer AKS sin pasientvurdering med legens pasientvurdering?

Tabell 3

| Diagnose                  | I liten grad |      | I noen grad |      | I stor grad |      | I svært stor grad |      | Totalt |     | P-verdi |
|---------------------------|--------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------------|------|--------|-----|---------|
|                           | n            | %    | n           | %    | n           | %    | n                 | %    | n      | %   |         |
| Magesmerter               | 2            | 13,3 | 8           | 53,3 | 3           | 20,0 | 2                 | 13,3 | 15     | 100 |         |
| Muskel- og skjelettskader | 1            | 4,2  | 9           | 37,5 | 7           | 29,2 | 7                 | 29,2 | 24     | 100 |         |
| Øvre luftveisinfeksjoner  | 2            | 8,7  | 9           | 39,1 | 7           | 30,4 | 5                 | 21,7 | 23     | 100 |         |
| Sår og kuttskader         | 0            | 0,0  | 0           | 0,0  | 3           | 50,0 | 3                 | 50,0 | 6      | 100 |         |
| Hodepine                  | 0            | 0,0  | 2           | 50,0 | 2           | 50,0 | 0                 | 0,0  | 4      | 100 |         |
| <b>Totalt</b>             | 5            | 6,9  | 28          | 38,9 | 22          | 30,6 | 17                | 23,6 | 72     | 100 |         |

Journalnotater som ligger til grunn for tabellene har alle blitt vurdert og sett i samsvar med legenotatene, av lege som er medisinsk faglig ansvarlig og sykepleier som er daglig leder, begge ansatt ved Drammen legevakt

Tabell 3 viser ingen statistisk signifikant ved testing av samsvar mellom de ulike diagnosegruppene ( $p=0,09$ ). Resultatet kan dermed antas å skyldes tilfeldige variasjoner. Totalt var scoren i kategorien «i stor - og i svært stor grad» på 54% ut fra vurdering på samsvar mellom AKS sin pasientvurdering og legens pasientvurdering i journalnotatene.

## 5.4 I hvilken grad har AKS kommet med forslag til tiltak?

Tabell 4

| Diagnose                  | I liten grad |            | I noen grad |             | I stor grad |             | I svært stor grad |             | Totalt    |            | P-verdi |
|---------------------------|--------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|-------------|-----------|------------|---------|
|                           | n            | %          | n           | %           | n           | %           | n                 | %           | n         | %          |         |
| Magesmerter               | 0            | 0,0        | 3           | 20,0        | 7           | 46,7        | 5                 | 33,3        | 15        | 100        |         |
| Muskel- og skjelettskader | 1            | 4,2        | 4           | 16,7        | 5           | 20,8        | 14                | 58,3        | 24        | 100        |         |
| Øvre luftveisinfeksjoner  | 0            | 0,0        | 6           | 26,1        | 10          | 43,5        | 7                 | 30,4        | 23        | 100        |         |
| Sår og kuttskader         | 0            | 0,0        | 1           | 16,7        | 1           | 16,7        | 4                 | 66,7        | 6         | 100        |         |
| Hodepine                  | 0            | 0,0        | 0           | 0,0         | 2           | 50,0        | 2                 | 50,0        | 4         | 100        |         |
| <b>Totalt</b>             | <b>1</b>     | <b>1,4</b> | <b>14</b>   | <b>19,4</b> | <b>25</b>   | <b>34,7</b> | <b>32</b>         | <b>44,4</b> | <b>72</b> | <b>100</b> |         |

Journalnotater som ligger til grunn for tabellene har alle blitt vurdert og sett i samsvar med legenotatene, av lege som er medisinsk faglig ansvarlig og sykepleier som er daglig leder, begge ansatt ved Drammen legevakt

Tabell 4 viser ikke statistisk signifikans i grad av forslag mellom diagnosegruppene ( $p=0,63$ ).

Totalen for alle diagnosegruppene viser at AKS «i stor - og i svært stor grad» har kommet med tiltak i 79% av journalnotatene.



## 5.5 I hvilken grad samsvarer tiltaket foreslått av AKS med legens forslag til tiltak?

Tabell 5.

| Diagnose                  | I liten grad |             | I noen grad |             | I stor grad |             | I svært stor grad |             | Totalt    |            | P-verdi |
|---------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|-------------|-----------|------------|---------|
|                           | n            | %           | n           | %           | n           | %           | n                 | %           | n         | %          |         |
| Magesmerter               | 4            | 26,7        | 3           | 20,0        | 5           | 33,3        | 3                 | 20,0        | 15        | 100        |         |
| Muskel- og skjelettskader | 5            | 20,8        | 6           | 25,0        | 4           | 16,7        | 9                 | 37,5        | 24        | 100        |         |
| Øvre luftveisinfeksjoner  | 3            | 13,0        | 9           | 39,1        | 5           | 21,7        | 6                 | 26,1        | 23        | 100        |         |
| Sår og kuttskader         | 1            | 16,7        | 1           | 16,7        | 1           | 16,7        | 3                 | 50,0        | 6         | 100        |         |
| Hodepine                  | 0            | 0,0         | 1           | 25,0        | 2           | 50,0        | 1                 | 25,0        | 4         | 100        |         |
| <b>Totalt</b>             | <b>13</b>    | <b>18,1</b> | <b>20</b>   | <b>27,8</b> | <b>17</b>   | <b>23,6</b> | <b>22</b>         | <b>30,6</b> | <b>72</b> | <b>100</b> |         |

Journalnotater som ligger til grunn for tabellene har alle blitt vurdert og sett i samsvar med legenotatene, av lege som er medisinsk faglig ansvarlig og sykepleier som er daglig leder, begge ansatt ved Drammen legevakt

Ved testing av samsvar score mellom de ulike diagnosegruppene fant vi ingen statistiske signifikante forskjeller ( $p=0.80$ ) Totalt viser AKS 54% score «i stor - og i svært stor grad» når det gjelder samsvar mellom AKS sine tiltak og legens tiltak i journalnotatene.

## 5.6 I hvilken grad samsvarer tiltaket foreslått av AKS med legens forslag til tiltak?

Tabell 6.

| Diagnose                  | I liten grad |      | I noen grad |      | I stor grad |      | I svært stor grad |      | Totalt |     | P-verdi |
|---------------------------|--------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------------|------|--------|-----|---------|
|                           | n            | %    | n           | %    | n           | %    | n                 | %    | n      | %   |         |
| Magesmerter               | 1            | 6,7  | 6           | 40,0 | 4           | 26,7 | 4                 | 26,7 | 15     | 100 |         |
| Muskel- og skjelettskader | 1            | 4,2  | 6           | 25,0 | 3           | 12,5 | 14                | 58,3 | 24     | 100 |         |
| Øvre luftveisinfeksjoner  | 1            | 4,3  | 5           | 21,7 | 8           | 34,8 | 9                 | 39,1 | 23     | 100 |         |
| Sår og kuttskader         | 0            | 0,0  | 0           | 0,0  | 1           | 16,7 | 5                 | 83,3 | 6      | 100 |         |
| Hodepine                  | 1            | 25,0 | 3           | 75,0 | 0           | 0,0  | 0                 | 0,0  | 4      | 100 |         |
| <b>Totalt</b>             | 4            | 5,6  | 20          | 27,8 | 16          | 22,2 | 32                | 44,4 | 72     | 100 |         |

Journalnotater som ligger til grunn for tabellene har alle blitt vurdert og sett i samsvar med legenotatene, av lege som er medisinsk faglig ansvarlig og sykepleier som er daglig leder, begge ansatt ved Drammen legevakt

Tabell 6 viser ingen statistisk signifikans ( $p=0.09$ ) i grad av relevante vurderinger mellom de ulike diagnosegruppene. Totalt viser AKS 67% score i kategorien «i stor - og i svært stor grad» når det gjelder å vise relevant undersøkelse i forhold til problemstillingen.

## 6 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi se på årsaker og sammenhenger bak tallene i resultatdelen. Vi vil starte med å se på om hvordan en nyutdannet AKS journalfører relevante undersøkelser ut fra den av de frem diagnosegruppene pasienten presenterer. Vi vil se på samsvar på hvordan AKS og lege journalfører vurdering og tiltak innen de ulike diagnosegruppene. Deretter vil vi trekke frem noen eksempler på diagnosegrupper som utmerker seg i studien. Vi trekker frem og diskuterer de resultatene som overrasket oss, og hva årsaken til dette kan være. Underveis vil vi se på sammenhenger mellom våre resultater og lignende undersøkelser i andre land og på diagnosegrupper som fremstår som egnet til at AKS kan ivareta selvstendig ved legevakt og hvilke grupper som krever et samarbeid mellom AKS og lege.

### 6.1 Relevante undersøkelser

Vi vil her diskutere hvordan AKS viser kompetanse til å utføre relevante undersøkelser innen de ulike diagnosegrupper i journalnotatet. Vi vil se nærmere på to diagnosegrupper som utmerket seg i resultatene og diskutere årsaker til at resultatene ble som de ble. Systematisk anamneseopptak og kliniske undersøkelser (OSCE), er et omfattende fag i AKS utdannelsen (Universitetet i sørøst - Norge, 2020) Faget gir både teoretisk og praktisk undervisning, og avsluttes med praktisk eksamen (Fagerström, 2019, s.235-248). Denne kompetansen er også definert i Helsedirektoratet som et mål etter endt utdanning (Helsedirektoratet, 2017). Ved konsultasjon av en pasient er det viktig å utføre en grundig anamnese og de nødvendige systematiske kliniske undersøkelsene. Systematikken beskrives detaljert i lærebøkene Klinikkbogen (Bartholdy, K., & Kallesøe, J., 2016), Turnuslegeboka (Aabakken, L., Bendz, B., 2016) og Physical examination & health assessment (Jarvis, C. 2016). I studiens resultatdel viser tabell 6, at AKS i varierende grad beskrev relevante undersøkelser sett i forhold til pasientens henvendelse årsak, i journal fra konsultasjonene. Under diagnosegruppen «sår og kuttskader» blir journalnotatene til AKS scoret til 100% i kategorien «i stor - og svært stor grad» når det gjelder relevant undersøkelse i forhold til problemstilling. Ingen av journalnotatene ble scoret i kategoriene «i liten - og i noen grad». Når vi ser på diagnosegruppen «hodepine» var funnet motsatt, der ingen av konsultasjonene fikk score på kategorien «i stor - og svært stor grad». Her var det 100% under kategorien «i liten - og i noen grad». Disse diagnosegruppene hadde et lite antall

inkluderte pasienter, men antallet er tilnærmet likt, henholdsvis 6 i gruppen «sår og kuttskader» og 4 i gruppen «hodepine». Forskjellene på scoring innen disse diagnosegruppene kan antas å skyldes flere årsaker. Erfaringsmessig er sykepleiere kjent med sårbehandling, da dette er en oppgave som ofte er tillagt sykepleier. Dette kan ha hatt positiv innvirkning på resultatet. Samtidig forventes det av en AKS at det gjøres vurderinger ut over det en sykepleier gjør. Dette må gjenspeile seg i dokumentasjonen. Vurderingene skal være basert på kunnskap og beskrives systematisk i journalnotatet. Vi finner det overraskende at pasient kategorien «hodepine» scorer 100% på «i liten grad» og «i noen grad». Vi vil definere diagnosegruppen «hodepine» som kompleks. Dette baserer vi på at det kan være mange årsaker til hodepine som for eksempel muskelspenninger eller vaskulære grunner. Derfor vil undersøkelsene variere innenfor denne gruppen ut fra anamnese og videre funn. På tre av fire konsultasjoner i diagnosegruppen «hodepine» er det beskrevet, av de som scoret journalnotatene, at AKS hadde overdrevet undersøkelse, og ble av den grunn trukket i poeng. Vi spør oss om dette ble en rettferdig bedømmelse av AKS sin evne til relevant undersøkelse, da vi mener det ikke nødvendigvis er negativt å gjøre utvidede undersøkelser. På en annen side ser vi at dersom undersøkelsene blir for mange, kan dette medføre forsinkelse i behandling og belastning for pasienten. Samtidig vil vi presisere at AKS noviser i sin nye rolle, og etter vår oppfatning bør grundige undersøkelser heller ses som en fordel, enn som en ulempe. Dermed kan man unngå at symptomer blir oversett av den uerfarne AKS. Ser man totalt for alle diagnosegruppene på hvordan AKS scoret i utførelse av relevante undersøkelser, ligger scoren på 67% i kategorien «i stor – og i svært stor grad» (Tabell 6). Vi forventet at AKS skulle ha høyere scoretotalt på relevante systematiske kliniske undersøkelser, da de som tidligere nevnt har bestått to praktiske eksamener i emnet. Vi registrerer at det er diagnosegruppen «hodepine» som trekker ned totalscore. Tross det, mener vi ut fra resultatene totalt sett, at AKS innehar kompetanse til å utføre og journalføre relevante undersøkelser.

## 6.2 Vurderinger og tiltak

I dette kapittelet vil vi diskutere resultater fra studien som omfatter AKS sine selvstendige vurderinger og tiltak, samt om de samsvarer med vurderinger og tiltak gjort av lege. Resultatdelen er satt opp med tabeller der vi presenterer AKS sine vurderinger (Tabell 2) og tiltak (Tabell 4). Videre i resultatdelen finnes tabeller som omtaler i hvilken grad AKS har samsvar med legen sine vurderinger og tiltak (Tabell 3 og Tabell 5). Vi velger å diskutere tabellene sammen i dette kapittelet, da refleksjonene krysser mellom de alle tabellene.

Ordet «vurdering» dreier seg hovedsakelig om bedømmelse eller skjønn (Fagerström, s.237, 2019). Iverksetting av tiltak bygger på vurderingene som gjøres i konsultasjonen. Tiltak kan være alt fra henvisning til røntgen, sykehusinnleggelse, medisiner i legevakt eller hjemme og veiledende samtale.

AKS viser samlet sett 78% i kategorien «i stor eller svært stor grad» at de viser vurderinger som er gjort i sine journalnotat (Tabell 2). Totalen for alle diagnosegruppene viser at AKS «i stor og i svært stor grad» har kommet med tiltak i 79% av journalnotatene (Tabell 4). Det er tilnærmet likhet i prosent score totalt for diagnosegruppene når det kommer til om AKS har kommet med vurderinger og tiltak i journalene. Prosenten er etter vår mening høy, når den ligger på 78-79%. Som vi tidligere nevnte dreier vurderinger seg om bedømmelse og skjønn, så muligheten for 100% score ansees ikke som realistisk, spesielt ikke i denne studien da det ikke foreligger en definert og etterprøvable fasit (jmf 5.11.3 metoderefleksjon). Dette spesifiserer også bakdelen ved komparativt design i under kap. 4.1. Det kan aldri bli helt likt. Przeworski og Teunes mener at sammenliknbarhet ikke er egenskaper ved enheter, men et analytisk spørsmål. «Epler og pærer ser ut til å være ulike, inntil vi ser dem som frukter» (Ringdal 2016, s. 185). AKS og legen har ulike utdanningsløp og profesjoner, men kan samtidig utføre samme oppgaver. Ut fra den nevnte scoren velger vi å tolke at AKS scorer i øvre del av skalaen med tanke på deres kompetanse i å komme med vurderinger og tiltak i journalen. Dette viser at AKS gjør autonome vurderinger og tør å beskrive tiltak ut fra dette, til tross for uerfarenhet i rollen og dermed mindre samsvar med legen på tiltakene. Alle vurderingene var gjort uten mulighet for å diskutere med en kollega eller legen, metoden i studien la opp til at alle konsultasjoner skulle gjøres uten hjelp. I en normal situasjon vil en trolig bruke muligheten til å konferere, slik legen i større grad gjør vanligvis – og som legen hadde muligheter for selv under studien. Muligheten til å konferere kan tenkes å ha påvirket resultatene.

## **6.3 Diagnosegrupper sett individuelt**

### **6.3.1 Muskel - og skjelettskader**

Vurderinger av «muskel - og skjelettskader» gav AKS en score på 92% i kategorien «i stor – og i svært stor grad». Sammen med scoren 71% i samme kategori, når det kommer til relevant undersøkelse i forhold til problemstilling, gjør at vi betrakter «muskel - og skjelettskader» til en aktuell oppgave for AKS i legevakt. Det som er overraskende for oss er samsvaret mellom AKS og lege sine tiltak. AKS får 80% score i kategorien «i stor – og i svært stor grad» i forslag til tiltak, men på samsvar med legens

tiltak scorer AKS kun 54% i samme kategori. Noe av forklaringen til variasjon i score kan tillegges at man har tilsett mange varianter av «muskel - og skjelettskader». De mer sentrale muskel og skjelett plagene er omfattende, gjerne langvarige plager som trenger utredninger videre. Som ved andre diagnosegrupper, er AKS enda i en begynnerfase og kan bli for utfordret med sammensatte tilstander. Fra dette kan en tolke at AKS bør starte med definerte perifere «muskel – og skjelettskader» som ankelsmerter samt hånd og arm skader. Dette for å opparbeide seg erfaring og kompetanse. Samtidig er det viktig at AKS ikke stagnerer i utviklingen og fortsetter å være søkende etter ny læring.

En studie av Boman et al, (2019) ble utført ved akuttmottaket, Drammen sykehus. Denne studien hadde som mål å evaluere implementeringen av AKS i akuttmottaket, der AKS har hatt selvstendige oppgaver som behandling av definerte ortopediske pasienter og hofteblokkade på pasienter med traumatiske hoftesmerter. Oppgavene til AKS ved akuttmottaket Drammen ble definert etter at de fikk en leder som var interessert å bruke ressursene der de behøves mest. Han ønsket å bruke ortopedene til å operere, og så da et behov hvor AKSene kunne ta hånd om mindre ortopediske skader og sårskader (Fonn, 2016). Forankring i ledelsen gjør det lettere å få lokale tilpasninger i påvente av myndighetenes definerings av ansvarsområder og rettigheter. Når vi nevner rettigheter, tenker vi på muligheten til å kunne forskrive enkelte medikamenter og henvisningsmulighet til spesialist. For at man skal kunne jobbe selvstendig, mener vi det innebærer å ha muligheten til å gi noe medikamentell behandling og til både konferering- og henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten. I forhold til diagnosegruppen «muskel - og skjelettskader» sees det ofte at pasientene er i behov for smertelindring, eller at de trenger et røntgenbilde som oftest tas på røntgenavdelingen på sykehuset. I Storbritannia er det ikke uvanlig med «Minor injury unit» (MIU) som ligger utenfor sykehuset. Disse klinikkene er forbeholdt pasienter med småskader, herunder muskel- og skjelettplager som forstuvninger eller brudd. Vanligvis er MIU drevet av Nurse Practitioners uten at det er lege til stede, og en kan møte opp uten timeavtale (MyHealthLondon, 2020). I 2014 ble det foretatt en evaluering av kvaliteten som NP utøver til pasienter i en MIU for lettere skader på landsbygda. Studien er en deskriptiv studie og som satte søkelys på tre områder, deriblant kvaliteten på tjenestene til pasientene. Studien viser at pasienten følte de fikk tilstrekkelig tid i konsultasjonen, fikk god informasjon og høy kvalitet på tjenestene (McDevitt & Melby, 2014). Som en del av praksisen under AKS studiet, våren 2019, hadde den ene av forskerne i studien en studiereise til Glasgow, Skottland. Her fikk hun hospitere på en MIU ved The New Victoria Hospital og vi ser det passende å komme med noen erfaringer fra den praksisen. Dette er en småskade klinikk

drevet av og med nurse practitioners. MIU tar imot sårskader, brannskader, bitt og stikk, mindre brudd og forstuvninger samt neseskader. NP som er ansatt der kan henvise til røntgenavdelingen på sykehuset. Pasientene kommer tilbake til MIU etter at bildene er tatt, og NP tolker bildene selv. Det ble gipset ved behov i klinikken, ellers ble det brukt en del skinner ved mindre brudd og brist skader. NP har en metodebok med prosedyrer som de måtte forholde seg til. Eksempelvis hadde de delegasjon på enkelte smertestillende medisiner og antibiotika. De hadde skjema over undersøkelse av eksempelvis ankler og knær og informasjonsskjema med hjemmeøvelser, som de leverte med pasientene ved for eksempel forstuet ankel. Dersom det kom inn skader de ikke føler seg kompetente til å behandle på stedet, har de direktelinje for konferering med lege på The Queen Elizabeth University Hospital. MIU fungerte på mange måter som en legevakt, og det kunne komme pasienter med sykdom som allergiske reaksjoner. Dette skulle ikke behandles ved MIU, men de tok nødvendige tiltak som stabilisering i påvente av ambulansen. Til tross for at det var en hospiteringspraksis fikk den hospiterende AKSen prøve om kunnskapen fra utdannelsen i Norge holdt mål i Skottland. Å erfare at en benytter samme systematikk og at en kan utføre konsultasjoner som AKS utover landegrensene var en god opplevelse. Det var spennende og inspirerende å få hospitere ved en veldrevet klinikk, en kjærkommen erfaring som vil komme til nytte i planleggingen av AKS i legevakt.

«Muskel – og skjelettskader» er en diagnosegruppe vi har brukt i studien, og tidligere forskning vurderer til å være en av oppgavene AKS kan utføre selvstendig på legevakt, og fortrinnsvis med delegert rettighet på medikamenter en benytter til denne diagnosegruppen og henvisningsrett på plass.

### 6.3.2 Sår - og kuttskader

Sårskader er ut fra resultater i vår studie en diagnosegruppe der AKS får høy prosent score i kategorien i «stor grad og i svært stor grad» (Tabell 2-6). Hvis en ser på forskning fra sammenlignbare land som Storbritannia finner en bl.a en artikkel der forskerne har sammenlignet journaler fra 704 NP og 749 junior doctors (turnuslege) ved en A&E (accident & emergency) avdeling. Resultatet antyder at NP som er opplært og som jobber etter satte retningslinjer kan ivareta pasienter på lik linje, og noen ganger bedre enn en turnuslege (Sakr et al, 1999). Uten direkte sammenligning for øvrig, viser studien fra UK samme tendens som vår begrensede studie en tendens til at AKS er i stand til å ivareta pasienter i diagnosegruppene småskader som «sår- og

kuttskader» og «muskel – og skjelettskader», men at det på samme tid må settes ned retningslinjer slik at AKS starter på et nivå de kan håndtere og bygge videre på det ettersom de tilegner seg erfaring og kompetanse. Sår og kuttskader er en diagnosegruppe som er noe annerledes enn de medisinske diagnosene som øvre luftveisinfeksjoner og magesmerter. Dette er som oftest en konkret, og let synlig tilstand. Til tross for dette er det viktig å vurdere helheten, da virkningsmekanismene som har forårsaket skaden kan være så mangt, og den vil ha konsekvens for behandlingen. At AKS scorer høyt på denne pasientgruppen ser vi ikke som overraskende, vi ser resultatet heller mer som forventet. Sårbehandling, spesielt med fokus på de kroniske sårene, har lenge vært sykepleiernes domene selv om det ikke har stor plass i sykepleierutdanningen. Normalt sett er det i helsevesenet en arbeidslinje der en sender skader eller medisinske tilstander videre, til de med den beste kompetansen. Når der gjelder sår, oppleves det ikke alltid slik og dette kan tenkes å bygge på legenes interesse for sår (Bjørnhaug Johansen, 2019, s.8- 9). Utdanning for sårsykepleiere finnes i Haugesund og Drammen og ble opprettet i 2008. Frem til 2017 var det 663 utdannede sårsykepleiere i Norge (Hofstad, s,11). I vår studie var det begrenset med antall konsultasjoner i diagnosegruppen sår – og kuttskader. Vi kan anta at det av de seks konsultasjonene er størst hyppighet av akutte sårskader som trenger suturer, men vi kan ikke se bort ifra at det kan ha vært brannsåre eller sår som har fått infeksjon representert. Den mer akutte sårskaden, såret som er tilkommet etter at skarp gjenstand har skjært gjennom huden eller en kontusjonsskade der huden er sprukket, må vurderes strukturert gjennom anamnese, undersøkelse og funn. I studien scorer AKS 100% i «stor – eller svært stor grad» ved å vise vurderingene sine i journalnotatene. Å vurdere et sår innebærer blant annet hudstatus, dybdevurdering, nevrologisk status og behovet for behandling inklusive lokal anestesi ved eventuell suturering. Samtidig må en ta stilling til pasientens vaksinestatus, eventuelle behov for revaksinering og profylaktisk antibiotika behandling (Oslo skadelegevakt, 2020). Vi ser at AKS samsvarer 100% i kategorien «i stor grad – eller svært stor grad» med legens vurderinger. Dette antyder at AKS og lege forholder seg til samme vurderingsprinsipper og at det dokumenteres godt i journaler. Ser man videre på tiltakene som noteres etter at vurderingene er gjort, viser AKS dette med en score på 83%, noe som vi anser som en høy score. Det er da noe overraskende å se en score i kategorien samsvar mellom AKS og lege sine tiltak på 67% «i stor grad – eller svært stor grad». Dette er noe vi ser med undring på, men samtidig er det mange tiltak som kan iverksettes eller ikke basert på vurderingene. Vi mener dette kan ha sammenheng med at legens mulighet for iverksetting av tiltak er bredere enn AKS. Legen har en selvstendig mulighet til å foreskrive medisiner og henvise til spesialisthelsetjenesten, noe som kan



påvirke AKS til å tenke alternative metoder for behandling i stedet for medikamentell. Samtidig kan det antas at legen vil, på bakgrunn av erfaring og trygghet behandle større og mer omfattende skader i legevakt enn en nyutdannet AKS. Helhetsbildet av studien ved denne diagnosegruppen tilsier etter vår mening at AKS er kompetent til å håndtere denne gruppen. Mengdetrening og dermed erfaring, samtidig som at det tilrettelegges for konferering - og henvisningsmuligheter, vil etter vår mening gjøre at AKS kan håndtere denne gruppen pasienter på en trygg og faglig forsvarlig måte i legevakt.

### 6.3.3 Øvre luftveisinfeksjoner

NKLM lagde en rapport i 2018 med oversikt over luftveisinfeksjoner på legevakt og fastlegekontor i Drammens-regionen. Rapporten er laget i samarbeid med Antibiotika-senteret for primærmedisin (ASP) og er laget for lokal informasjon, og derfor ikke nedlastbar. Vi finner likevel rapporten interessant å henvise til, og den er utarbeidet av anerkjente organisasjoner. Den beskriver 1 av 6 pasienter kommer til legevakt på grunn av luftveisinfeksjon, mens det til fastlegekontor kommer 1 av 10. Årsaker til denne forskjellen kan være det er tilstander som oppstår raskt og forverres om kvelden ved flatt leie. Drammen legevakt ligger høyest i Norge i antall henvendelser satt i forhold til folketall i perioden rapporten ble utarbeidet. Rapporten understøtter vår erfaring der vi ser at en betydelig andel pasienter med luftveissymptomer henvender seg til legevakten. I studien vår representerte diagnosegruppen «øvre luftveisinfeksjoner» den nest største gruppen med n=23 inkluderte journalnotater.

Scoring om AKS hadde relevant undersøkelse i forhold til problemstilling i diagnosegruppen «øvre luftveisinfeksjoner» gav AKS en score på 74% i kategorien «i stor – og i svært stor grad». Tabell 2 og 4 viser scoringsprosent på henholdsvis 74 - og 78% i kategorien «stor grad og i svært stor grad», det forteller at AKS har skrevet utfyllende journaler.

Vi som forskere startet studien med en forforståelse av at øvre luftveisinfeksjoner var en av diagnosegruppene som AKS kunne ivareta i legevakt. At resultatet skulle vise at samsvaret av vurderinger og tiltak mellom lege og AKS kun skulle ligge på en score på 47% og 52% i kategorien «i stor – og i svært stor grad» (tabell 3 og 5) var overraskende. Vi må med dette erkjenne at det kan være utfordrende med «øvre luftveisinfeksjoner» da vi antar at resultatet kan ha sammenheng med AKS sin kompetanse innenfor vurdering av blant annet antibiotika. AKS har som tidligere nevnt, ikke

forskrivningsrett og derav noe begrenset erfaring i vurdering av medikamentell behandling. Man kan også derfor anta at AKS er mer restriktiv til medikamentell behandling enn legene grunnet dette. Samtidig foreligger det ingen svar i studien om det er lege eller AKS som i størst grad har anbefalt medisiner som behandling. Fagerström (2019, s. 33) viser til den skotske modellen som beskriver forskjeller og likheter mellom AKS og spesialsykepleiere. Begge er noviser på sitt felt som nyutdannede og da de er i begynnelsen av karrieren. Når erfaringer og kunnskaper blir dypere, kan begge oppnå ekspertkompetanse på sitt felt. En studie fra USA (1997 – 2001) kom det frem at det var ingen signifikant forskjeller i antibiotika som ble foreskrevet av NP (50,4%) og leger (53%). I bivariate analyser stod NP for 36,6% av bredspektret antibiotika mot 33,2% foreskrevet av leger (Ladd, E. 2005)

Når vi ser på den høye scoren på utførte relevante undersøkelser i forhold til luftveissymptomer, viser AKS at det ikke er komplisert å undersøke denne diagnosegruppen. Samtidig ser vi at det kan bli komplisert når det kommer til å sette tiltak, da det ofte ender i medikamentell behandling.

#### 6.3.4 Magesmerter og hodepine

Vi vil trekke frem diagnosegruppen «magesmerter», da denne utmerker seg ved kun score på 33% i kategorien «i stor - og i svært stor grad», når det kommer til samsvar mellom AKS sine og legen sine vurderinger (Tabell 3). Vi undrer oss over denne lave samsvar prosenten. Kommentarer fra scoringskjema, fra lege og sykepleier som har scoret AKS sine journalnotat, viser at det i 6 av de 15 journalene til «magesmerter», viser overdrevet undersøkelse, og har dermed blitt trukket i poengskår. Som tidligere nevnt kan for mange undersøkelser gjøre det utfordrende å gjøre gode vurderinger og presise tiltak. Som nyutdannet AKS kan det oppleves komplisert å sortere informasjonen og ha vansker for å konkludere.

På legevakten i Drammen har en AKS aldri utført selvstendige konsultasjoner før, og dette kan ha betydning for helheten i konsultasjonene. Magesmerter er en diagnose som er sammensatt og utfordrende å diagnostisere. For å gjennomføre undersøkelsen, er man avhengig av grundig kunnskap om indre organer, plassering og funksjon.

Resultatene av studien vår i diagnosegruppen «magesmerter» antyder at det er et skille mellom lege og AKS. Det kommer frem tydeligere ved å se på de mer komplekse diagnosegruppene som «magesmerter» og «hodepine». Vi mener at AKS i legevakt kan trenge å bygge mer erfaring rundt disse sammensatte diagnosegruppene. AKS har etter vår mening mulighet til å opparbeide seg

denne erfaringen i legevakt, siden det fra før er et nært samarbeid mellom profesjonene i legevakten. AKS på legevakt er i oppstartsfasen og de blir dermed å betrakte som nybegynnere, også kalt noviser, i sin utøvelse. USA har over mange år benyttet NP/ANP kompetanse i helsevesenet. I 2018 publiserte Hoyt et.al. en artikkel der en sammenlikner ANP og leger i forhold til deres diagnostisering av magesmerter i akuttmottak i USA. Den artikkelen konkluderer med blant annet at et samarbeid mellom NP/ANP og leger, gav en økt sjanse for at pasientene fikk riktig diagnose (41%) sammenliknet med der lege gjorde diagnostisering alene. Resultatet av undersøkelsen ble å iverksette et samarbeid rundt denne pasient kategorien i videre praksis. Artikkelen peker i samme retning som vår studie, da de ser at pasienter med magesmerter i akuttmottak er en pasientgruppe der pasienten vinner på et godt samarbeid.

I 2015 publisert Pirret et al. en studie der de kartlegger hvordan nurse practitioners (NP) vurderer pasienter sammenliknet med leger. Deltakerne i studien var 16 leger og 30 NP fra New Zealand. De jobbet alle i ulike områder av helsetjenesten, og ble presentert en kompleks pasientkasus. Et ekspertpanel hadde laget kasusen med fasit i forkant. Studien konkluderer med at det er stor grad av likhet mellom sykepleier og lege sin diagnostisering av denne pasientkasusen. Pirret beskriver at 56 % av legene definerte riktig pasient problem, mens NP hadde 53% sett opp mot fasiten til ekspertpanelet. Ved tiltak samsvarte 34% for legene og 36% hos NP.

Sett i sammenheng med vår studie, ser vi likheter ved prosentfordelingen (tabell 5). I vår studie anses fasit som legens notat, men skulle man verifisert vår fasit måtte det blitt gjort ut fra røntgensvar, epikrise fra spesialisthelsetjenesten eller tilbakemelding fra pasient av effekt av gitt behandling.

## 6.4 Samarbeid

I følge Fagerström (s.107, 2019) er samarbeid et underliggende fenomen til andre begreper som konsultasjon, samhandling og henvisning. Samarbeid innebærer kollegialitet, god kommunikasjon, deling av mål og selvstendighet. Samhandling er en prosess der to profesjoner er ansvarlig for sin del av pasienten, som tverrfaglig samarbeid. Henvisning er der en person med klinisk ansvar overfører ansvaret for behandlingen til en annen enhet/profesjon (Fagerström, s, 107, 2019). Mangel på samarbeid resulterer i mangel på respekt mellom NP og leger, og det vil til slutt gå ut over pasientbehandlingen (Bridges, S., 2012).

Resultatene i studien vår kan antas å være påvirket av at AKS ikke hadde noe form for konferering eller samarbeid med legen, da vi ønsket undersøke AKS sin autonome kliniske kompetanse. Nettopp samarbeid og konferering mener vi ligger i ryggmargen til sykepleierne. Med AKS sin økende grad av selvstendighet, vil søkelyset på faglig forsvarlighet bli særdeles viktig. Det er den enkeltes ansvar og virksomhetens ansvar, og det handler totalt sett om pasientsikkerhet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven § 4). I vår studie ville vi finne ut hva legevakten kunne bruke AKS-kompetanse til. Noen vil omtale AKS for «mini-lege». Vi har valgt å se på AKS som «maxi-sykepleiere», høyt utdannede sykepleiere med et bredt kunnskapsgrunnlag i møte med pasientene. Som vi refererte til innledningsvis, så ser vi den første sykepleie-boken til Rikke Nissen fortsatt som gjeldende. Nissen hevdet at det ikke var hensiktsmessig å videreutdanne sykepleierne til halve - eller kvarte leger, men til hele sykepleiere (Mathisen, 2012, s.98) Vi trekker linjer fra dette mot faglig forsvarlighet. AKS må til tross for økt kunnskap fortsatt være tro til sin profesjon, som er sykepleie. Mister man profesjons innsikt og går ut over ens kompetanse, tenker vi det kan gå ut over den faglige forsvarligheten. Eksempelvis at AKS mener å kunne erstatte en lege og overta alle dens oppgaver – det opplever vi som utopi, men det er viktig at vi skal jobbe sammen som team til det beste for pasientene. Tidligere forbundsleder Eli Gunhild By i Norsk Sykepleierforbund kom i august 2019, med en uttalelse i Dagens næringsliv: “Ingen som har monopol på kunnskap” (Bordvik, M., 2019). Dette er en viktig uttalelse, og etter det vi mener, viktig å anerkjenne at alle profesjoner er tjent med videreutvikling og økt kunnskap og kompetanse.

## 6.5 Studiens kvalitet

### 6.5.1 Styrker ved studien

Vi mener forskningen vår er innovativ. Den primære styrken er at studien bærer preg av originalitet, da vi ved litteratursøk finner at metoden i liten grad har blitt utført i tidligere.

Resultatene fra vår studie kan ha stor relevans og nytteverdi for vurdering av hvilke oppgaver en kan overføre fra lege til AKS i legevakt.

AKS som utførte konsultasjon, var ikke opplyst om hvordan de ble scoret. Det var journalnotatet som lå til grunn for scoren. Styrken er at de som fastsatt scoren, hadde ulikt ståsted. Da de hadde hver sin bakgrunn og hver sin forforståelse som gjelder bruk av AKS i legevakt.

Styrke er at lege på vakt i legevakt har varierende utdanning og erfaring. Legene kan være i spesialisering, med kort erfaring, eller de kan være spesialister på ulike områder.

### 6.5.2 Svakheter ved studien

Vi ser at det kan være en svakhet i forskningen at det bare er en lege sine vurderinger som var ansett som fasit for konsultasjonen.

En annen svakhet er at det kun er 3 AKS, da det begrenser muligheten til generalisering.

To av AKSene som er omtalt, er også forskere i studien. Dette kan sees på som en svakhet da en har to roller i studien. For å hindre forskningsetisk konflikt har forskerne, som tidligere nevnt, hatt lege og sykepleier til å sette vurderingskriteriene og å gjøre vurderingene. AKS har som forskere bare jobbet med selve tallmateriale fra Excel og SPSS.

### 6.5.3 Metoderefleksjon

Hensikten med denne studien var å kartlegge om det er mulig for en nyutdannet AKS å gjøre selvstendige konsultasjoner, og for å finne ut dette valgte vi å sammenligne lege og AKS. Legen sitt journalnotat ble ansett som fasit, som AKS sitt journalnotat ble vurdert opp mot. Skulle vi utført studien igjen, så ville vi verifisert en fasit bedre, for eksempel ved å bruke spesialisthelsetjenesten. Tanker rundt dette kunne vært konsultasjon hos en spesialist, hvilket vi tenker ville ha medført ulempe og belastning for pasienten. Ellers kunne vi ha tilstrebet å ha innhentet opplysninger fra pasient i etterkant av for eksempel medikamentell behandling i hjemmet, epikriser eller røntgensvar.

Vi ønsket både å anerkjenne mulighetene og begrensningene ved utdannelsen. Vi inkluderte derfor et bredt spekter innenfor diagnosegruppene (jmf. 4.2.1). Vi ser i etterkant av studien at det kunne ha vært fornuftig å konsentrere seg om færre diagnosegrupper, basert på oppmøtestatistikk, slik at man da kanskje ville ha oppnådd større antall enheter i målingene, dermed økt validitet. Vi ville på en annen side ha brede inklusjonskriterier for å utfordre hva AKS-utdannelsen kan brukes til, og kartlegge hvor AKS vil kunne jobbe parallelt med lege eller i samarbeid med. Det ville ikke hatt samme verdi om en valgte ut "enkle" diagnosegrupper for å bevise kompetanse. Under pasientkonsultasjonene kan en definere det som å være «første uke på jobb», da AKS jobber på en

helt annen måte enn som vanlig sykepleier. Som alle i «ny jobb» vil selvfølgelig mengdetrening påvirke resultatet, og vi tenker at det er viktig å ha med i tankene ved denne studien.

Som forsker skal en være nøytral, og ikke la eget syn og erfaringer påvirke forskningen. Samtidig refererer vi til Thornquist som sier; «Utfordringen er ikke å late som vi er nøytrale, men tvert imot å utnytte kjentheten, og samtidig aktivt søke å etablere distanse.» (Thornquist, 2003, s. 217). Ved å delta i egen forskning, kan man si at vi er biased, at man har mulighet til å påvirke forskningsresultatene. Men for å unngå bias har vi vært svært oppmerksomme på dette i prosessen ved blant annet å la andre lage vurderingskriterier, gjennomgå journalnotater samt å score disse. Ved gjennomføring av studien på nytt ville vi ha unngått å ha dobbeltrolle som deltakere og forskere. Dobbeltrollen har gitt oss begrensninger da vi selv ikke kunne utarbeide scoringskjema, ei heller vurdere innhentede data opp mot skjemaene. På en annen side, om vi ikke hadde inntatt denne dobbeltrollen, ville vi ikke kunnet gjennomføre denne studien. Det har gitt AKSene som har deltatt, en god erfaring i å kunne anerkjenne mestring som nyutdannet AKS, men samtidig kjenne på begrensningene under konsultasjonene.

Det kan sees som en pilotstudie ved Drammen legevakt, og det er et begrenset antall ferdig utdannet AKS som jobber der. Vi kunne ha gjennomført studien ved en annen sammenlignbar legevakt, men etter det vi kjenner til er det ikke noen som er ferdig utdannet AKS og jobber på legevakt. Samtidig er denne studien en forløper til videre forskning i Drammen legevakt, da det er flere AKS under utdanning. Drammen legevakt jobber for en implementering av AKS i nær fremtid. Vi må også ta med i refleksjonen at AKS har satt seg i en posisjon der de har blitt vurdert på sin kompetanse ved å bli sammenliknet med lege. Dette kan ha skapt press og forventninger og kan ha påvirket gjennomføringen av konsultasjonene. det vil si at man ønsker å tilstrebe mest mulig undersøkelser for å ikke overse noe, og gjøre det mest mulig perfekt. Dette kan også ha gitt Hawthorne effekten som tidligere forklart under kapittelet om validitet. Hvordan det kan ha påvirket resultat av studien er usikkert, men vi tenker at alle settinger der man blir vurdert vil påvirke enten positivt eller negativt.

## **6.6 Studiens konsekvens for klinisk praksis i legevakt**

Videre hensikt med studien ut over å vurdere AKS sin grad av kompetanse for å utføre konsultasjoner, var å belyse hvordan det kan tilrettelegges for at AKS kan praktisere.

### 6.6.1 Forskrivningsrett

Lowverket er en kritisk faktor for utviklingen av AKS (Fagerström, 2019, s.130). I Finland endret de lovverket i 2010, for tillatelse for forskrivning over et begrenset utvalg av legemidler. Man finner landsspesifikke regler, hvor det er ulike grader av forskrivningsrett og henvisningsrett (Fagerström, 2019, s. 43). I litteraturen antyder man at leger er kritiske til å la sykepleiere få forskrivningsrett, da de ikke har nok kunnskap om medisiner (Schober, 2016, s. 69). Selv om dette er et omstridt spørsmål, er det en identifisering av økning i antall land der sykepleiere har lov til å ordinere medisiner. I Finland var en mer effektiv arbeidsfordeling og et bedre samarbeid et viktig utgangspunkt at de i 2010 innførte begrenset forskrivningsrett for flere yrkesgrupper. Sykepleierens rett til å forskrive omfatter visse forhåndsdefinerte vaksiner og reseptbelagte medikamenter og kan forlenge legemiddelbehandlingen til pasienter med hypertensjon, diabetes2, og astma (Fagerström, 2019, s. 201). Vi tror det ikke er et spørsmål om sykepleiere *kan* få forskrivningsrett, men heller *i hvilken grad* kan AKS få forskrivningsrett.

Som tidligere nevnt har sykepleiere i Norge, som helsesykepleier og jordmor, hatt rekvisisjonsrett allerede siden 2002 på p-piller til jenter mellom 16-19 år, og senere utvidet til all hormonell prevensjon. Leger, helsesykepleiere og jordmødre undersøker og informerer pasientene nøye med henblikk på venøs tromboembolisk sykdom ved førstegangsforskrivning av p-piller. Helsesykepleier og jordmødre ser ut til å ha et mer rasjonelt forskrivningsmønster av p-piller enn det leger har (Sandø et al, 2010). I vår studie, ser vi at AKS ikke får utføre sin helhetlige kompetanse om man ikke får gitt et begrenset utvalg av smertelindring ved muskel- og skjelettskader og antibiotika ved luftveisinfeksjoner, eller lokalanestesi ved suturering av akutte sår.

### 6.6.2 Henvisningsrett

På samme måte som det ikke foreligger noe form for forskrivningsrett, foreligger det ikke henvisningsrett for AKS. Helsepersonelloven §4 beskriver i andre ledd, at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og at de skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 2001). Loven beskriver ikke at det eksplisitt er leger som skal henvise til spesialist, men åpner for at det er en plikt for helsepersonellet dersom de innehar riktig kompetanse. Hvis en skjeler til andre yrkesgrupper, som har rettigheter til både henvisning og sykemelding, kan vi nevne manuellterapeut og kiropraktor som også en 5 årig utdannelse på masternivå. Disse yrkesgruppene har, etter dokumentert gjennomført kurs i

trygdefaglige emner, mulighet til å få henvisningsrett i Helsepersonellregisteret (HPR). Dette gir anledning til å henvise pasienter videre til legespesialist, røntgen eller fysioterapi samt å sykmelde pasienter i opptil tolv uker (Helfo, 2019) (Helsenorge.no, 2018). Vi ser for oss at det i henhold til loven skal kunne lage retningslinjer eller prosedyrer i samarbeid med ledelse, slik at AKS skal kunne henvise pasienter med muskel- og skjelettskader fra legevakt til røntgen med påfølgende vurdering hos ortoped. I forbindelse med retten til å henvise vil det også komme inn et økonomisk perspektiv, da å henvise inkluderer takster og refusjoner. Vi vil kun nevne dette, og ikke komme videre inn på dette i denne studien, men det er viktig å ha med i et helhetsperspektiv.

### 6.6.3 Utdanning med spesialistgodkjenning

I april 2019, vedtok regjeringen å gi kandidater med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie en *spesialistgodkjenning* (Helse - og omsorgsdepartementet, 2019). Navnet er også endret til *Spesialist i avansert klinisk allmennsykepleie*, da det er med på å definere innhold og retning for dette masterløpet. Ved at regjeringen velger å gi tittelen *spesialist* er med på å definere kompetansen, slik at det skal være likt utdanningsløp, uansett hvilken utdanningsinstitusjon man velger. Hittil har innholdet i utdanningsforløpet vært ulikt. Tidligere er det bare leger og tannleger som har fått spesialistgodkjenning (Helsedirektoratet, 2020). Etter vår mening vil godkjenningen kunne brukes til å forbeholde gruppen visse arbeidsoppgaver og funksjoner, slik det er gjort for leger. Standardisering av utdanningen ser vi som viktig både for allmennhetens og tjenestenes tillit til kompetansen, det er da en felles forståelse hva en kan forvente hos en sykepleier med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie.

### 6.6.4 Videre implementering

For å implementere AKS i legevakt, ser vi at det kan være fornuftig at AKS kan jobbe parallelt med lege på enkelte oppgaver. Det er ingen som "eier" oppgavene, av hverken lege eller sykepleier, så lenge man har kompetanse til å utføre oppgavene med faglig forsvarlighet. Det handler om å få oppgavene gjort, og alle er tjent med godt samarbeid (Fonn, M. 2016). Vi ser for oss en tydelig stillingsinstruks som beskriver hvilke ansvarsoppgaver AKS fint kan håndtere parallelt med legene.



For å unngå misforståelser ser vi viktigheten av rolleavklaring og oppgavefordeling, og det bør nedfelles skriftlig for å unngå misforståelser. Det vil gi sykepleieren trygghet om hvilke oppgaver hun eller han kan utføre autonomt, og eventuelt føringer for samarbeid med legene. Autonomt er beskrevet som frihet til å fatte beslutninger basert på skjønn, ekspertkompetanse, og klinisk kunnskap innenfor relevante områder (Ulrich et al 2003) og (Fagerström, 2019, s. 47). I avansert klinisk sykepleie må det finnes mulighet, rett og kompetanse til å ta selvstendige faglige beslutninger til å gjennomføre sykepleie og behandling basert på disse (Fagerström, 2019, s. 47). Det juridiske ansvaret har stor betydning for AKS sine oppgaver. Da Helsedirektoratet iverksatte utdanningen for avansert klinisk sykepleier, ble det ikke lagt videre føringer, for hvordan en AKS skal jobbe på selvstendig grunnlag. Ansvarsfordelingen er viktig både for AKS, men også for legene de skal samarbeide med og for ledelsen ved avdelingen de skal jobbe. Grensen mellom konsultasjon og diagnostisering og behandling er vag og hvem som skal gjøre hva er veldig uklar (Fonn, 2019). Vi forventer at det kommer en avklaring på ansvarsforhold og forskrivningsrett i den nærmeste fremtid, ellers tenker vi at en ikke vil kunne dra den fulle og hele nytten av kompetansen AKS innehar.

Arbeidsgivere har plikt til å tilrettelegge for yrkesutøvelsen. Dette fordrer at ledere ser muligheter for nye oppgaver og nye sykepleiefunksjoner (Fonn, M. 2016). Dette vil etter vår mening være fornuftig bruk av ressurser, som igjen kan få ringvirkninger for pasientflyt og pasientenes ventetid ved legevakten. Drammen sykehus har iverksatt AKS etter avdelingens behov og delegerte oppgaver til AKS (Morland, E. 2016).

Ledelsen ved Drammen legevakt der studien vår har pågått har vært pådriverne for at sykepleiere i legevakten utdanner seg til AKS, det ved å bidra med støtte til utdanningen og legge til rette under utdanningsforløpet. Dette har bidratt til tydelige signaler til hele ansattgruppen. Gjennom utdanningsperioden for AKS studentene ved legevakta, har sykepleie-gruppen og legene både blitt kjent med og bidratt til aksept en ny kompetanse. Implementering av nye AKS-modeller påvirker maktforholdet mellom profesjoner. Det kan medføre usikkerhet, stress, sinne og fornektelser (Yukl, 2006; Fagerström, 2019, s 226). Informasjon og implementering over tid kan ha dempet de antatte reaksjonene i personalgruppen, samtidig som noen kan ha undertrykket sine reaksjoner og ikke vist dem. Det hadde vært spennende å gjøre en studie som kartla dette, da vår opplevelse av de ansatte sine reaksjoner, kun er basert på våre egne observasjoner og antakelser. Ledelsen har visjon om å benytte AKS kompetansen til å drifte en egen sykepleieklinikk. Det ventes blant annet på resultater fra denne studien, med å definere hvilke oppgaver AKS kan ha. I tillegg er det essensielt å vente

på konkrete retningslinjer fra Helsedirektoratet, som blant annet bruk av takster og forskrivningsrett av medisiner. Samtidig er det et stort steg på veien til å lykkes at endringene er forankret på ledernivå og i egen faggruppe (Fagerström, 2019, s 221). Studien vi har utført ved legevakten er en viktig brikke på vei mot defineringen av AKS i legevakt. Studien har som nevnt under svakheter med studien et lite antall konsultasjoner som danner tallmateriale, og vil derfor gi en begrenset mulighet for generalisering. Samtidig kan studien være starten på en endring, som kan bidra til utvikling og nytenkning i legevakt ut over Drammen legevakt. Resultatene fra studien bidrar til å kartlegge AKS i legevakt, da det etter vår kjennskap, ikke er gjort liknende studie. Det har bidratt til at det i skrivende stund utarbeides et prosjekt på Drammen legevakt, på den nyopprettede luftveisklinikken. Prosjektet går kort ut på at lokale prosedyrer utarbeides og godkjennes av kommunelegen. De samme tre AKS som i vår studie, vil utforme prosedyrene og jobbe selvstendig ut fra dem. En lege har sagt seg villig til å være veileder og stå medisinsk ansvarlig for i prosjektperioden, samtidig jobbe med andre leger for å gi god informasjon slik at de får forståelse for AKS og den kompetansen de innehar. Dette er et stort steg videre for AKS i legevakt, og vi ser med forventning og interesse på videre praksis.

## 7 Konklusjon

Avansert klinisk allmennsykepleie kompetanse er relativt nytt i Norge, og det er gjort lite forskning på hvordan og hvor man best kan bruke kompetansen i legevakt. Med denne studien opplever vi å være med på å starte denne kartleggingen. Studien vår viser at legevakt fremstår å være et arbeidssted der en kan få brukt det som står sentralt i AKS utdanningen, den avanserte bredde kunnskapen og de systematiske kliniske undersøkelsene.

Oppgaver som tradisjonelt sett har vært forbeholdt leger, viser seg å kunne deles med AKS, som har tilegnet seg en høy kompetanse til å undersøke, vurdere og komme med tiltak. Ved sammenligning av journalnotater utført av lege og AKS under separat konsultasjon av samme pasient, viste det seg at pasienter med mindre skader og plager, som sår - og kuttskader, muskel - og skjelettskader og til dels øvre luftveisplager, kan i stor grad ivaretas av AKS. En AKS kan ikke erstatte legene og deres profesjon, da utdannelsen er forskjellig, men studien viser at AKS kan gjøre flere av de tradisjonelle lege-oppgaver parallelt med legene.

Videre viser studien viktigheten av samarbeid mellom profesjonene, spesielt ved de mer kompliserte og sammensatte diagnosegruppene som hodepine og magesmerter.

Sett ut fra studien vil AKS ha behov for forskrivningsrett for enkelte medikamenter og retten til å henvise til spesialisthelsetjeneste. Helsemyndighetene har ikke enda fremlagt noen retningslinjer, så dette må en vurdere å lage lokale tilpasninger på inntil sentrale føringer foreligger. Forankring i ledelse, og at myndighetene tilrettelegger for utvidede rettigheter, ser vi som forutsetninger for at en skal kunne ha fullstendig nytte av AKS i legevakt.

Studien er utført ved Drammen legevakt og den har allerede bidratt til å sette søkelys på bruken av AKS i legevakt. Resultatene fra denne studien samt videre planlagte prosjekter, ved Drammen legevakt i kjølvannet av studien, ser vi muligens avanserte kliniske allmennsykepleiere i klinisk praksis ved flere av legevaktene i Norge i årene som kommer.

## 8 Litteraturliste

Aabakken, L., & Bendz, B. (2007). Turnuslegeboka (4. utg. ed.). Oslo: Legeforlaget.

Akuttmedisinforskriften. (2015). Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (FOR-2015-03-20-231). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231?q=akutt%20forskriften>

Bartholdy, K., & Kallesøe, J. (2016). Klinikkbogen (2.utg.). København: Fadl's forlag.

Befring E. (2015). *Forskningsmetoder i utdanningsvitenskap*. Oslo: Cappelen Damm akademiske.

Bergsagel, I. (2019) Frykter nye spesialsykepleiere skal erstatte leger. *Sykepleien.no*. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/2019/08/frykter-nye-spesialistsykepleiere-skal-erstatte-leger>

Bing-Jonsson, P.C., Foss, C. og Bjørk, I.T. (2015). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 16, 27–37. Hentet fra:

[DOI:10.1177/0107408315601814](https://doi.org/10.1177/0107408315601814)

Bjørnnes, A. K & Gjevjon, E.R. (2019). Kvalitet i kvantitativ metode – et innblikk. *Sykepleien forskning, 2019*.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78806>

Boman, E., Duvaland, E., Gaarde, K., Leary, A., & Fagerström, L. (2020). Implementation of advanced practice nursing for orthopaedic patients in the emergency care context – A study protocol for outcome studies. *Journal of Advanced Nursing*, 76(4), 1069-1076.

[https://bibsyalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/kb63e2/TN\\_wj10.1111/jan.14299](https://bibsyalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/kb63e2/TN_wj10.1111/jan.14299)

Bordvik, M. (2019, 07.august) Håper ingen setter seg på bakbena. *Dagens Medisin*.

Hentet fra:

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/08/07/-haper-ingen-setter-seg-pa-bakbena/>

Bordvik, M. (2019, 20.august) Slik svarer Høie om spesialist-sykepleierne. *Dagens Medisin*.

Hentet fra:

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/08/20/slik-svarer-hoie-om-spesialist-sykepleierne/>

Bridges, S. (2014). Exploration of the concept of collaboration within the context of nurse practitioner-physician collaborative practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(7), 402-410.

<https://doi.org/10.1002/2327-6924.12043>

Delvin, M. E., Braithwaite, S., & Plazas, P. C. (2018). Canadian nurse practitioner's quest for identity: A philosophical perspective. *International journal of nursing sciences*, 5(2), 110-114.

Hentet fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013217303563>

EY&Vista Analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen* Oslo: Helsedirektoratet

Fagerström, L.M. (red.) (2019). *Avansert klinisk sykepleie* Oslo: Gyldendal Forlag AS

Fastlegeordningen (2017) Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842).

Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

Fonn, M. (2019, 13.august) Legepresidenten: Vil vite om spesialistsykepleierne skal diagnostisere.

*Sykepleien.no*. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/2019/08/legepresidenten-vil-vite-om-spesialistsykepleierne-skal-diagnostisere>

Fonn, M. (2016, 18.april) Fikk endelig en sykepleiervennlig sjef. *Sykepleien.no*. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/2016/04/fikk-endelig-en-sykepleiervennlig-sjef>

Helfo (2019, 02.mai) Regelverk for kiropraktor. Hentet fra:

<https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/regelverk-for-kiiropraktor>

Helsedirektoratet. (2017.) *Videreutdanning for sykepleiere. Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt* (Rapport IS-2674). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/videreutdanning-for-sykepleiere/Videreutdanning%20for%20sykepleiere.pdf/\\_attachment/inline/f6cf737a-6645-46fc-abab-a11bc3df0d8f:68b231a9abb4b8548a0d7f4d81e7ff0e973e1238/Videreutdanning%20for%20sykepleiere.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/videreutdanning-for-sykepleiere/Videreutdanning%20for%20sykepleiere.pdf/_attachment/inline/f6cf737a-6645-46fc-abab-a11bc3df0d8f:68b231a9abb4b8548a0d7f4d81e7ff0e973e1238/Videreutdanning%20for%20sykepleiere.pdf)

Helsedirektoratet. (2020) Autorisasjon og spesialistutdanning. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning>

Helseforskningsloven. (2009). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44).

Hentet fra: [ta.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44https://lovda](https://lovda.ta.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44)

Helsenorge.no (2018, 22.november) Fysioterapeut og manuellterapeut. Hentet fra:

<https://helsenorge.no/behandlere/fysioterapeut>

Helse - og omsorgsdepartementet. (2019). *Innføring av spesialistgodkjenning for sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie* (Høringsnotat). Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/a56c1b054a3a454081cf16f66f258ace/horingsnotat---innforing-av-spesialistgodkjenning-for-sykepleiere.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted – til rett tid* (St.melding.nr.47(2008-2009)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdf/s/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* ( St.melding.nr.29(2012-2013)).

Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdf/s/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet* (St.melding.nr.26(2014-2015)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdf/s/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helse - og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019)* (St.melding.nr.11(2015-2016)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdf/s/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011062430?q=Lov%20om%20kommunale%20helse%20og>
- Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hofstad, E. (2019). Sår har lav prestige. *Sykepleien*, 107(2), 11. Hentet fra:  
[https://sykepleien.no/sites/default/files/sy\\_2019-04-04.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/sy_2019-04-04.pdf)
- Hoyt, K., S., Ramirez, E., Topp, R., Nichols, S. & Agan, D. (2018). Comparing nurse practitioners/physician assistants and physicians in diagnosing adult abdominal pain in the emergency department. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(11), 655-661.  
<https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000083>
- Holm Hansen, E. & Hunskår, (2016). *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere*. Oslo: Gyldendal akademisk. Hentet fra:  
[https://bibsysalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/ucso2h/BIBSYS\\_ILS71538048620002201](https://bibsysalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/ucso2h/BIBSYS_ILS71538048620002201)
- ICN International council of nurses. (2020). Definition and Characteristics of the Role. Hentet fra:  
<https://international.aanp.org/Practice/APNRole>
- Jacobsen, D. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jarvis, C. (2016). *Physical examination & health assessment (7th ed.)*. St. Louis, Mo: Elsevier/Saunders.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS : Versjon 17* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt forlag
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Johansen, B., J. (2019). Sårene ingen vil ha. *Sykepleien*, 107(2), 8-9. Hentet fra:  
[https://sykepleien.no/sites/default/files/sy\\_2019-04-04.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/sy_2019-04-04.pdf)
- Juvkam, R.A. (1985). *Sykepleieforskning i Norge: Vitenskapsteori og praksis 2012 (1.utg.)*. Oslo: Gyldendal. Hentet fra:  
<https://www.nb.no/nbsok/nb/10f96a1634f7a0b5290570f3ca555408?lang=no#0>

- Lexander, K. (2014). *Oppgaveglidning på legevakt. Kan sykepleiere overta legeoppgaver på legevakt?* (Fordypningsoppgave, Haraldsplass diakonale høgskole).  
<https://vid.brage.unit.no/vidxmlui/bitstream/handle/11250/224917/Lexander%20%282014%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere. (2020) Forskrift om spesialistgodkjenning for Sykepleiere. (LOV-1999-07-02-64-§51). Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-11-19-2206>
- Laake, P., & Benestad, H. (2004). *Forskningsmetode i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ladd, E. (2005) Research Use of antibiotics for viral upper respiratory tract infections: An analysis of nurse practitioner and physician prescribing practices in ambulatory care, 1997-2001. *Journal of the american association of nurse practitioners*. Hentet fra:  
<https://ezproxy2.usn.no:3481/10.1111/j.1745-7599.2005.00072.x>
- Legeforeningen. (2016). Høringsuttalelse av spesialistgodkjenning for sykepleiere med master i avansert klinisk allmennsykepleier. Hentet fra:  
<https://www.legeforeningen.no/hoeringer/interne/2019/hoering-innforing-av-spesialistgodkjenning-for-sykepleiere-med-graden-master-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie/hoeringsuttalelse/>
- Linder, J., Singer, D., & Stafford, R. (2003). Association between antibiotic prescribing and visit duration in adults with upper respiratory tract infections. *Clinical Therapeutics*, 25(9), 2419-2430. Hentet fra:  
[https://bibsysalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/kb63e2/TN\\_elsevier\\_sdoi\\_10\\_1016\\_S0149\\_2918\\_03\\_80284\\_9](https://bibsysalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/kb63e2/TN_elsevier_sdoi_10_1016_S0149_2918_03_80284_9)
- Lund, C.L. (2012). *Virke og profesjon. Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år 1912-2012 (1.utg.)*. Oslo: Akribe AS
- Maier, C., Aiken L. (2015). Task-shifting from physicians to nurses in Europe and other major OECD countries: Claudia B Maier, *European Journal of Public Health*, Volume 25, Issue suppl\_3, ckv168.006.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv168.006>
- Manchester Triage Group. (2015). *Akuttmedisinsk triage* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk. Hentet fra:  
[https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/11m17av/BIBSYS\\_ILS7147276350002201](https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/11m17av/BIBSYS_ILS7147276350002201)



- Mathisen, J. (2012). *Sykepleiehistorie. Ideer-mennesker-muligheter* (2 utg.) Oslo: Gyldendal Forlag AS
- McDevitt, J., & Melby, V. (2014). An evaluation of the quality of Emergency Nurse Practitioner services for patients presenting with minor injuries to one rural urgent care centre in the UK: a descriptive study. *Journal of clinical nursing*, 24(3-4), 523-535.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.12639>
- Morken T, Solberg LR, Allertsen M. (2019) *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2018*. (Rapport nr. 4-2019). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre. Hentet fra:  
[https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/19665/Legevaktorganisering%20i%20Norge\\_Rapport%20fra%20Nasjonalt%20legevaktregister%202018.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/19665/Legevaktorganisering%20i%20Norge_Rapport%20fra%20Nasjonalt%20legevaktregister%202018.pdf?sequence=8&isAllowed=y)
- Morken, T., Rebnord, I., Maartmann-Moe, K. & Hunskaar, S. (2019). Workload in Norwegian general practice 2018 - an observational study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 434.  
Hentet fra:  
[https://bibsysalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/kb63e2/TN\\_bergen1956/21650](https://bibsysalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/kb63e2/TN_bergen1956/21650)
- Morken, T., Myhr, K., Raknes, G., & Hunskaar, S. (2016). *Legevaktorganisering i Norge*. (Rapport nr. 4-2016). Bergen: Uni Research, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Hentet fra:  
[http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12957/Legevaktorganisering%20i%20Norge2016\\_endelig%20versjon\\_rev\\_febr2017\\_Marie.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12957/Legevaktorganisering%20i%20Norge2016_endelig%20versjon_rev_febr2017_Marie.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Morland, E. (2019, 4.september). Disse AKS-sykepleierne stiller diagnose og forskriver smertestillende. *Sykepleien*. Hentet fra:  
<https://sykepleien.no/2019/09/disse-aks-sykepleierne-stiller-diagnose-og-forskriver-smertestillende>
- Moseng, O.G. & Norsk sykepleierforbund. (2012). *Framvekst og profesjonalisering. Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012) (1. utg.)*. Oslo: Akribe AS
- MyHelthLondon (2020, 10. Mai). Minor Injury Units (MIUs). Hentet fra:  
<http://www.myhealth.london.nhs.uk/faq/minor-injury-units-mius>
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin & Antibiotikasenteret for primærmedisin. (2018) *Luftveisinfeksjoner på legevakt - rapport for året 2018 Konsultasjoner hos fastlege og legevakt i Drammen (Legevakta i Drammensregionen) sitt legevaktområde*.

NOKUT. (2020). Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. Hentet fra:

<https://www.nokut.no/norsk-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/>

NOKUT: Begreper og termer. Hentet fra:

<https://www.nokut.no/siteassets/nkr/begreper-og-termer-i-nkr---tabell-1.pdf>

Norsk sykepleierforbund. (2020). NSF`s historie. Hentet fra:

<https://www.nsf.no/historikk/artikkelside/17100>

Nortvedt, M, W. (2016). Tverrsnittstudie. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/249270.cms>

Phoon, C. (2000) Must Doctors Still Examine Patients? *Perspectives in Biology and Medicine, Volume 43*. Number 4, Summer 2000, pp. 548-561.

<https://doi.org/10.1353/pbm.2000.0050>

Pirret, A., Neville, S., & La Grow, S. (2015). Nurse practitioners versus doctors diagnostic reasoning in a complex case presentation to an acute tertiary hospital: A comparative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), 716-726. Hentet fra:

[https://bibsysalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/kb63e2/TN\\_elsevier\\_sdoi\\_10\\_1016\\_j\\_ijnurstu\\_2014\\_08\\_009](https://bibsysalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/kb63e2/TN_elsevier_sdoi_10_1016_j_ijnurstu_2014_08_009)

Polit, D., & Beck, C. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Pripp, A. (2019). Validitet. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 138(13). Hentet fra:

<https://tidsskriftet.no/2018/09/medisin-og-tall/validitet>

Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. (4. utg.) Bergen: Fagbokforlaget

Sakr, M., Angus, J., Perrin, J., Nixon, C., Nichol, J., & Wardrope, C. (1999). Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 354(9187), 1321-1326.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)02447-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)02447-2)

Sandvik, H., Hunskaar, S. & Diaz, E. (2012). Fastlege pasienters bruk av legevakt. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 2012 (132: 2272-6). Hentet fra:

<https://tidsskriftet.no/2012/10/originalartikkel/fastlegepasienters-bruk-av-legevakt>

- Sandø, A., Aanes, S., Slørdal, L., & Spigset, O. (2010). Rutiner ved førstegangsforskrivning av p-piller. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 130(23), 2344-2348. Hentet fra:  
<https://tidsskriftet.no/2010/12/originalartikkel/rutiner-ved-forstegangsforskrivning-av-p-piller>
- 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. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1178-1190. Hentet fra:  
[https://bibsysalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/kb63e2/TN\\_wj10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x](https://bibsysalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/kb63e2/TN_wj10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x)
- Schober, M. (2016). *Introduction to Advanced Nursing Practice: an international focus*. New York: Springer
- Skjeldestad, F. (2012). Forskrivning av prevensjon til unge kvinner. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 132(3), 292-294. Hentet fra:  
<https://tidsskriftet.no/2012/02/originalartikkel/forskrivning-av-prevensjon-til-unge-kvinner>
- Skogly, M. (2019). Hvorfor går pasientene fra legevakten før de får hjelp? *Sykepleien*.  
[10.4220/Sykepleiens.2019.75597](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.75597)
- Sykepleien. (2012). Sykepleierne inn i det moderne samfunnet. *Sykepleien.no*. Hentet fra:  
<https://sykepleien.no/bok/2012/05/sykepleierne-inn-i-det-moderne-samfunnet>
- The Commonwealth fund (2012, 15.november) *2012 Commonwealth Fund International Survey of Primary Care Doctors*. Hentet fra:  
<https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2012/nov/2012commonwealth-fund-international-survey-primary-care-doctors>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode: En praktisk tilnærming*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Thuren, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tufte, P. (2018). *Hvordan lese kvantitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Tyrholm, V. B., Kvangarsnes, M., Bergem, R.,(2016), *Mellomleders vurdering av kompetansebehov i sykepleie etter samhandlingsreformen*. Publisert: Idunn. 09.6.16.  
<https://doi.org/10.18261/9788215027623-2016-09>

- Ulrich, C. M., Soeken, K. L., & Miller, N. (2003). Ethical Conflict Associated With Managed Care: Views of Nurse Practitioners. *Nursing Research*, 52(3), 168-175. Hentet fra:  
[https://bibsysalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/v80d0g/TN\\_ovid00006199-200305000-00006](https://bibsysalmaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/v80d0g/TN_ovid00006199-200305000-00006)
- Universitetet i sørøst Norge. (2020). *Emneplan for Systematiske kliniske undersøkelser og helsevurdering - Kliniske studier*. Hentet fra:  
[https://www.usn.no/studier/studieogemneplaner/#/emne/MAKS640\\_1\\_2017\\_H%C3%98ST](https://www.usn.no/studier/studieogemneplaner/#/emne/MAKS640_1_2017_H%C3%98ST)  
[https://www.usn.no/studier/studie-og-emneplaner/#/subjects/MAKS650\\_2018H\\_1](https://www.usn.no/studier/studie-og-emneplaner/#/subjects/MAKS650_2018H_1)
- Vinter, T. ( 2016, 11. januar) Fusk og plagiering. Hentet fra:  
<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Redelighet-og-kollegialitet/Fusk-og-plagiering/>
- Welle-Nilsen, L., Morken, T., Hunskaar, S., & Granas, A. (2011). Minor ailments in out-of-hours primary care: An observational study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(1), 39-44.  
<https://doi.org/10.3109/02813432.2010.54520>
- Wormnæs, O. (1993). *Vitenskapsfilosofi* (2. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

## 9 Vedlegg

### 9.1 Vedlegg 1: Informasjonsskriv til kollegaer

#### **Kjære kollega**

Som de fleste vet, er vi nå tre AKS`er som snart er ferdige med utdannelsen, men det står igjen et prosjekt knyttet til masteroppgaven til Kjersti og Synnøve. Siden vi trenger noe hjelp og forståelse fra sykepleiergruppa ønsker vi å sende dette korte informasjonsskrivet.

Gjennom ukene 39 – 44 skal Mariela, Kjersti og Synnøve jobbe en uke hver på dagtid. Vi blir tatt ut av turnus for å kunne gjennomføre egne pasientkonsultasjoner. Siden dette er et prosjekt, vil pasientene i tillegg få konsultasjon av lege i etterkant, før de reiser fra legevakta.

I den forbindelse ber vi om forståelse og hjelp fra dere til å ta prøver i forkant som vanlig, for mest mulig effektivitet, slik man gjør det når legene har konsultasjoner. Det samme gjelder i forhold til sårskader/kutt der sykepleier dekker opp og rydder etter prosedyren.

Formålet med prosjektet er å kartlegge hvordan man som ferdig utdannet AKS kan ha best mulig utnyttelse av utdanningen og godt samarbeid med legene i legevakt.

Vi vil hver dag på morgenmøte informere slik at alle får det med seg at prosjektet er i gang, og avklare litt rundt hvilke pasienter vi ønsker å se på.

Vi gleder oss :D

Hilsen Mariela, Kjersti og Synnøve

## 9.2 Vedlegg 2: Informasjonsskriv til pasientene

### Vil du delta i et studieprosjekt på Legevakten Drammen?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et studieprosjekt for AKS-sykepleiere som er en ny utdanning i Norge. AKS sykepleier er spesialsykepleier med masterutdanning i Avansert Klinisk Sykepleier.

#### Studien er en studentoppgave.

Dette er et prosjekt i en masteroppgave ved Universitetet i Sørøst-Norge, hvor Akutt Klinisk Sykepleier skal foreta en konsultasjon og en undersøkelse først, før du kommer inn til legen. Opplysningene du gir oss vil ikke brukes i noen form publisering. Man skal kun se på likheter og ulikheter i faglige vurderinger og utførelsen av konsultasjonene i form av scoringstall.

#### Formål

Formålet er å se på faglig forsvarlighet ved bruk av Avansert kliniske sykepleiere i enkelte konsultasjoner på legevakt, samt å bruke forskningen til å øke samarbeidet med legene for å effektivisere og bedre flyten i legevakten.

#### Ansvarlig for prosjektet:

Synnøve Haraldsen. Sykepleier og AKS student

Kjersti Engedal. Sykepleier og AKS student

Drammen interkommunale legevakt, ved Daglig leder og medisinsk faglig ansvarlig

Elisabeth Holm Hansen, Veileder Universitetet i Sør-øst Norge

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ut fra studieplanen til utdanningen har AKS kunnskap om systematiske kliniske undersøkelser, du blir bedt om å bli med i prosjektet da du kontakter legevakten med symptomer som kommer innenfor disse kompetanseområdene.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Det er frivillig å delta i prosjektet.

Du vil få to konsultasjoner, først av en AKS-sykepleier, deretter av legen. Det vil ikke bli utført intervjuer eller lydopptak av konsultasjonen, kun ført et journalnotat i legevaktas elektroniske journalsystem, slik som man gjør i alle konsultasjoner.

Siden det er to helsepersonell som tilser deg vil det kunne ta litt mer tid til konsultasjon enn vanlig.

#### Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene fra konsultasjonen til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler alle opplysninger konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Kun prosjektansvarlig har tilgang til opplysningene.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i eventuelle publikasjoner fra prosjektet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.2020. Alle opplysninger slettes ved prosjektslutt.

## Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig:

Student:

Elisabeth Holm-Hansen

Synnøve Haraldsen og Kjersti Engedal

### 9.3 Vedlegg 3: Samtykkeerklærings skjema

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet som utføres av AKS ved Drammen legevakt, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i konsultasjon hos AKS, men påfølgende konsultasjon av lege.
- at mitt anonymiserte journalnotat lagres til prosjektslutt.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. Mai 2020.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## 9.4 Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

SD Personvern

18.10.2019 13:27

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 680654 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Prosjektet er vurdert og godkjent av medisinsk fagsjef ved Legevakta i Drammensregionen IKS til å gjennomføre egne pasientkonsultasjoner hos Legevakta i Drammensregionen IKS i vedtak 29.09.2019.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 18.10.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2020.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/ pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Ina Nepstad

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)