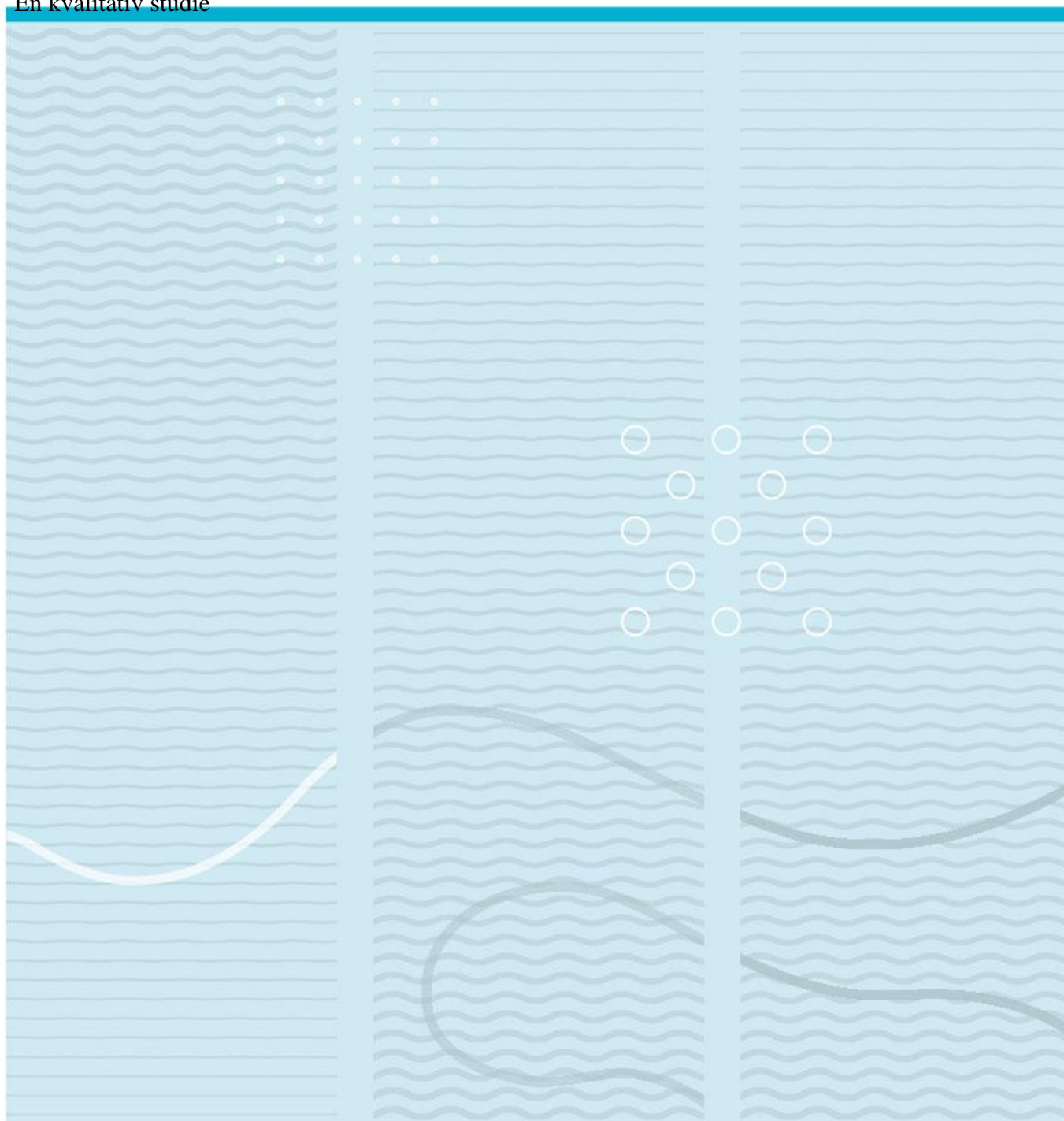


Tonje Linchausen Skar

Erfaringer fra avanserte kliniske sykepleiere i akuttmottak

En kvalitativ studie



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

<http://www.usn.no>

© 2022 Tonje Linchausen Skar

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Erfaringer fra avanserte kliniske sykepleiere i akuttmottak. En kvalitativ studie.

Bakgrunn: Avansert klinisk sykepleie (AKS) er sykepleiere som har tilegnet seg avansert kunnskap på mastergradsnivå. Rollen er relativt ny i Norge og implementeringen er i startgroppen. Norske akuttmottak har så vidt begynt å ta i bruk AKS. Det finnes lite kunnskap om hvordan implementeringen har vært for AKS og hva de gjør i akuttmottak. For denne studien ble derfor dette fokuset.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive hvordan avanserte kliniske sykepleiere fra norske akuttmottak har erfart implementeringen av AKS-rollen. Det er også ønskelig å utforske hvordan de etter endt utdanning har endret hvordan de utfører sine arbeidsoppgaver, både i sin rolle som AKS og som sykepleier.

Metode: Kvalitativt utforskende og beskrivende design er valgt for denne studien. Semistrukturert intervju av seks informanter ble benyttet som metode. Datanalysen med inspirasjon fra systematisk tekstanalyse ble benyttet for å behandle datamaterialet.

Resultater: Analysen førte til fire hovedkategorier som representerte erfaringer informantene hadde med implementering av AKS-rollen og hvordan AKS-utdanningen hadde endret hvordan de utførte sine arbeidsoppgaver. De fire hovedkategoriene var henholdsvis: informantenes erfaringer med implementeringen, endring i arbeidsoppgaver, endring i pasienttilnærming og hva AKS ønsket seg.

Konklusjon: AKS hadde gjort seg flere erfaringer fra implementeringen av AKS-rollen i akuttmottak. At de ikke hadde blitt fristilt fra sykepleiergrunnbemanningen når de fungerte som AKS var erfarte de som mest hemmende. Støtte fra nærmeste leder og leger i akuttmottak erfarte de som fremmede. De bukte sin ervervede kunnskap fra AKS-utdanningen både når de fungerte som AKS og som sykepleier for å gi bedre pasientbehandling i akuttmottak.

Nøkkelord: Avansert klinisk sykepleie, kvalitativ, akuttmottak, erfaringer, arbeidsoppgaver.

Abstract

Experiences from Advanced Practice Nurses in Emergency department a qualitative study

Background: Advanced practice nurses (APN) are nurses who have gained advanced knowledge at Master degree level. This position is relatively new in Norway and implementation is still in the starting block phase. Norwegian emergency departments have only recently started using APNs and there is very little knowledge concerning the implementation of APNs and their roles in the emergency departments. This will therefore be the focus of this study

Objective: The objective of this study is to research and describe how APNs, from Norwegian emergency departments, have experienced the implementation of the APN role in emergency departments

Method: A qualitative investigation/exploration and descriptive design has been chosen for this study. A semi structured interview of six APNs was chosen as the method of data acquisition. Data analysis was inspired from systemic text analysis and was used to analysis the data material.

Results: Analysis revealed that there were four main categories of how the APNs experienced the implementation of the APN role and how APN education had changed the way in which they did their work tasks both in the APN and nursing role. The four main categories were the informants experience of implementation, change in daily work tasks, change in the how the patient was approached, what the APN wishes.

Conclusion: APNs have numerous key experiences of the implementation of the APNs role in the emergency department. Not being detached from the normal basis nursing staff has been experienced as inhibiting. Support from their immediate manager and doctors in the Emergency department has been positive. Their new gained knowledge from their APN education has been utilized both as APNs and as nurse towards giving a better treatment of the patient in the Emergency department.

Key Words: Advanced practice nursing, Emergency Department, experiences, work tasks

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	7
2 Bakgrunn for studien	8
2.1 Hva er AKS?	8
2.2 AKS i Norge	9
2.2.1 Konteksten akuttmottak og sykepleierens arbeidsoppgaver i akuttmottak.....	10
2.3 AKS i internasjonal akuttmedisin	12
2.4 Problemstilling	12
3 Forskningsdesign og metode	14
3.1 Kvalitativ studie i form av individuelle intervjuer.....	14
3.2 Rekrutteringsprosedyre og utvalg	14
3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	15
3.2.2 Rekruttering	15
3.2.3 Endelig utvalg	15
3.3 Datainnsamling	15
3.3.1 Forarbeid	15
3.3.2 Gjennomføring	16
3.3.3 Etterarbeid og transkribering	16
3.4 Dataanalyse	17
3.4.1 Første trinn – gjennomlesning	17
3.4.2 Andre trinn – koding	17
3.4.3 Tredje trinn – kondensering	18
3.4.4 Fjerde trinn – rekontekstualisering	18
3.5 Etiske overveielser	19
3.5.1 Informert samtykke og anonymitet	19
4 Resultater	20
4.1 Informantenes erfaringer med implementering av AKS.....	20
4.1.1 To skritt frem og ett tilbake	20
4.1.2 Betydningen av støtte fra ledelsen	21
4.2 Endring i arbeidsoppgaver	23

4.2.1	Konkrete oppgaver	23
4.2.2	Samarbeidet med annet helsepersonell og oppgaveglidning	25
4.2.3	Økt kunnskap gir økt ansvar	27
4.3	Endring i pasienttilnærming	28
4.3.1	Plikt til å dokumentere godt	28
4.3.2	Klinisk vurdering og diagnostisk tankegang	30
4.4	Hva AKS ønsket seg	31
4.4.1	«Å få gå på topp»	32
5	Diskusjon	33
5.1	Muligheter og utfordringer ved implementering av AKS i akuttmottak	33
5.1.1	Betydningen av ledelse, organisasjon og politikk	33
5.1.2	AKS sine erfaringer vedrørende samarbeidet med leger og sykepleierkollegaer	35
5.1.3	Større ansvar som både noe overveldende og motiverende	36
5.1.4	Om å se helheten, jobbe mer systematisk og tenke diagnostisk	37
5.2	Forslag til videreutvikling av AKS-rollen i norske akuttmottak	38
5.3	Diskusjon av metode	39
5.3.1	Validitet	39
6	Konklusjon	42
	Referanser	43
	Vedlegg 1	51

Forord

Da jeg startet på denne utdannelsen, forstod jeg ikke helt selv hva jeg hadde begitt meg ut på. Utdannelsen var ny i Norge og jeg hadde ikke hørt så mye om den. Arbeidsgiver hadde lyst ut utdanningsstilling, og jeg hadde søkt. Først trodde jeg det var noe lignende som akuttpsykepleier jeg skulle begi meg ut på. I ettertid takker jeg arbeidsgiver for muligheten jeg har fått til å få en utdanning som er i utvikling i Norge. Det har vært, er, og kommer til å bli en spennende og utfordrende reise.

Å sitte stille er noe jeg ikke er så vant til. Jobben min gjør at jeg er vant til å være aktiv og utføre mange praktiske oppgaver i forbindelse med pasientkontakt. Selv om det har vært lærerikt å sette seg på skolebenken igjen, skal det bli godt å komme tilbake i jobb for fullt og sette det jeg har lært ut i praksis.

Økonomisk støtte fra arbeidsgiver har gjort at jeg har kunnet hatt studiet som en jobb, og ikke måttet tatt altfor mye av fritiden. Samtidig har det vært perioder, som rundt eksamen, reiser til praksissteder, innspurten på masteroppgaven, som har ført til at jeg har vært mer fraværende som mamma og partner. Jeg vil derfor takke den fine familien min for deres tålmodighet og støtte.

Jeg vil også takke mine medstudenter, og venninner, Hanne Heimdall og Monika Dahl-Olsen. Dere ha gjort studietiden veldig mye bedre, det har vært en fest å studere med dere.

Jeg vil også takk Jørgen Melau for at han har orket å lytte til mine frustrasjoner underveis, hjulpet meg med all verdens spørsmål rundt studiet og støttet og oppmuntret underveis. Du har virkelig stilt opp.

Ansatte på biblioteket ved Sykehuset i Vestfold fortjener også en takk. Månen til service innstilte mennesker. Jeg skulle ønske jeg forstod det tidligere i studien.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til min veileder Linn Hege Førsvund. Du har gitt meg konkrete og gode tilbakemeldinger, delt av din kunnskap og svart på alle mine smådesperate spørsmål i innspurten av masteroppgave skrivingen.

Horten 06.05.2022

Tonje Linchausen Skar

1 Innledning

Avansert klinisk sykepleier (AKS) i Norge er en autorisert sykepleier som har utvidet sin kunnskap til mastergradsnivå, som har en generalistkompetanse til å kunne ta et større ansvar i sin yrkesutøvelse (Fagerström, 2019c). Mer utfyllende om hva AKS er, kommer i kapittel 2. Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive i hvordan informantene hadde erfart implementeringen av sin nye rolle og funksjon i norske akuttmottak. Den søkte også å utforske hvordan de utførte sine arbeidsoppgaver hadde endret seg etter endt utdanning. Som snart ferdig utdannet AKS selv, så har jeg fått forståelse av at det ikke bare har vært uproblematisk å innføre en ny rolle i en så kompleks organisasjon som helsevesenet er. For å kunne bidra til en bedre innføring av rollen på mitt arbeidssted, som er akuttmottak, ønsket jeg å utforske hva som har fungert og ikke med implementeringen. Økt forståelse for hva AKS kan bidra med for å imøtekomme pasientenes behov i akuttmottak, var også en årsak til at jeg ønsket å utføre denne studien.

Internasjonalt har AKS vært brukt i akuttmottak i flere land, særlig i økonomisk velutviklede land, som USA, Australia og Storbritannia (Putri et al., 2022). Implementeringen av AKS har imidlertid ikke vært helt problemfri (Putri et al., 2022). Implementering omtales som en prosess hvor man tar i bruk eller integrerer ny praksis innenfor en gitt setting (Nilsen, 2020). I denne studien brukes implementering om integreringen av AKS i norske akuttmottak. Å gjennomføre endringer i offentlige organisasjoner, slik som helsevesenet, er generelt komplekse og det er en rekke faktorer som kan fremme eller hemme endringen (Bernström, 2014; Karp & Helgø, 2008). Derfor er det viktig å forstå faktorene som kan hindre eller støtte implementeringen av AKS (Torrens et al., 2020). Internasjonal forskning viser at en suksessfull implementering av AKS krever tydeliggjøring av AKS sine roller og funksjoner, støtte fra både ledere og fag- og yrkesorganisasjoner og en strategisk ledelse på alle nivåer (Fagerström, 2019d; Torrens et al., 2020). I denne studien menes rollen selve stillingen til AKS i akuttmottak og funksjoner menes hva AKS lovlig er tillatt å gjøre og hvilke arbeidsoppgaver de skal/kan gjøre på sin aktuelle arbeidsplass. Mer om hvilke roller og funksjoner som er typiske for AKS vil bli presentert i andre kapittel. Denne studien kan forhåpentligvis gi en innsikt i hvordan implementeringsprosessen hadde vært for informantene, hvilke roller de hadde, og om tilnærminger og arbeidsoppgaver hadde endret seg etter endt utdanning.

2 Bakgrunn for studien

Dette kapittelet vil omhandle en avklaring av hva AKS er, fra ICN sin definisjon til hvilke rammer som gjelder for AKS i Norge og konteksten akuttmottak. Videre vil det omhandle hvordan AKS-rollen har utviklet seg i akuttmedisinsk sammenheng, både internasjonalt og i Norge.

2.1 Hva er AKS?

I denne studien brukes begrepet AKS om en sykepleier som praktiserer sykepleie på et avansert nivå, som har tilsvarende funksjoner og ansvar som den internasjonale nurse practitioner (NP) (Fagerström, 2019c). En nærmere definisjon av NP kommer under. Ifølge American Association of Nurse Practitioners (AANP) startet det første utdanningsprogrammet av NP i 1965 (AANP, 2021). Over tid har det globalt blitt et økende behov for NP, eller Advanced Practice Nurse (APN), som International Council of Nurses (ICN) også betegner det som (Schober et al., 2020). Utviklingen av rollen er på ulike stadier i ulike land. Rammene for hvilken grad av utvidet medisinsk ansvar APN skal ha har vært uskarpe, dårlig forstått og noen ganger omstridt. Rollen har blitt implementert flere steder på ad-hoc vis med varierende ansvar, funksjoner og nomenklatur (Schober et al., 2020). Dette har ført til forvirring til hvilken rolle AKS skal ha hos beslutningstakere, helsepersonell og den generelle befolkningen (Schober et al., 2020). ICN (2002) har derfor lagd en definisjon på APN, for å tilrettelegge for en felles forståelse og diskusjon på internasjonalt nivå (Fagerström, 2019c). Fagerstrøms oversettelse av denne definisjonen er:

En avansert klinisk sykepleier er en autorisert sykepleier som har tilegnet seg kunnskaper på ekspertnivå, ferdigheter i kompleks beslutningstaking, samt klinisk kompetanse til en utvidet funksjon som utformes av konteksten og/eller autorisasjonskrav i det aktuelle land (Fagerström, 2019c, s. 40).

De to mest vanlige identifiserte typene APN internasjonalt er NP og Clinical Nurse Practitioner (CNS) (Schober et al., 2020). CNS er sykepleiere på ekspertnivå som har ferdigheter til å ta komplekse avgjørelser i sin kliniske spesialitet, og bruker ofte en systemtilnærming for å påvirke optimal omsorg. NP er sykepleiere som har en videreutdanning på mastergradsnivå, og har en bredere kunnskapsbase enn CNS som er egnet til å tolke, forstå og vurdere pasientens udiagnostiserte helseproblemer innenfor et bredere område. NP jobber hovedsakelig i primærhelsetjenesten, men kan også jobbe på sykehus. (Fagerström, 2019c, 2021). NP er den mest brukte AKS-tittelen internasjonalt (Fagerström, 2019c), og i denne studien vil NP heretter betegnes

som AKS. AKS gir en generalistkompetanse til å kunne ta et større ansvar og ha en mer selvstendig rolle innenfor den behandlende sykepleierfunksjonen (Fagerström, 2019c). ICN har beskrevet kjennetegn på AKS som innebærer følgende tre hovedpunkter: utvidet kunnskapsbase tilsvarende masternivå, tilstrekkelig klinisk praksis og landsspesifikke regler som underbygger avansert klinisk sykepleiepraksis. Hvilken funksjon AKS kan ha i sin rolle referer til hva AKS lovlig kan utføre, og er styrende for hva de kan gjøre, hvilken pasientgruppe de kan behandle og under hvilke omstendigheter de kan gi omsorg (Schober et al., 2020). Forskning tyder på at det i mange land fortsatt er mangel på styring og regulering av AKS-rollen, og at dette må løses (Cooper et al., 2019). I de nordiske landene er det en sterk teoretisk sykepleietradisjon, hvor det legges vekt på både sykepleier-pasientforholdet og humanistiske verdier (Fagerström, 2021). Med bakgrunn i dette har det blitt utviklet en nordisk modell for avansert klinisk sykepleie, med åtte kjernekompetanser: direkte klinisk praksis, etiske beslutninger, coaching og veiledning, konsultasjon, samarbeid, case management, forskning og utvikling og ledelse. Klinisk praksis er den mest sentrale faktoren. Hvordan AKS utvikler sine kompetanseområder, avhenger av pasientens helse- og pleiebehov og organisasjonens og samfunnets krav og behov (Fagerström, 2019a). Sykepleie på avansert nivå har som overordnet mål å bidra til bedre helse for pasienten, og til å forbedre pasientens pleie og behandling (Fagerström, 2019a).

2.2 AKS i Norge

Dette avsnittet vil omhandle utviklingen av AKS i Norge i korte trekk. AKS er relativt nytt i Norge. Det første materutdanningsprogrammet ble opprettet i Oslo i 2011 (Helsedirektoratet, 2017). Samhandlingsreformen og færre liggedøgn på sykehus de siste årene har ført til økt krav til kompetanse i kommunehelsetjenesten. I tillegg lever befolkningen i Norge lengre, noe som er sterkt knyttet til den medisinske og teknologiske utviklingen som gjør at vi i dag kan behandle sykdommer som før var dødelige. Dette øker presset på helse- og omsorgstjenestene generelt og spesielt i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). For å kunne møte behovet til pasienter med sammensatte lidelser med komplekse behov, er det behov for at sykepleiere har stor bredde i sin kompetanse (Helsedirektoratet, 2017). For å møte disse utfordringene er masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie et av Helse- og omsorgsdepartementets tiltak for de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2019). I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 blir det beskrevet at alle som jobber i sykehus må være forberedt på endringer i arbeidsoppgaver og hvem som gjør hva vil forandres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Dette vil drive frem et behov for kompetanseutvikling for sykepleiere i sykehus (Helsedirektoratet, 2021a). Til sammen

tilsier disse behovene hos pasienter i norsk helsevesen, at det blant annet vil være et økt behov for AKS, både i kommune- og spesialisthelsetjenestene.

I 2016 fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomgå og vurdere om dagens videreutdanningstilbud for sykepleiere møter behovet i tjenestene. Med bakgrunn i dette skulle så Helsedirektoratet i 2018, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, utvikle forslag til en nasjonal studieplan for en ny master i avansert klinisk allmennsykepleie. Helse- og omsorgsdepartementet mente at kompetansen i AKS er så viktig at spesialistgodkjenning var ønsket å ta i bruk og at standardisering av utdanningen er viktig både for pasientsikkerheten og for tillit til kompetansen (Helsedirektoratet, 2019). Dette har ført til en forskrift om spesialistgodkjenning av sykepleiere (Helsepersonelloven, 2020). Spesialistgodkjenningen har ført til retningslinjer for utdanningen, men retningslinjer for AKS sin rolle og funksjon AKS er opp til det aktuelle arbeidsstedet å utforme. Implementeringen av AKS er fortsatt i startgroppen i Norge. AKS har ikke, i motsetning til en del andre land, rett til å forskrive behandling, inkludert legemidler. Det vil kreve en lovendring (Helsedirektoratet, 2021a). Et debattinnlegg i Sykepleien etterlyser en kunnskapsutredning knyttet til sykepleiespesialistenes rolle og funksjon innen helsetjenesten, med spesielt fokus på om de med spesialistgodkjenning skal kunne forskrive legemidler (Pedersen et al., 2022). Det skjer altså en utvikling av AKS sin rolle og funksjon i Norge, men alt er ikke på plass enda.

2.2.1 Konteksten akuttmottak og sykepleierens arbeidsoppgaver i akuttmottak

Akuttmottak tar imot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. I Norge, noe som er ulikt mange andre land, kan en ikke møte opp rett i akuttmottak. Pasienter skal primært henvises fra enten fastlege, legevakt eller bli prioritert inn av ambulanspersonell etter deres vurderingssystem (Blinkenberg et al., 2019). Det stilles store krav til kompetanse hos sykepleiere i akuttmottak. Årsaken til dette er at pasientgruppen er kompleks med blant annet en økende mengde multisyke eldre, pasienter med uavklarte tilstander kombinert med høy aktivitet (Helsedirektoratet, 2014). Pasienter som kommer til akuttmottak, kan ha en rekke ulike tilstander som gjør at de krever øyeblikkelig hjelp. Hovedgruppene er medisinske, kirurgiske, ortopediske, nevrologiske, onkologiske og gynekologiske tilstander (Mollaoğlu & Çelik, 2016). Derfor innebærer faglig forsvarlig sykepleie i akuttmottak å kunne handle raskt på basis av faglig vurdering av en pasients situasjon (Helsedirektoratet, 2014). Særlig den kliniske vurderingskompetansen er viktig for å

kunne ivareta vurdering av hastegrad ved ankomst, prioritering av tiltak, måling av vitalia og andre undersøkelser (Helsedirektoratet, 2021b). I dette arbeidet spiller sykepleieren en sentral rolle.

ABCDE, hvor A står for luftveier (Airways), B for ventilasjon (Breathing), C for sirkulasjon (Circulation), D for nevrologisk status (Disability) og E for avdekking og beskyttelse for omgivelsene (Exposure/environment), og er en internasjonalt brukt huskeregel for systematisk vurdering og tiltak og er en primærundersøkelse for å få et raskt overblikk over pasientens tilstand (Haugen, 2017). Helsepersonell i akuttmottak bør jobbe etter ABCDE-prinsippet når de undersøker pasienter (Helsedirektoratet, 2021b).

Ifølge Helsepersonelloven skal leger ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasienten (Helsepersonelloven, 2001, § 4). Helsepersonell kan overlate bestemte oppgaver til annet helsepersonell hvis dette er forsvarlig ut fra oppgavens og personellens kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 2001, § 5). Helsepersonell skal også straks gi den helsehjelp de evner, når det må antas at helsehjelp er påtrengende nødvendig (Helsepersonelloven, 2001, § 7). Med bakgrunn i det som er nevnt ovenfor, er det tradisjonelt sett i et akuttmottak leger som står for rekvirering av undersøkelser, diagnostisering og behandling av pasienter, mens sykepleiere utfører de rekvirerte undersøkelsene. Hvilke oppgaver sykepleiere gjør, kan variere noe fra akuttmottak til akuttmottak.

AKS i akutte settinger har i tidligere forskning vist seg å være viktig for organisasjonen, med deres betydelige ekspertise, nettverk og kunnskap om helsevesenet som var med på å lette pasientbehandlingen blant annet ved å binde sammen lege- og sykepleierjobben (Williamson et al., 2012). Rollen til AKS i akuttmottak i Norge er fortsatt diffus, og kan oppleves som en trussel av kollegaer som er av andre yrkesgrupper (Boman et al., 2019). I fremtidig forskning på rollen anbefales det å evaluere implementeringen av AKS i norske akuttmottak, og senere utfallet av det (Boman et al., 2019). I norske akuttmottak er det en blanding av sykepleiere med ulike spesialistutdanninger og forskjellig utdanningsnivå (Boman et al., 2019). Ledelsen har ansvaret for å bruke rett kompetanse til rett oppgave, eller funksjon, og det må forankres i nasjonale retningslinjer for å kunne møte helsebehovene til pasientene som er presentert i akuttmottakene (Boman, 2019). Akuttmottak i Norge har altså et behov for økt kompetanse og utnytte den kompetansen som finnes blant sykepleierne.

2.3 AKS i internasjonal akuttmedisin

I USA ble AKS rekruttert fra primærhelsetjenesten og til spesialisthelsetjenesten på 80-tallet. Bakgrunnen var økt mengde av eldre og multimorbide pasienter og mangel på intensivleger, og som en følge av dette ble det nødvendig med en ny retning for AKS-utdannelse, nemlig Acute Care Nurse Practitioner (ACNP) (Kleinpell et al., 2014). AKS kan ha ulike roller i akuttmottak. Fra en undersøkelse i Australia viste det seg at AKS som behandlet pasienter med mindre skader, hadde positiv innvirkning på blant annet pasientflyten i akuttmottak, mens studier fra USA beskriver positiv effekt på komplikasjoner i etterkant av traumer ved bruk av Trauma Nurse Practitioner (TNP) (Holliday et al., 2017; Plath, 2019). Implementeringen av AKS i akuttmottak har imidlertid ikke vært helt uten komplikasjoner. Erfaringer fra Canada understreker viktigheten av å få forankret klare retningslinjer for hva en AKS er, og hva de kan utføre (Doetzel et al., 2016a). I blant annet Storbritannia, USA og Australia er rollen godt etablert, og det viser seg at de kan behandle pasienter med mindre alvorlige skader/sykdomstilstander, slik at leger fristilles til pasienter med mer alvorlige tilstander (Carter & Chochinov, 2007). Internasjonalt er det ulike erfaringer med implementering av AKS i akuttmottak. I Australia har det vært en suksess, med etablering av fast-track systemer utført av AKS, som har vært et positivt bidrag for å motvirke stuvning av pasienter i akuttmottak. I Canada har implementeringen vært mer utfordrende av ulike årsaker (Doetzel et al., 2016b; Plath et al., 2019). Internasjonal forskning viser at bruk av AKS i akutt- og kritisk sykepleie forbedrer utfallet til pasienten etter sykehusoppholdet, kan øke tilfredsheten hos pasienter, kvaliteten på helsehjelpen og har positiv innvirkning på ventetiden (Jennings, 2015; Woo et al., 2017).

2.4 Problemstilling

AKS som profesjon er nytt i Norge og rollen er enda ikke godt etablert. For at rollen skal bli bedre etablert, trengs det kunnskap blant alle aktørene i det norske helsevesenet om hva AKS er og hvordan de best kan brukes. AKS selv er en viktig aktør i implementeringen. Siden det foreløpig ikke finnes regulerende retningslinjer knyttet til AKS rolle og funksjon i helsetjenesten, er det nødvendig å innhente kunnskap fra de som har erfaringer knyttet til implementering. Denne studien setter søkelys på ferdig utdannende AKS som jobber i akuttmottak, hvor hensikten er å utforske og beskrive hvordan de erfarte implementeringen av AKS-rollen. Det er også ønskelig å utforske hvordan de etter endt utdanning har endret hvordan de utfører sine arbeidsoppgaver, både i sin rolle som AKS og som sykepleier. Problemstillingen blir derfor:

«Hvilke erfaringer har ferdig utdannede AKS som jobber i akuttmottak knyttet til sin rolle, og hvordan erfarer de at arbeidsoppgaver og tilnærminger har endret seg etter endt utdanning?»

3 Forskningsdesign og metode

I dette kapittelet gjøres det rede for studiens forskningsdesign og metode. Valgt design og metode for studien vil presenteres. Videre vil det gjøres rede for forskningsprosessen fra planleggingsfasen, intervjuene, behandlingen av datamaterialet og hvilke etiske overveielser som har vært aktuelle for studien.

3.1 Kvalitativ studie i form av individuelle intervjuer

Det valgte designet for denne studien er utforskende og beskrivende kvalitativt. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning. Metoden bygger på et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og tolkning av tekstlig materiale fra blant annet samtale. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte (Malterud, 2013). Kvalitativ metode vil være hensiktsmessig for denne studien, da jeg ønsket å utforske på hvilken måte AKS selv erfarte sin arbeidshverdag. Implementeringen av AKS i norske akuttmottak er i på det nåværende tidspunkt i startgropen, slik at AKS egne erfaringer er viktig å få frem. Det være seg positive og negative erfaringer, og hvilke fenomener AKS mener har påvirket dem i en eller annen retning.

Metoden som er valgt for denne studien er semistrukturerte intervju. Med semistrukturert menes at intervjuet hverken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. (Kvale & Brinkmann, 2015). Mer om intervjuguiden kommer under kapittelet datainnsamling.

3.2 Rekrutteringsprosedyre og utvalg

Et strategisk utvalg er satt sammen med den hensikt at materialet har best mulig potensial til å besvare valgt problemstilling (Malterud, 2013). Rekrutteringen min måtte derfor skje fra akuttmottak i Norge, med ansatte som var ferdig utdannet AKS. Hvor mange som skal intervjues i en kvalitativ intervjuundersøkelse, kan være vanskelig å vite. Det avhenger av formålet med undersøkelsen, og hvor mye tid og ressurser man har tilgjengelig spiller også inn (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien var det ikke en så stor gruppe å velge ut fra. Formålet var å få innsikt i informantenes erfaringer. Tid var også en begrensende faktor, på grunn av tidsavgrenset arbeid.

3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene var ferdig utdannede AKS, med mastergrad, som jobbet i norske akuttmottak. De trengte ikke å ha definerte roller som AKS på sin arbeidsplass, da rollen ikke er etablert i alle akuttmottak. Ut ifra det jeg visste, var det ikke så mange akuttmottak i Norge som hadde AKS i sin sykepleierstab. Flere eksklusjonskriterier anså jeg som ikke nødvendig. Kjønn og alder vurderte jeg som ikke av betydning for å være styrende for utvalget til denne studien.

3.2.2 Rekruttering

For å rekruttere informanter kontaktet avdelingsledere på aktuelle akuttmottak via e-post med et informasjonsskriv som vedlegg (vedlegg 1). Avdelingsleder distribuerte så forespørselen videre til de aktuelle på sin avdeling. De som responderte positivt på å stille som informanter, hadde videre direkte kontakt med meg. Dette skjedde enten via e-post eller sosiale media, hvor vi avtalte tid og sted for intervju.

3.2.3 Endelig utvalg

Seks informanter fra to ulike akuttmottak i Norge ble det endelige utvalget. Alle hadde ulikt antall år med arbeidserfaring som sykepleiere. De fleste utførte en rolle som AKS på sin arbeidsplass, men ikke alle. Informantene hadde ulik arbeidserfaring, men alle hadde jobbet flere år både i akuttmottak og i andre stillinger som sykepleiere før AKS- utdanningen. Utvalget var derfor strategisk, og jeg vurderte at seks informanter var nok sett i lys av studiens størrelse og tid til rådighet.

3.3 Datainnsamling

Her vil det presenteres i det følgende forberedelsene til datainnsamling, selve gjennomføringen av intervjuene og etterarbeid etter utførte intervjuer.

3.3.1 Forarbeid

I denne studien ble semistrukturert intervju brukt som datainnsamlingsmetode. I semistrukturerte intervjuer har forskeren forberedt en intervjuguide før intervjuet, men følger den nødvendigvis ikke

slavisk under selve intervjuet (Braun & Clarke, 2013). Jeg hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide, med spørsmål som berørte de temaene jeg ønsket å få besvart i intervjuene. Siden jeg var fersk som forsker, ønsket jeg å ha konkrete spørsmål istedenfor tema i stikkordsform. Spørsmålene ble utformet med bakgrunn i tidligere forskning om implementering av AKS. Studiets problemstilling var også førende for utarbeiding av spørsmål i intervjuguiden. For å teste ut både utstyret for opptak og intervjuguiden, gjorde jeg et pilotintervju med en kollega som har tatt en annen videreutdanning. Ingen endringer ble gjort i intervjuguiden etter pilotintervjuet (vedlegg 2).

3.3.2 Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt på informantenes arbeidsplass, på universitet og hjemme hos informanten. Under alle intervjuene satt vi på en plass hvor vi kunne snakke uforstyrret og uten for mye støy rundt. I forkant av intervjuene fortalte jeg kort om studiets problemstilling og formål, litt om min bakgrunn og informerte om hvordan datamaterialet ville bli håndtert i ettertid. Noen av informantene kjente jeg til fra før, mens andre hadde jeg aldri møtt før. Intervjuene ble tatt opp med nettskjema diktafon via en app på telefonen, noe som også er i tråd med USN sine retningslinjer for behandling av lydfiler (usn.no, 2019). Intervjuene ble mer som en samtale, hvor intervjuguiden ble brukt for å holde fokus på problemstillingen og drive samtalen videre i de tilfellene der det var nødvendig. De fleste informantene snakket lett og engasjert om temaer som var aktuelle for problemstillingen. Varigheten på intervjuene var fra omtrent 45 minutter til litt over en time.

3.3.3 Etterarbeid og transkribering

Da intervjuene var gjennomført, skrev jeg ned notater og refleksjoner. Det kan lønne seg for intervjueren å ha en pause etter hvert intervju for å notere seg umiddelbare inntrykk, som er basert på intervjuerens empatiske tilgang til de kommuniserte meninger (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg gjennomførte tre intervjuer på en dag, og noterte ned noen stikkord i pausene mellom intervjuene. De tre andre intervjuene ble gjennomført på tre ulike dager, slik at da hadde jeg god tid til refleksjon etter hver av disse intervjuene.

Selve transkriberingen utførte jeg selv. Av ca 4 timer og 30 minutters lydopptak av intervjuene ble det 80 sider tekst med 1,5 i linjeavstand. For å skille mellom intervjuer og informant ble bokstavene I og O brukt. Pauser, hvor informanten eksempelvis tenkte seg om før de svarte, ble markert med

flere punktum etter hverandre. I denne delen av analyseprosessen ble også latter tatt med. Uttrykk som «da» og «på en måte» ble tidvis tatt vekk for å få bedre flyt i teksten. Forskeren har et ansvar for å ikke latterliggjøre uttrykk brukt av informanten, men må samtidig tilstrebe mest mulig ordrett skriftliggjøring av en samtale (Malterud, 2013).

Transkriberingen var tidkrevende, men også nyttig da jeg allerede da startet å reflektere over hva som egentlig ble sagt i intervjuene.

3.4 Dataanalyse

Prosessen frem mot resultatet vil presenteres i dette avsnittet. Jeg valgte å bruke Malterud som inspirasjon for systematisk tekstanalyse. Analyse brukes som en brobygger mellom rådata og resultat, gjennom at materialet blir organisert, sammenfattet og fortolket. Analysen foregår gjennom fire trinn. Første trinn er gjennomlesning av transkribering, andre trinn koding, tredje trinn kondensering og til slutt fjerde trinn som er rekontekstualisering (Malterud, 2013).

3.4.1 Første trinn – gjennomlesning

De ferdig transkriberte tekstene ble skrevet ut, og tekstene ble lest igjennom flere ganger for å skape et helhetsinntrykk. I denne fasen handler det om å bli kjent med materialet, sette forforståelsen og teoretisk referanseramme til side, samt være åpen for de inntrykk materialet gir oss (Malterud, 2013). Etter hvert i denne fasen, skrev jeg ned stikkord i margin om hva teksten handlet om, uten å tenke systematisering. Så summerte jeg opp det jeg hadde notert i margin, og lagde meg et tankekart for å se hva som eventuelt handlet om det samme. Ut ifra tankekartet lagde jeg fire hovedkategorier med foreløpige betegnelser. Det er fordelaktig at en annen forsker også leser igjennom materialet for å skape et analytisk rom med flere nyanser (Malterud, 2013). I denne studien var ikke det mulig, men jeg delte mine resultater underveis med medstudenter og veileder på samlinger, og fikk råd og andre synspunkt herfra.

3.4.2 Andre trinn – koding

Meningsbærende enheter er de delene av teksten som er relevante i forhold til problemstillingen. Koding gjøres ved å systematisere de meningsbærende enhetene med hovedkategoriene som veiviser (Malterud, 2013). Måten jeg løste dette var ved å gi hvert av intervjuene en farge. Jeg

markerte så tekst som jeg tenkte tilhørte de ulike hovedkategoriene, og kopierte dem inn i et nytt dokument med hovedkategorien som overskrift. Til å begynne med markerte jeg all tekst. Teksten ble gjennomlest på nytt, og meningsbærende enheter ble markert manuelt. Meningsbærende enheter ble identifisert ved at jeg hele tiden hadde de foreløpige hovedkategoriene og problemstillingen foran meg under gjennomlesning. Datamaterialet som jeg anså som ikke relevant for problemstillingen og hovedkategoriene, tok jeg vekk. Det gjorde det lettere for meg å holde søkelys på hvilke deler av datamaterialet som var relevant for mitt prosjekt. Koding ble gjort ved at jeg satte foreløpige betegnelser ved de meningsbærende enhetene, for å kunne finne underkategorier av de ulike hovedkategoriene. Jeg skrev kodene både manuelt på en utskrevet del av datamaterialet og la det inn som kommentar i dokumentet.

3.4.3 Tredje trinn – kondensering

I analysens tredje trinn skal kunnskapen som ble etablert i andre analysetrinn abstraheres (Malterud, 2013). Den jobben jeg hadde gjort i trinn to, med å markere meningsbærende enheter, gjorde at jeg stod igjen med de delene av datamaterialet som jeg skulle systematisere. Dette ble gjort ved at jeg kopierte de meningsbærende enhetene inn i nye dokumenter. Jeg hadde kodene med de meningsbærende enhetene både i papirform og på PC, som gjorde at det var lettere å systematisere ut ifra jobben jeg hadde gjort i trinn to. Flere gjennomlesninger og tilbakemelding fra veileder førte til noen endringer. Tre foreløpige hovedkategorier ble til slutt fire hovedkategorier. Alle hovedkategoriene fikk subkategorier med ulikt antall. Etter denne systematiseringen, kunne jeg begynne på fjerde trinn, rekontekstualisering.

3.4.4 Fjerde trinn – rekontekstualisering

I denne delen av analysen skrives det en analytisk tekst i form av gjenfortelling, som formidler til leseren hva vårt materiale forteller om problemstillingen (Malterud, 2013).

De tidligere kodene som omhandlet det samme, ble ved hjelp av kondensering av de meningsbærende enhetene skrevet til en sammenhengende tekst, som fortalte noe om informantenes erfaringer med å jobbe som AKS i norske akuttmottak. Enkelte gullsitater ble tatt med for å krydre teksten, og understreke hovedbudskapene til de ulike kodene.

3.5 Ethiske overveielser

I en intervjuundersøkelse oppstår et menneskelig samspill som påvirker intervjupersonene, og kunnskapen som produseres i intervjuet. Det gjør at intervjuforskning er fylt med moralske og etiske spørsmål. Alle som utfører forskning, har ansvar for å ivareta forskningsetikken (Kvale & Brinkmann, 2015; NESH, 2021). I dette kapittelet vil jeg derfor omtale de etiske overveielsene som var nødvendige i denne studien. NSD-søknad var på forhånd sendt inn og godkjent før intervjuene ble satt i gang (NSD nummer: 22318).

3.5.1 Informert samtykke og anonymitet

Ved informert samtykke får forskningsdeltakerne kunnskap om studiens overordnede formål. Det innebærer også at de informeres om mulige risikoer og fordeler ved å delta, samt at deltagelsen er frivillig (Kvale & Brinkmann, 2015). Informantene fikk som tidligere beskrevet, informasjonsskriv per e-post. Det ble gjort slik, for å ikke legge press på informantene til deltagelse. De ble gjennom informasjonsskrivet informert om at deltagelsen var frivillig, og at de kunne trekke seg om de ville. Før intervjuene ble gjennomført, signerte informantene på samtykke til deltagelse. På denne måten ble intervjuene gjennomført med informert samtykke fra informantene. For informantene i denne studien innebar det liten risiko. Muligens kunne det være en fordel for informantene å delta, ved at de fikk belyst hvilke kvalifikasjoner AKS-utdannelsen hadde gitt dem.

Siden antallet AKS i norske akuttmottak per dags dato er lavt, kunne det by på utfordringer å ivareta anonymiteten til informantene. Gjennom transkriberingen ble lydopptakene anonymisert ved at navn eller stedsnavn som ble nevnt i intervjuene ble tatt bort. Tittel på de funksjonene som AKS har i akuttmottak ble også tatt bort, for at det ikke skulle være så lett gjenkjennbart hvor informantene jobbet. De transkriberte intervjuene ble oppbevart på en kryptert minnepenn, og vil bli slettet etter at studien er ferdigstilt.

4 Resultater

I dette kapitlet vil resultatet av analysen presenteres. I analysen har jeg brukt Malterud som inspirasjon for å gjøre en tematisk analyse. Overskriftene vil gjenspeile de fire hovedkategoriene som ble identifisert gjennom analysen og er henholdsvis informantenes erfaringer med implementering av AKS, endring i arbeidsoppgaver, endring i pasienttilnæringer og til slutt hva AKS ønsket seg. I dette kapitlet vil de som har blitt intervjuet bli omtalt enten som AKS eller informant.

Teksten vil inneholde direkte sitater, for å understreke hovedbudskapet i de ulike kategoriene. Sitatene er også brukt for å krydre teksten. Utvalgte sitater kan ifølge Malterud brukes for å illustrere hovedpoeng i teksten (Malterud, 2013).

4.1 Informantenes erfaringer med implementering av AKS

Analysen avdekte at AKS-rollen var forsøkt innført flere ganger, og at den enda ikke er innført. Det var ulike faktorer som var årsak til at den ikke var helt på plass enda. Disse årsakene vil presenteres her. Kapitlet er delt inn i to underkategorier som er to skritt frem og et tilbake og betydning av støtte fra ledelsen.

4.1.1 To skritt frem og ett tilbake

Dette avsnittet vil handle om hvordan informantene hadde erfart implementeringen av rollen og hva statusen på implementeringen var. I ett akuttmottak var ikke rollen forsøkt implementert enda, da det fremdeles var for få AKS. For et annet akuttmottak hadde det vært forsøkt ulike roller for AKS. En av modellene som ble forsøkt var at AKS skulle ta seg av pasienter med forholdsvis enkle medisinske problemstillinger som dyp venetrombose (DVT) og enkle ortopediske tilstander som brudd i ekstremiteter. AKS var også tiltenkt å bli brukt til å ta innkomst på palliative pasienter. En annen oppgave de var tiltenkt var at de skulle gå visitt sammen med en lege på observasjonsposten, som er en post i akuttmottaket hvor pasienten kan ligge i 48 timer. Dette ble det imidlertid ikke noe av, på grunn av koronapandemien.

Det ble tydelig gjennom analysen at koronapandemien hadde hatt innvirkning på hvordan AKS ble brukt i akuttmottaket. Pandemien medførte mange utfordringer for helsevesenet, og ga behov for å

prioritere annerledes når det kom til organisering og pasientflyt. Intervjuene viste at forsøkene med utprøving av nye roller ble lagt på vent for AKS, på grunn av koronapandemien. De gikk da tilbake til sine opprinnelige arbeidsoppgaver som sykepleier i akuttmottak. Selv om noen erfarte det som frustrerende, kom det også frem at for noen opplevdes dette som en befrielse, fordi de da slapp å bruke krefter på å kjempe for å få rollen opp å gå:

«Det var nesten sånn at det her var litt deilig, når koronaen kom, så var det en grunn til at vi ikke kunne jobbe med det vi ville. For da var det unntakstilstand, så var det alle mann til pumpene, ut i krigen liksom.»

For andre opplevdes koronapandemien som nok en utsettelse av implementering av rollen. Flere av informantene sa at de trodde at implementeringen av rollen kom til å ta tid. Frustrasjon over at det ikke var en tydelig plan for hva AKS skulle brukes til etter utdanning, var blandet med en viss forståelse for at implementeringen vil ta tid. AKS rollen var ny for dem, slik at de følte de trengte tid for å bli trygg i de nye oppgavene. Rollen har altså vært forsøkt utprøvd i mange former, og noen av informantene trodde at de nå var på vei til å få til noe som kunne fungere. Andre sa at man fortsatt var i startgropen og at samme feil har blitt gjort flere ganger i implementeringen. Som en av de uttrykte;

«Det er viktig for meg å tenke at vi tar to skritt frem, også tar vi ett tilbake. Det er viktig for meg å ikke være så utålmodig tenker jeg, fordi at selv om min visjon er til stede så kommer det ikke til å skje på den måten. Så jeg er nødt til å være tålmodig. Det kjenner jeg».

I intervjuene kom det altså frem at det var en forståelse for at implementeringen av AKS ville ta tid, slik det har gjort internasjonalt. Frustrasjonen som flere uttrykte, gikk mer på at de ikke opplevde støtte i ledelsen høyere opp i sykehuset og at det ikke var en god nok plan for hva rollen deres skulle inneholde. Det leder oss over til neste avsnitt, som omhandler hvordan informantene erfarte innvirkningen av organisasjon og ledelse i implementeringsprosessen.

4.1.2 Betydningen av støtte fra ledelsen

Under intervjuene kom det frem at det var satt av midler til at informantene fikk dekt AKS-utdannelsen av arbeidsgiver. Imidlertid var det ikke satt av midler til at de kunne bli fristilt fra sykepleiebemanningen når de skulle fungere som AKS, noe avdelingsleder også ønsket, ifølge

informantene. Informantene mente at det var sykehusledelsen høyere opp som var årsaken til at de ikke fikk midler til å bli fristilt fra de vanlige sykepleieoppgavene når de hadde AKS-rollen. Med de vanlige sykepleieoppgavene mente de oppgaver som å ta EKG, gjøre vitale målinger og pleie- og omsorgsoppgaver. For dem innebar det at de måtte gjøre de oppgavene de hadde før som sykepleier, i tillegg til at de skulle fylle en ny rolle som AKS. De uttrykte også at det var lite og/eller dårlig planlagt hva deres rolle skulle være etter endt AKS utdanning. Det var en plan, men planen var vanskelig å gjennomføre. Erfaringen var at det ble brukt mye penger på å gi dem denne utdanningen, men at de ble dårlig utnyttet i etterkant. En av dem uttrykte dette:

«Vi har fått forskjellig grader av stipend og fritak fra jobb for å gjøre dette her, og vi har gjort det, også kommer vi til et kaos, hvor ingenting er i orden. Det er en plan, men den er ikke gjennomførbar»

Informantene uttrykte at mye av kaoset de erfarte var relatert til for mange oppgaver. En av informantene fortalte at de hadde gått lange perioder hvor de hadde gjort akkurat de samme oppgavene som før utdanningen, med bakgrunn i at rollen ikke fungerte og derfor hadde blitt satt på vent. Under intervjuene kom det frem at de trodde at det å skulle tre inn i en ny rolle som AKS ble håndtert ulikt fra person til person. En informant snakket om andre kollegaer, som også var AKS, som mente at man bare måtte kreve å få fungere som kun AKS når de var satt opp til det i turnus. Men for flere av informantene erfarte de det som vanskelig å bare kreve sin plass, når de samtidig visste at det ble flere oppgaver på sykepleierkollegaene deres. Det oppstod en indre konflikt i dem, som handlet om et ønske om få brukt sin nye kompetanse, men heller ikke belaste sine sykepleierkollegaer med økt arbeidsmengde. For mange oppgaver på en gang, med implementering av en ny og krevende AKS-rolle ble uttrykt slik:

«Ja, jeg begynte jo å ta imot(nevner pasientgruppe) i 2019 ved siden av de vanlige sykepleier oppgavene. Det var helt forferdelig, altså helt. Jeg tror jeg gikk ned 8 kg eller noe, for man jobba seg i hjel.»

For noen av informantene ble løsningen å fortsette å kjempe for å få gjennomført de nye arbeidsoppgavene som AKS. Andre gikk tilbake til å gjøre de vanlige sykepleieroppgavene som de kunne veldig godt, og tenkte at legene heller kan skrive innkomst. Å skrive innkomst var en av de nye oppgavene de hadde i rollen som AKS. Opplevelsen er at nærmeste leder, også omtalt som avdelingssykepleier, støttet at AKS burde få konsentrere seg om sine nye oppgaver. Økonomi blir

nevnt som en viktig faktor for hvorfor noen av informantene trodde denne fristillingen var vanskelig. En av informantene uttrykte at selv om avdelingssykepleier støttet fristilling av AKS, hadde hen ikke noe reelt makt til å gjennomføre det. Flere av informantene uttrykte at det var frustrerende å ha brukt tid og energi på å gjennomføre AKS-utdanningen, men samtidig ikke få mulighet til å bruke det de hadde lært på en god nok måte. Et savn av mengdetrening i den nye AKS-rollen ble også snakket om.

En annen utfordring som informantene mente var lederansvar, var at deres nye rolle ikke hadde blitt kommunisert ut til resten av sykehuset. Det resulterte i at leger på resten av huset etterlyste inntekst på de pasientene som AKS hadde skrevet inntekst på, fordi det lå som et sykepleienotat.

«Nå har implementeringen gått over flere år da, men i begynnelsen så ringte anesthesi og skulle operere disse pasientene som vi hadde tatt inntekst på og bare, det er ikke noe inntekst! Jo, det er det, se hva AKS skrev. Ja, men det er jo en sykepleier. Så, såne ting blir det mye fuss av.»

Det ble etter hvert løst ved at vakthavende lege i mottak måtte skrive et eget notat hvor det stod «se sykepleienotat», for at leger på andre avdelinger skulle finne riktig notat.

4.2 Endring i arbeidsoppgaver

Utprøving av ulike roller hadde ført til at da intervjuene ble gjennomført, hadde de fleste informantene nå en egen rolle som AKS. Når de hadde denne rollen, var det noen oppgaver de utførte, som tradisjonelt har vært legeoppgaver. Dette kapittelet vil omhandle hvilke nye oppgaver de hadde fått, hvilken innvirkning denne oppgaveglidningen hadde hatt på samarbeidet med kollegaer og hvordan de nye oppgavene hadde ført med seg en økt grad av ansvar.

4.2.1 Konkrete oppgaver

Ett eksempel på en ny oppgave de hadde når de fungerte i AKS rollen, var som undersøkende i et mini-team, som tar imot en bestemt pasientgruppe i akuttmottaket. Det innebar at AKS undersøkte pasienten fra topp til tå, en relativt rask gjennomgang først for å få et overblikk over omfanget av skade/sykdomstilstand. Det var fire stykker i dette teamet, hvor teamleder var en lege med spesialisering i akutt- og mottaksmedisin (AMM), AKS som undersøkende, en bioingeniør og en

sykepleier fra akuttmottaket. AKS foretok så i etterka en grundigere undersøkelse, innhenting av sykehistorie og anamnese. Funnene i undersøkelsen og informasjonen om sykehistorie ble skrevet ned i en inntakstjournal for den aktuelle pasienten; sistnevnte hvis det ikke ble oppdaget en alvorlig tilstand som måtte behandles akutt, etter førstnevnte undersøkelse. Hensikten med dette teamet var at potensielt alvorlig skade raskt skal avdekkes for en spesielt sårbar pasientgruppe. Denne pasientgruppen var eldre, som flere av informantene opplever at ofte faller mellom to stoler. De beskriver også pasientgruppen som kompleks og ofte multimorbide. AKS har altså formelt sett ansvaret for den aktuelle pasienten. Informantene fortalte at de fortsatt var avhengige av lege for å kunne rekvirere CT. Lege måtte også signere på medisinkurven. AKS kunne sende røntgenhenvisning, men de måtte bruke en lege som rekvirerende. AKS var fortsatt avhengige av lege for å få fullført hele pasientløpet. De hadde også mulighet til å konferere med AMM-lege som var med på det tidligere nevnte mini-teamet. Denne nye funksjonen erfarte de som spennende, men flere av informantene sa noe om at de fortsatt erfarte at de trengte mer mengdetrening:

«Men hvis jeg skal undersøke og sitte og skrive på pasientene, så tar jo det litt tid og i og med at vi tross alt ikke gjør dette så ofte som en turnuslege, de tar jo fem inntakster hver dag fra dag en. Så har vi kanskje, la oss si at det går en calling på en vakt, plutselig så kan du ha fire vakter etter hverandre hvor det ikke skjer noen ting. Så det har tatt lang tid for oss å bli gode.»

Et annet eksempel på en rolle som AKS hadde, var på akuttmottakets poliklinikk. Informantene fortalte at det ikke var bare AKS som innehadde denne funksjonen, men også noen få sykepleiere som hadde fått utvidet opplæring for å kunne fylle denne rollen på poliklinikken. Her fortalte de at de jobbet veldig selvstendig, ofte parallelt med leger i spesialisering del 1 (LiS 1). På poliklinikken tok AKS imot egne pasienter, behandlet dem og skrev et poliklinisk notat og satte opp time til kontroll. Dersom de følte at de var usikre på vurderingen av et røntgenbilde for eksempel, så hadde de mulighet til å konferere med en lege. Erfaringen var at denne funksjonen fungerte veldig godt og at de jobbet relativt autonomt:

«...sykepleierklinikken har vært en kjempesuksess. Og hvis den blir tatt bort så kommer alt til å falle sammen. Og det er fordi nå har de (legene) blitt vant til at sykepleierne er de som gipser, så de vet ikke hvordan de gipser nå.»

En av informantene fortalte at AKS-utdannelsen førte til at hen forstod mer hva hen undersøkte på pasienten på poliklinikken, som for eksempel å sjekke nevrologisk status distalt for et brudd. En

annen informant fortalte at undersøkelser hen gjorde på poliklinikken kunne føre til at pasienten ble innlagt. Eksempelvis tok hen et EKG på en eldre pasient som hadde falt, noe som avdekket en mulig kardiell årsak til fallet. Informanten bemerket noe humoristisk at AKS skapte kanskje mere jobb ved å avdekke flere sykdomstilstander ved pasienten, men at det tross alt var mer pasientsikkert.

4.2.2 Samarbeidet med annet helsepersonell og oppgaveglidning

Informantene samarbeidet tett med leger og sykepleiere på sin avdeling, også når de fungerte i rollen som AKS. Samhandling med kollegaer i forbindelse med den nye rollen hadde både bydd på positive og negative erfaringer. Hverdagen deres beskrev de som preget av høyt tempo og stor gjennomstrømming av pasienter. Fra legenes side erfarte de støtte. Etter hvert som legene hadde blitt kjent med dem i rollen som AKS, erfarte de at de også hadde mer tillit til dem. Informantenes erfaring var at legene fikk mer tid til sine andre oppgaver, som å operere eller ta seg av andre mer kritisk syke pasienter. Informantene opplevde også faglig støtte fra AMM-legene som var fast ansatte i akuttmottaket, i form av at de kunne konferere med dem hvis det var noe de var usikre på. Flere av informantene bemerket at det var viktig å ha støtte hos legene for å få AKS rollen til å fungere. Videre fortalte de at de brukte legene aktivt som faglig støtte, særlig AMM-legene, som er godt kjent i avdelingen. Det hadde blitt sagt fra ledelsens side at AKS skulle få undervisning og mer opplæring også etter endt utdanning. Undervisningen skulle være både intern, altså at AKS underviste hverandre, og at lege skulle ha undervisning og oppfølging av dem. Utfordringen rundt dette med undervisning og oppfølging lå i at det ikke var lagt inn i turnus, slik at det ikke var avklart om det måtte tas av egen fritid, eller om det skulle bli lagt inn som en del av turnus. Planen var at de skulle kunne de ta opp temaer som eksempelvis hvordan skrive innkomsjournal og hvordan tolke EKG. En av informantene uttalte imidlertid at selv om AMM-legene støttet dem AKS i å fremme rollen, talte AMM-legene først og fremst sin egen sak:

«Hos oss nå satses det veldig på AMM-legene, og at vi går litt under radaren føler jeg da. Det er fordi vi ikke har noen leder som taler vår sak. Akkurat som om det må en lege til for å kunne bli hørt.»

Når det gjaldt sykepleierkollegaene syntes flere av informantene at det hadde vært noe utfordrende. Flere sa at det ikke hadde blitt sagt rett ut, men de snakket om at de følte på at det ble mer jobb på sykepleierkollegaene deres. En av informantene beskrev det som et dilemma, at de måtte velge

mellom å være kollegiale mot sine sykepleierkollegaer eller kjempe for sin nye rolle. Spesielt opplevde de noe motarbeidelse fra koordinerende sykepleier. Koordinerende sykepleier sin oppgave var å sørge for at flyten i akuttmottaket ble opprettholdt, og at pasientene skulle få forsvarlig helsehjelp. En uttrykte dette vanskelig de kjente på slik:

«Og jeg vet, at hvis du ikke kan bruke de ressursene du har tilgjengelig, så blir det propper, også blir det fryktelig mye tyngre for de andre. Og det er noe av det verste jeg kan tenke meg i jobbsammenheng, hvis det blir sånn at mine kollegaer (sykepleiere) ser på listen og ser at de skal jobbe med meg, å herregud, da blir det mye på oss! Det er så vanskelig å bære for meg, at bare tanken på det gjør meg stressa.»

Informanten uttrykte her forståelse for sine kollegaer, hen visste godt selv hvor vanskelig det kunne være for koordinerende å få ressursene til å strekke til. Det førte noen ganger til at hen hadde lyst til å gå tilbake til å gjøre jobben på den måten hen gjorde før utdanningen, fordi det var noe hen kunne veldig godt. En av de andre informantene påpekte at det handlet om dårlig kommunikasjon fra ledelsen om hvilken rolle AKS skulle ha, noe som førte til at sykepleierkollegaer ikke helt forstod den nye AKS-rollen. Flere av informantene synes det var veldig synd at dette ikke ble synliggjort, slik at fordelene med AKS ikke kom godt nok frem. Informantene uttrykte også forståelse for sine sykepleierkollegaer, fordi de nye oppgavene de gjorde etter endt utdanning avlastet legene, men ikke sykepleierne. Det de så på som en av fordelene var at de gjorde noe mer av legenes oppgaver, men ikke alt, men at de så mer helhetene, fordi de dro de to rollene lege – sykepleier sammen. En annen fordel de dro frem med AKS var at de blir i akuttmottaket, sammenlignet med LiS 1, som er i akuttmottaket i et år, før nye LiS 1 kom for å utføre sin turnustjeneste. De mente at AKS da kunne være med på å etablere en kultur, som de mente kunne være vanskelig i et akuttmottak, hvor det var stor utskiftning av personell.

Å skrive innkostjournal har tradisjonelt sett vært en legeoppgave. Når det ble en AKS-oppgave, hadde det ført til noen diskusjoner med andre leger om hva som skulle være med og ikke i innkostjournalen. Innkostjournalen, som informantene skulle skrive i forbindelse med at de var undersøkende i teamet, var basert på en traumemal som bygde på ABCDE-prinsippet. AKS ønsket å ha med mer om ulike tilstander som de anså som viktige for pasientbehandlingen, som for eksempel alkoholforbruk, ernæringsstatus, svimmelhet og gangfunksjon. Her erfarte flere av informantene at legene ønsket at malen skulle være komprimert og mest mulig spisset inn mot den

aktuelle problemstillingen for pasienten. En av informantene beskrev en av diskusjonene hen hadde hatt med legene rundt innholdet i innkostjournalen:

«Men vi har fått tilbake alkohol da. Men jeg kjenner jo at det brenner i meg, jeg har lyst til å skrive om ernæring. Også det som er dumt da, ikke sant, nå er jo vi den som tar imot og da kommer det jo ikke et eget sykepleienotat. Så for eksempel det at pasienten bruker høreapparat og briller, så sier jeg at; «ja, men vi må jo få med det her!». Så sier de (legene); «ja, men det står jo i sykepleienotat». Eh..nei, hehe. Og den der tanken om at, ja, men hva har det å si om de bruker høreapparat og briller? Det har jo alt å si for delir, ikke sant! Så det er mer det der fokuset på at det er et akuttmottak, det skal være kjapt, det skal være effektivt.»

Oppgaveglidning og forståelsen av den nye AKS-rollen erfarte flere av informantene som noe vanskelig, både opp mot leger og sykepleierkollegaer. Informantene sa at de alltid har hatt respekt fra legene, men flere erfarte at de fikk mer gjennomslag når de kunne snakke mer av det samme fagspråket som legene gjorde. Den ene informanten, som ikke hadde fått en ny rolle etter endt utdanning, hadde fått motstand fra sine sykepleierkollegaer. Informanten sa at det var mest motstand fra sykepleiere med annen spesialisering som jobbet i akuttmottak, som akuttsykepleiere. Erfaringen hen hadde var at de ikke helt forstod hva AKS utdanningen omfattet og at hen trodde at de kanskje følte seg truet av en ny rolle.

4.2.3 Økt kunnskap gir økt ansvar

En annen stor endring som den nye AKS-rollen hadde ført med seg, som flere av informantene snakket om, var ansvar:

«Før som vanlig sykepleier, hovedoppgaven min var jo å ta imot pasienter, ta vitale parametere, bestille blodprøver og gi tilbakemelding til legene. Men nå har jeg jo hovedansvaret for pasienten. Det er en ganske stor forskjell. Jeg er litt sånn skrekkslagen. Jeg føler veldig på at det ansvaret jeg har fått er ganske stort.»

Det de fleste informantene erfarte som mest utfordrende med dette nye ansvaret, var det å skulle dokumentere i form av en innkostjournal. Mengdetrening ble nevnt som noe flere av informantene savnet for å kunne bli god på å skrive innkostjournal. AKS var vant til å dokumentere som sykepleier, men forskjellen var nye ting som skulle vurderes, som EKG og

blodprøver. De erfarte ansvaret de hadde for pasienten, med tanke på undersøkelse, vurdering av undersøkelsene og diagnostisering som utfordrende og spennende, samtidig litt skremmende. En av informantene som hadde jobbet lenge i akuttmottak fortalte at hen erfarte at hen brukte mer tid hos pasienten etter at hen hadde fått dette ansvaret:

«Etter at jeg tok AKS utdanningen, så følte jeg litt at når jeg er ansvarlig, så er jeg tilbake til der hvor jeg var før når det gjelder at jeg klarer å vise interesse for pasientene. Fordi nå er det faktisk min oppgave å ha tid til det.»

Hen setter dette i sammenheng med at det var en økt pasienttilstrømning, og derav økt arbeidsbelastning i akuttmottaket, sammenlignet med når hen startet å jobbe der.

Økt ansvar hadde altså for flere av informantene ført til at de fikk en ny motivasjon i jobben, at de ble mer skjerpet. Det ble også snakket om at når de sender ut et poliklinisk notat, så ble det sendt til fastlegen. At annet helsepersonell, og da kanskje spesielt leger, skulle lese og forholde seg til det de som AKS hadde skrevet, gjorde også at de følte at det ble stilt høyere krav til dokumenteringen.

4.3 Endring i pasienttilnærming

Følgende kapittel vil omhandle på hvilken måte informantene tilnærmet seg pasienter hadde endret seg etter endt AKS-utdanning. Fokuset i dette kapittelet vil være hva som hadde endret seg når de jobber som «vanlig sykepleier» på gulvet, som flere av informantene omtalte det som. Kapittelet er delt inn i underkategoriene plikt til å dokumentere godt og klinisk vurdering og diagnostisk tankegang.

4.3.1 Plikt til å dokumentere godt

God dokumentasjon var noe som nesten alle informantene følte de hadde økt plikt til etter AKS-utdanningen. Dokumentasjon til sengepost om pasienter er noe de alltid har gjort som sykepleier i akuttmottaket. AKS-utdanningen hadde imidlertid ført til at innholdet i dokumentasjonen til sengepost var blitt mer utfyllende. Flere fortalte at de var mer aktive når det gjaldt å hente inn komparentopplysninger, særlig når det gjaldt pasienter med komplekse sykdomsbilder, etter gjennomført utdanning. I praksis foregikk det ved at de i større grad ringte pårørende eller sykehjem. Noen fortalte også at de vurderte mer rundt funksjonsnivået til pasientene, som eksempelvis ganglaget eller ganghastighet. Om pasienten brukte rullator og hadde brudd i skulder,

kan dette føre til økt behov for hjelp etter utskrivelse, som en av informantene brukte som et eksempel. Hensikten med bedre dokumentasjon, fortalte informantene, var å bidra til å bedre sykdomsforløpet til pasienten. Ønsket deres var å kunne tidligst mulig sette inn de riktige tiltakene for pasienten:

«AKS synes jeg har en egen plikt til å dokumentere godt og synliggjøre hva som er pasientens problemer sånn at det kommer frem allerede på post, slik at man kan sette inn tiltak tidlig. For ellers så tar det mye lengre tid før det blir oppdaget. Så det er ikke bare sånn, okei, pasienten må innom mottak fordi vi må oppdage sepsis eller hjerteinfarkt. Altså den der sykepleierdelen hvor vi, sånn for eksempel dårlig ernæring, liggesår og sånne typer ting. Det er også viktige ting å få frem på de kjempeskrøpelige pasientene.»

Informantene mente også at når kompetansen for å kunne dokumentere godt og helhetlig fantes i akuttmottaket, så burde den også brukes der. De fremhevet også at det var like travelt på sengepost som i akuttmottak. Forventningen om effektivitet i akuttmottaket gjorde at noen av informantene følte at de måtte forsvare hvorfor de mente det var viktig å ta seg tid til god dokumentasjon:

«For legene er det litt sånn, hva er det som er viktig med dette her i akuttmottak? Men det er mye som er viktig. Hvis man tenker mer helhetlig så er det veldig viktig. Sånn at man prøver å fremme det for legen, nei det er kanskje ikke viktig for deg, men for pasienten er det viktig.»

En av informantene fremhevet også viktigheten av å avdekke tilstander tidlig for å forhindre uønsket sykdomsutvikling, som for eksempel delir. Noen av informantene snakket også om at de ikke ønsket å plage pasienten med gjentakelse av spørsmål om sykehistorie. Dette var når de fungerte i rollen som sykepleier og årsaken var at de visste at en lege, og av og til flere leger, kom til å spørre pasienten om akkurat de samme spørsmålene. Dette løste de litt ulikt. En av informantene prøvde å flette inn spørsmål i en mer uformell dialog og en sa hun observerte pasienten og lyttet til svarene pasienten ga til legen. På disse måtene samlet informantene informasjon om pasienten til sin egen dokumentasjon til sengepost.

4.3.2 Klinisk vurdering og diagnostisk tankegang

Som en del av utdanningen hadde informantene lært mer om klinisk undersøkelse og mer systematisk anamneseopptak. Dette avsnittet vil handle om hvordan de brukte denne nye kunnskapen når de fungerte som vanlig sykepleier i akuttmottak. Klinisk blick er noe flere av informantene snakket om. De brukte beskrivelser som «å se helheten», «kunne gå mer i dybden», «å forstå mer». Jobben opplevdes dermed mer interessant. Informantene følte at de kunne bidra til å øke pasientsikkerheten, for jo flere med mer kunnskap jo bedre var det:

«Egentlig så føler jeg bare at jeg kan ta bedre vurderinger nå enn før i forhold til når jeg jobber som vanlig sykepleier. Jeg føler nå at jeg har et mer helhetlig blick, mer erfaring. Jeg er mer undrende, også kan jeg undersøke ekstra nå. La oss si for eksempel lytte på hjertet, eller lungene.»

Tid hos pasienten er en ting flere informanter trakk frem som en fordel. AKS, og sykepleiere generelt mente de hadde mer tid med pasienten enn legen. Når de gjorde de vanlige sykepleieoppgavene, som vitale målinger, tok EKG eller et stell, så snakket de med pasienten i tillegg. Da kom det ofte frem tilleggsopplysninger som de etter utdanning bedre kunne vurdere som viktig eller ikke viktig informasjon med tanke på videre pasientforløp, eller som en del av sykehistorien. De fortalte at de kunne være et supplement til legene og en ekstra sikkerhetsfaktor for pasienten i et travelt akuttmottak, hvor også legene hadde mye å gjøre.

Å kunne snakke det medisinske fagspråket omtalte informantene som viktig i kommunikasjon med legene. Etter endt utdanning erfarte flere av informantene at de hadde et mer utvidet repertoar i det medisinskfaglige språket. Det erfarte de som en fordel, særlig når de skulle argumentere overfor legen hva de trodde pasientens diagnose kunne være og hva pasienten hadde behov for:

«Nå sier jeg ikke at pasienten er pjusk, jeg bruker mer faguttrykk. Hvordan man skal kommunisere med legene, man får respekt om man har tatt videreutdanning eller ikke. Men å snakke fagspråket slår alt.»

Pasientene som ble henvist til akuttmottaket hadde gjerne en foreløpig diagnose, men det var derimot ikke alltid at innleggende årsak var det som faktisk feilte pasienten. Flere av informantene trakk frem at de hadde blitt mer systematiske i forhold til hvordan de spurte spørsmålene sine og hvordan de undersøkte pasienten for å komme frem til hva pasienten led av. De fortalte at de hadde

flere scoringsverktøy som de kunne bruke. Det førte til at de kunne ha litt mer is i magen når de mistenkte en mindre alvorlig diagnose, samtidig som de var mer på alerten når de mistenkte alvorlig diagnose.

En av informantene mente, i motsetning til de andre, at hen ikke hadde lært så mye nytt rent faglig av AKS-utdanningen, men informanten trakk frem at det som faktisk hadde endret seg var at hen jobbet mer systematisk etter utdanningen. Men hen mente at nivået på utdanningen var for lav. Mulige årsaker som hen selv påpekte var at hen hadde jobbet mange år i helsevesenet, vært nysgjerrig, spurt mye og hatt mye ansvar. Travelt akuttmottak trodde hen var en årsak til at det var vanskelig for AKS å videreutvikle seg etter endt utdanning:

«Jeg lever i type overlevelse fra dag til dag. Og mye av dette her fine som jeg vet at jeg kan gjøre, som delir screening og alt det der, det er ikke mulig sånn som det er lagt opp. Og da forsvinner det bort fra mitt tapet da, ikke sant.»

Legemiddelsamstemming er tradisjonelt en legeoppgave. Flere av informantene fortalte at de mente de kunne mer om medikamenter etter endt utdanning. En av informantene brukte den kunnskapen for å supplere legene på legemiddelsamstemming:

«Siste pasient jeg gjorde det på, som hadde vært hos lege, var det seks forskjellige medisiner som var helt feil fordi pasienten ikke tok det, eller det var noe annet han tok, eller feil styrke. Og det var ikke fordi legen var noe dårlig, han er en kjempefin lege, men det var ikke fysisk tid til å sitte ned og gjøre det ordentlig.»

Flere av informantene ga også uttrykk for at en økt kunnskap om farmakologi hadde ført til at de hadde bedre forståelse for smertelindring, interaksjoner av legemidler og hvilken innvirkning det kunne ha på pasienter, særlig eldre.

4.4 Hva AKS ønsket seg

Alle informantene ga uttrykk for at de jobbet i et travelt arbeidsmiljø, hvor de aldri gikk tom for ting å gjøre. De snakket mye om hva som burde ha vært gjort annerledes under implementeringen av AKS-rollen for at det skulle ha vært lettere for dem å utføre rollen. I dette kapittelet vil det derfor handle om hvilke visjoner informantene hadde for AKS-rollen.

4.4.1 «Å få gå på topp»

Samtlige av informantene som hadde en egen rolle som AKS i akuttmottak, mente at det beste ville ha vært om de kunne blitt fristilt til «å få gå på topp» i denne rollen. Med «å få gå på topp» mente informantene at de måtte bli fristilt fra de andre oppgavene som sykepleiere gjorde i akuttmottak når de fungerte i AKS-rollen. Årsaken var at ble oppgavene for mange til at de kunne utføre sin nye rolle på en tilfredsstillende måte. Det var nok av oppgaver i et akuttmottak til at de kunne ha fylt arbeidsdagen når de fungerte som AKS, ifølge informantene. Dersom de kunne blitt fristilt til AKS-rollen, så mente de at de kunne ha veiledet nyansatte, bedret flyten i akuttmottaket og hjulpet til dersom sykepleierkollegaer trengte det. I tillegg mener informantene at de da ville hatt tid og rom for konsentrasjon, som de særlig erfarte at de trengte til å skrive innkomstjournal:

«For meg så hadde drømmeverdenen at vi gikk på topp. Vi hadde gått rundt i avdelingen og bistått og hjulpa kollegaene for å få pasientene raskere igjennom systemet. Og når teamcallingen gikk, inn å ta den pasienten, gjøre det som skulle gjøres, og da er det det vi gjør. Da kunne vi tatt andre pasienter, som DVT'er og andre oppgaver som hadde gagna avdelingen.»

Videreformidling av kunnskap var også en funksjon flere av informantene så for seg at de kunne hatt. Internundervisning, veiledet nyansatte og blitt brukt på resten av sykehuset som en ekstra ressurs for sengeposter. Som en av informantene sa om hvilken funksjon AKS kunne hatt for sengepost på natt:

«Hvis legene står opptatt i mottak på grunn av stor pasienttilstrømning, så står sykepleierne der oppe veldig alene. Og bare ha en å kunne ringe og spørre! En som har mulighet til å komme opp og se. Da kunne man sendt opp en AKS for å hjelpe sykepleieren på sengepost til å ta en vurdering av pasienten.»

Hovedbudskapet til informantene var at de ikke burde bli regnet med som en del av sykepleiebemanningen når de hadde rollen som AKS, og at det var nok oppgaver til dem utenom team-rollen de hadde som AKS til å fylle en hel arbeidsdag. En av informantene fortalte også at hen hadde blitt brukt i opplæring av LiS 1 leger når de var nyankomne til avdelingen. Samlet sett så tenkte de at avdelingen ville fått bedre utnyttelse av AKS dersom de hadde fått «gå på topp».

5 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive hvordan erfarte implementeringen av AKS. Det var også ønskelig å utforske hvordan de etter endt utdanning har endret hvordan de utførte sine arbeidsoppgaver, både i sin rolle som AKS og som sykepleier. Resultatene i denne studien viser at implementeringen av AKS-rollen var i startgropen for informantene. Deres erfaring var at de hadde støtte hos sin nærmeste leder, men ikke høyere opp i sykehusledelsen. Dermed var det ikke satt av ressurser til at de kunne bli tatt ut av den vanlige sykepleierstaben når de fungerte i rollen som AKS. Det skapte en del konflikter, hos informantene selv og med sykepleierkollegaer. Flere ga uttrykk for at de hadde behov for mer mengdetrening for noen av oppgavene som de hadde som AKS, særlig det å skrive innkomstjournal. Etter endt utdanning erfarte de fleste informantene at de hadde et mer helhetlig syn på pasientene, hadde en økt plikt til å dokumentere godt til sengepost og at de hadde mer kunnskap innen farmakologi.

I dette kapittelet vil hovedfunnene fra resultatdelen diskuteres i lys av tidligere forskning. Avslutningsvis vil dette kapittelet foreslå noen faktorer som kan være verdt å ta hensyn til i implementeringsprosessen, sett i lys av informantenes erfaringer.

5.1 Muligheter og utfordringer ved implementering av AKS i akuttmottak

Prosessen med implementering av AKS var godt i gang for flere av informantene. Ulike roller hadde både vært forsøkt og foreslått. Implementeringen hadde bydd på utfordringer, og informantene opplevde at ikke alt var på plass for at de kunne fungere best mulig som AKS. I dette kapittelet vil det diskuteres erfaringer informantene hadde fra implementering av AKS-rollen, hvordan AKS-utdanningen hadde endret måten de utførte sine arbeidsoppgaver og forslag til videreutvikling av rollen.

5.1.1 Betydningen av ledelse, organisasjon og politikk

Mange faktorer på ledelses- og organisasjonsnivå kan være fremmende eller hemmende i prosessen med å implementere AKS, og i dette tilfellet i akuttmottak. Denne studiens omfang tillater ikke å gå inn på alle faktorene, det vil her spesielt trekkes frem det som informantene erfarte som hemmende eller fremmende. Informantene opplevde i stor grad støtte hos nærmeste leder. En implementering

av AKS krever en endring av de etablerte fagrollene, og krever derfor ledere med en visjon og vilje til å gjennomføre dem (Fagerström, 2019b). Erfaringene deres var imidlertid at denne støtten ikke var godt nok forankret hos sykehusledelsen på høyere nivå. Selv om informantene opplevde at støtten fra nærmeste leder var der, så uttrykte også flere at de opplevde at implementeringen av AKS-rollen ikke var godt nok planlagt. De opplevde at det var en plan, men at planen ikke var gjennomførbar. Gjennomgående årsak til de var at AKS ble gitt for mange oppgaver. Utilstrekkelig planlegging i implementeringsprosessen av AKS kan føre til rollekonflikter og for høy arbeidsmengde for AKS, og derved påvirke både trivsel og arbeids glede (Fagerström, 2019d).

Flere av informantene uttrykte at de ikke ble møtt i ønsket om «å få gå på topp». Meningene deres rundt hvorfor de ikke fikk «gå på topp» var delt. Noen informanter mente at deres ønske ikke ble lyttet til, mens andre mente det handlet om økonomi og politikk. Forskning viser at ved implementering av AKS-rollen er det viktig å inkludere synspunktene til klinikerne som blir involvert i endringsprosessen (Woo et al., 2017). For at implementeringen av AKS skal kunne bli en suksess kreves det også sammenhengende og høykvalitets politikk som vedtar og innfører programmer eller innovasjoner, som videre skaper endringer i policy og systemer (Putri et al., 2022). Det sammenfaller med internasjonal forskning, som viser at implementering av AKS i akuttmedisin er en kompleks prosess (Putri et al., 2022). Avdelingslederen kan være i en konflikt mellom sine ansattes ønsker på den ene siden og organisatoriske og helsepolitiske mål på den andre siden. Denne studien gir ikke svaret på det, men det tas med som en mulig årsak til at informantene erfarte at de ikke ble hørt i sitt ønske om «å få gå på topp». Det kan derfor tenkes at informantene ikke har blitt lyttet til, og/eller at det er politiske, organisatoriske og økonomiske årsaker til at informantene erfarte at implementeringen og AKS- rollen ikke fungerte slik de kunne ønsket seg.

Helsevesenet som en kompleks organisasjon kan være årsaken til at implementeringen av AKS må forventes å kunne ta tid. I Norge er det gjennomført en standardisering av AKS-utdanningen gjennom spesialistgodkjenning fra politisk ståsted (Helsepersonelloven, 2020). Imidlertid er det ikke gjennomført en standardisering av rollen og funksjonen de skal inneha, kun hvilken kompetanse. Helsevesenet er en stor organisasjon som styres av politiske vedtak, både på nasjonalt og lokalt nivå, av sykehusledelsen og ned til avdelingsleder. Som en av informantene uttrykte: «avdelingsleder har ingen reell makt». Dette er kanskje en sannhet med noen modifikasjoner. Avdelingsleder er styrt av et administrativt og faglig ansvar for å realisere organisatoriske og helsepolitiske mål (Kristoffersen & Friberg, 2016). På den andre siden kan imidlertid de relasjonelle forhold som en avdelingsleder klarer å skape til sine nærmeste ansatte være en katalysator for

endring. Det fordrer at relasjonen er bygd på omsorg, er stimulerende og inspirerende (Fagerström, 2019b; Kristoffersen & Friberg, 2016). Offentlige organisasjoner, som helsevesenet, kan også sees på som så komplekse, med konkurrerende mål, og flere forskjellige interesser, at det er for kaotisk til å kunne forutse eller kontrollere utviklingen i en endringsprosess (Karp & Helgø, 2008).

5.1.2 AKS sine erfaringer vedrørende samarbeidet med leger og sykepleierkollegaer

Informantene beskrev et arbeidsmiljø hvor de samarbeidet med flere andre, som sykepleierkollegaer, leger i akuttmottak, leger på resten av sykehuset og fastlege. Støtte fra leger i akuttmottaket opplevdes som fremmede, mens for dårlig kommunikasjon om rollen til annet helsepersonell de samarbeidet med, virket hemmende. Tidligere forskning, både internasjonalt og i Norge, viser at støtte fra andre fagkollegaer og ledelse, er avgjørende for en suksessfull implementering og videreutvikling av AKS-rollen (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Fagerström, 2019b; Henni et al., 2018). Dersom andre sykepleierkollegaer ikke forstår rollen til AKS, kan det være en hemmende faktor for utviklingen av rollen (Keating et al., 2010). Om forståelsen av rollen var årsaken til at informantene opplevde motstand fra sykepleierkollegaer, gir ikke denne studien svaret på. Den nye rollen var i starten av implementeringen ikke kommunisert ut til resten av sykehuset, noe som skapte problemer i forhold til dokumentasjon. Omtrent samme erfaringer har AKS opplevd internasjonalt, som kommentarer fra andre faggrupper de samarbeider med, som for eksempel at pasienten ikke har blitt tilsett av en lege (Lloyd-Rees, 2016). Dette problemet var imidlertid løst ved at en lege i akuttmottak skrev et notat hvor det stod «se sykepleienotat for inntak». Utydelig definering av AKS sin rolle og hva deres funksjon skal innebære kan være en hemmende faktor for implementeringen av rollen. Det kan også påvirke samarbeidet, særlig da i teamarbeid, med andre kollegaer og samarbeidende yrkesgrupper (Putri et al., 2022).

Kommunikasjon om rollen til kollegaer og andre samarbeidende yrkesgrupper kan altså være viktig for utviklingen av AKS-rollen. Klare og tydelige avgrensninger av AKS sine funksjoner og ansvarsområder faktorer som kan avgjøre fremtiden for rolleutviklingen. Det kan tyde på at dette ikke var helt ferdig utviklet for informantenes del. Informantene snakket også om at de var dratt mellom å være kollegial i forhold til sine sykepleierkollegaer og at de kjempet for sin nye rolle som AKS. Lignende funn er gjort i internasjonal forskning, hvor AKS følte de ble dratt mellom å kvantifisere og rettferdiggjøre arbeidsmengdene sin, og viktigheten av kvaliteten av pleien og omsorgen de ga pasientene (Kerr & Macaskill, 2020).

Resultatene viste også at samarbeidet med leger, både LiS1 og AMM-legene, erfarte informantene som positivt og støttende. Informantene erfarte at AKS virket som en støttespiller for LiS1, mens AMM-legene, og andre mer erfarne leger, fungerte som mentor og veileder for dem. Dette samsvarer med internasjonal forskning, hvor LiS1 leger (junior doctors) har satt pris på AKS sin kliniske erfaring, kjennskap til avdelingen og hvordan sykehus generelt fungerer (McDonnell et al., 2015). Støtte fra leger har vist seg positivt for både AKS og leger i andre land, fordi de utviklet et nærmere samarbeid og ved å jobbe sammen var de bedre rustet for å møte eventuelle endringer og krav (Bagley, 2018). Internasjonal forskning viser også viktigheten av å ha en veileder eller mentor for at AKS skal kunne føle seg trygg i sin nye rolle, og at leger også kan være bidragsyttere til det (Wolf et al., 2017). Siden AKS-rollen er ny i Norge, er det mulig at leger må fungere som veileder/mentor, inntil det er nok AKS som kan overta den funksjonen.

5.1.3 Større ansvar som både noe overveldende og motiverende

Flere av informantene uttrykte at de kjente på et stort ansvar i sin nye rolle. Dokumentasjon, i form av inntakstjournal, sa flere at de opplevde som utfordrende. Manglende mengdetrening i journalskriving og avbrytelser, gjorde at de opplevde at de ikke jobbet raskt nok. Forskning fra Australia viser at personligheten i form av selvtillit til å ta egne avgjørelser, kan påvirke graden av autonomi i rollen som AKS (Schadewaldt et al., 2016). Noen av informantene i denne studien opplevde ansvaret i den nye rollen som skremmende, men det ble også beskrevet at det ga en ny motivasjon til jobben sin i akuttmottak. Økt tilfredshet i jobben blant AKS etter endt utdanning, understøttes også av annen forskning (Henni et al., 2018; Lloyd-Rees, 2016). Tidligere forskning viser på den andre siden også at en rolleovergang fra sykepleier til AKS, blant mye annet, involverer et skifte fra en leverandør av pleie til en forskriver av behandling (Barnes, 2015). Ifølge Barnes (2015) kan det involvere følelser som spenning, stress, engstelse, nervøsitet, frustrasjon, følelse av å ikke strekke til, ambivalens, usikkerhet, å ikke passe inn og å lengte tilbake til sin tidligere rolle (Barnes, 2015).

En av informantene erfarte at hen brukte mer tid hos pasientene etter utdanning som en følge av ansvaret hen nå hadde for pasientene. Informanten så på mer tid hos pasientene som noe positivt. Tidligere forskning viser at AKS har brukt lengre tid hos pasienten enn legene (Seal et al., 2005). På den andre siden viser forskning at AKS kan bidra til økt kvalitet på pasientomsorg, økt pasienttilfredshet, kortere ventetider og bedre utfall for pasienten av sykehusoppholdet (Jennings, 2015; Woo et al., 2017). Økt ansvar som fører med AKS-rollen brakte frem både positive og

negative følelser hos informantene, for noen førte det til at de brukte mer tid hos pasienten, som kanskje er nødvendig for å gi helhetlig pleie.

5.1.4 Om å se helheten, jobbe mer systematisk og tenke diagnostisk

Resultatene viste at informantene ikke hadde en AKS-funksjon hver gang de var på jobb, men jobbet også som «vanlige» sykepleiere. Dette underpunktet av diskusjonskapittelet vil omhandle mer generelle trekk ved deres pasienttilnærminger etter endt utdanning. Alle informantene sa at de etter AKS-utdanningen jobbet mer systematisk i forhold til innhenting av sykehistorie og det å søke og komme frem til aktuell diagnose for pasienten. Tidligere forskning viser også at AKS jobber mer systematisk for å avdekke mulige sykdomstilstander og hvilke handlinger som kreves ved ulike tilstander (Henni et al., 2018). De fleste informantene i denne studien uttrykte også at de i økende grad så helheten ved pasienten, fordi de hadde fått mer kunnskap og i større grad tenkte videre pasientforløp, som for eksempel rehabilitering. Annen forskning understøtter tanken om at AKS har en mer holistisk tilnærming til pasienten på grunn av deres sykepleiebakgrunn (Bryson, 2016), og at de reflekterer både dypere og bredere i klinisk arbeid (Glasberg et al., 2009).

Informantene i denne studien var også mer aktive etter AKS-utdanningen i innhenting av komparentopplysninger om pasienten, som fra pårørende og hjemmesykepleie. AKS kan være en stor ressurs i utviklingen av samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved indirekte sykepleie, som for eksempel ved konsultasjoner med annet helsepersonell og koordinering av pleie og behandling (Fagerström, 2019e). Noen fortalte at de mer aktivt gjennomførte en klinisk undersøkelse av pasienten. Flere av informantene sa at de hadde lært mer om medikamenter. Kartlegging av utdanningsbehovet til AKS som jobber i akuttmottak trekker frem farmakologi som en av hovedområdene (Keough et al., 2016). Nesten alle informantene var etter endt utdanning opptatt av bedre dokumentasjon til sengepost, for å tidlig kunne avdekke for eksempel pasientens funksjonsnivå og muligheter og utfordringer ved rehabilitering. Forskning viser at fastleger er fornøyd med utskrivnings sammendrag gjort av AKS i akuttmottak, og et godt og informativt slikt dokument er avgjørende for pasientsikkerheten (Duignan et al., 2018). Økonomisk sett kan det være vanskelig å bevise at bedre dokumentasjon gir en positiv effekt. På den andre siden kan en anta at bedre dokumentasjon fører til økt pasientsikkerhet og pasienttilfredsstillelse. I en så kompleks organisasjon som sykehuset, er det mange muligheter for informasjonstap og misforståelser. Årsaken til det er at informasjon må flyte på tvers av personer,

profesjoner, avdelinger og skift (Krogstad et al., 2015). Dersom en forbedring av dokumentasjon starter allerede i akuttmottak, kan det derfor bidra til økt pasientsikkerhet.

5.2 Forslag til videreutvikling av AKS-rollen i norske akuttmottak

Ut ifra funnene i denne studien, erfarte de fleste informantene at mye var gjort riktig med tanke på implementering av AKS på deres arbeidsplass. Likevel, basert på informantenes erfaringer, var det barrierer for at AKS-rollen ikke fungerte optimalt. Disse funnene vil diskuteres i dette avsnittet.

Informantene ønsket å kunne få «gå på topp». Med det mente de at de må fristilles fra de vanlige sykepleieroppgavene i et akuttmottak når de har AKS-funksjonen, og at det må opprettes en egen stilling for AKS. For informantene handlet dette om to ting: å ikke være en belastning for sine sykepleierkollegaer og å få tid til å utvikle seg i sin nye rolle. En studie fra Norge viser at sykepleierne som jobber i akuttmottak mener at ved implementering av AKS må sykepleierbemanningen revurderes (Boman et al., 2019). AKS må, ifølge deltakerne i denne studien, sees på som et eget yrke og administrativt ikke være en del av den vanlige sykepleiebemanningen (Boman et al., 2019). Annen forskning understøtter viktigheten av at AKS-rollen må inkluderes i arbeidsstyrkeplanlegging ved implementering av rollen, og at institusjoner som er villige til å vurdere nye utnyttelsesstrategier for arbeidsstyrken kunne føre til en mer vellykket implementering av AKS-rollen (Ryley & Middleton, 2016; Woo et al., 2017).

Flere av informantene etterlyste også mer mengdetrening i sin nye rolle, og da særlig på det å skrive innkomstjournal. Som nevnt tidligere, kan det å tre inn i en ny rolle som AKS føre med seg flere negative følelser. Det kan det være viktig for en leder som er ansvarlig for den endringen i organisasjonen, å være klar over. I tillegg til mengdetrening, ønsket informantene også tid til å jobbe med sine nye oppgaver uten avbrytelser av krav og forventninger fra sykepleierkollegaer. Forskning viser også at støtte og veiledning fra en mentor kan være viktig for å motvirke de negative følelsene knyttet til rolletransformasjonen (Barnes, 2015). Informantene i denne studien opplevde god støtte fra legene, men en tettere oppfølging i starten, med et høyere volum av journalskriving, kunne vært et forslag til å motvirke de negative følelsene rundt de nye oppgavene deres.

Internasjonal forskning viser at der implementering av AKS har hatt størst positiv effekt på ventetid i akuttmottak er avhengig av at AKS kan diagnostisere, bestille og tolke diagnostiske tester, gi

behandling, forskrive medikamenter og legge inn eller skrive ut pasienter på egen hånd (Putri et al., 2022). Informantene erfarte dette på poliklinikken, hvor de med stor suksess jobbet relativt autonomt. Selv om det har blitt innført forskrift om spesialistgodkjenning for AKS i Norge i 2020, er det ikke lagt opp til samme grad av myndighet og ansvar slik som det er i flere andre land (Helsedirektoratet, 2021; Helsepersonelloven, 2020). For fremtiden kan det være hensiktsmessig å innføre samme grad av myndighet og ansvar i Norge, for at implementeringen av AKS i akuttmottak skal ha tilnærmet samme grad av positiv effekt som andre land. Det kan også ha positive ringvirkninger, i form av at annet helsepersonell også ser at AKS kan bidra til bedre pasientflyt i akuttmottak og ta noe av arbeidsbelastningen som i dag ligger på legenes side (McDonnell et al., 2015; Woo et al., 2017).

Flere av informantene uttrykte at de ikke alltid opplevde at sykepleierkollegaene forstod at de trengte tid for å slutføre arbeidet med den pasienten de hadde ansvar for i rollen som AKS. I tillegg til at det er viktig for AKS i en rolletransformasjon å oppleve støtte fra kollegaer, er det også viktig at ledelsen lytter til og involverer berørte kollegaer i implementeringsprosessen (Barnes, 2015; Boman et al., 2019; Fagerström, 2019b). Denne studien gir ikke svar på hva sykepleierkollegaenes faktiske syn var på AKS, men indikasjoner fra informantene på at det var en opplevd barriere for implementeringen, var der. For andre som skal implementere rollen, kan dette være en viktig faktor å ta med seg i sin prosess.

5.3 Diskusjon av metode

I dette kapitlet belyses noen av valgene i forskningsprosessen, og hvilken innvirkning det kan ha hatt på resultatet. Både valg som kan ha vært positive og negative vil trekkes frem.

5.3.1 Validitet

Ved å validere stiller man spørsmål om kunnskapens gyldighet, og validering bør foregå fortløpende gjennom hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2013). Videre i underkapitlet vil valg som kan ha påvirket gyldigheten i denne studien presenteres. Siden rollen som AKS er ny i Norge, finnes det lite forskning om hvordan implementeringsprosessen har vært i Norge. Det var derfor nødvendig for meg å gå til internasjonal litteratur, i tillegg til norsk forskning på fenomenet. Mye av teorien er overførbart, men siden helsesystem, kultur og befolkning, og derav

behov i helsevesenet er ulikt, er ikke alt sammenlignbart. Teori som ble brukt, både til bakgrunnen for studien og underveis i diskusjonskapittelet, var ikke alltid like lett å samstemme med mine funn. Utvalget som ble gjort, med seks informanter, var muligens for lite i forhold til hva som er ønskelig. Antallet AKS som jobber i norske akuttmottak er ikke høyt, noe som begrenset muligheten for et bredt utvalg. På den andre siden snakket de informantene jeg hadde, engasjert og velvillig om temaene jeg ønsket å belyse, slik at de ga meg god innsikt i deres erfaringer. Det er likevel mulig at et bredere utvalg ville gitt et mer nyansert syn på implementeringsprosessen og AKS sine egenopplevde kvalifikasjoner. For denne studiens omfang imidlertid, og forskerens begrensede erfaring innenfor forskning, har det vært bra med forholdsvis få informanter.

For å sikre meg at jeg forstod informantens meninger og erfaringer, fulgte jeg ofte opp underveis i intervjuene med spørsmål som «Har jeg forstått deg riktig», og så gjenga jeg det jeg trodde informantene formidlet. Under intervjuer bør det kontinuerlig gjøres en kontroll av informasjonen som gis, gjennom grundig utspørring om det som blir sagt (Kvale & Brinkmann, 2015). På grunn av min forforståelse gjennom at jeg var AKS-student selv og at jeg kjente til noen av informantene fra tidligere, forsøkte jeg å la informantene snakke fritt og ikke komme med mine egne meninger underveis i intervjuet. Forskeren bør ha et aktivt og bevisst forhold til sin forforståelse, slik at den ikke får den kunnskapen man kunne ha fått i datamaterialet (Malterud, 2013). Intervjuguiden ble også brukt, for å holde fokuset på denne studiens formål. Fordelen med min forforståelse, var at jeg forstod hva informantene mente når de brukte ord og uttrykk som var kjent for meg som også jobber i akuttmottak. På grunn av reisevei, ble det gjennomført tre intervjuer på en dag. I ettertid ser jeg at dette var slitsomt for meg som intervjuer, og kan muligens ha påvirket kvaliteten på det siste intervjuet.

I kvalitativ analyse må materialet sammenfattes til en tekst som er tilgjengelig og håndterbar, mens den faktiske hendelsen mellom de impliserte parter er de virkelige rådata. Transkripsjonsprosedyrer skal derfor nøye overveies for å ivareta meningsinnholdet på en pålitelig og gyldig måte (Malterud, 2013). Transkriberingen ble derfor gjort så ordrett som mulig først. Teksten ble så gjennomlest flere ganger og koder ble satt ved siden av meningsbærende enheter. Kodene kan være med på å motvirke at min forforståelse fikk bestemme hva som var gjentakende tema. Ved å kode ble jeg også tvunget til å tenke igjennom hva det var informantene egentlig snakket om. Hvis jeg hadde hatt mulighet til at noen andre kunne lest igjennom den første transkripsjonen, hadde det nok styrket det å legge vekk min forforståelse i enda større grad. På den andre siden fikk jeg konstruktive

tilbakemeldinger fra medstudenter og veileder underveis, som hjalp meg til å se datamaterialet med andre øyne.

I analysedelen forsøkte jeg å trekke frem sitater som dekket synet til alle, eller flere av informantene. Jeg forsøkte å ta med begge sider av et tema, der hvor informantene hadde ulike erfaringer. På den måten forsøkte jeg å sikre at stemmen til alle informantene kom frem.

Det var noe utfordrende å beholde anonymiteten, siden informantene utgjør en del av et lite miljø i Norge. Anonymiteten ble imidlertid forsøkt ivaretatt ved å ta vekk alle navn, betegnelser på konkrete team som informantene omtalte og utelate detaljerte beskrivelser fra deres arbeidshverdag. Ikke alle informantene var kommet like langt i implementeringen av rollen på sin arbeidsplass, slik at det var noe utfordrende å utforme tema og kondensere teksten, samtidig som at alle stemmene kom frem. Jeg forsøkte å være bevisst på dette underveis, men det kan hende at de informantene som hadde kommet lengst i implementeringen, kom best frem i resultatdelen.

6 Konklusjon

Funnene i resultatene samsvarer med internasjonal forskning på flere punkter. I mange andre land hvor AKS enten er innført og fungerer godt og andre land som også er i startgropen, viser det seg at det kan ta mange år å gjøre endringer i en så kompleks organisasjon som et sykehus. Det er gjort flere internasjonale studier på hva som kan være hemmende og fremmende, eller muligheter og utfordringer, i implementeringen av AKS. For denne studiens del kan det se ut som at støtte fra nærmeste leder og leger, økt motivasjon i jobbsammenheng og positiv erfaring av å ha mer kunnskap har vært fremmende faktorer. Mens det å fristilles fra sykepleiergrunnbemanningen, for lite mengdetrening, for dårlig tydeliggjøring av AKS-rollen til annet helsepersonell, manglende støtte fra ledelse på høyere nivå og for lite tilgang på veileder/mentor har vært hemmende faktorer. Det nye ansvaret som fulgte med AKS-rollen, erfarte informantene både som motiverende og noe overveldende. Informantene brukte sin nye kunnskap fra AKS-utdanningen for å bedre behandlingen av pasientene gjennom en mer helhetlig tilnærming og en økt medisinsk dybdeforståelse.

For videre forskning for å få mer innsikt i erfaring rundt implementering av AKS-rollen anbefales det å utforske hvilke erfaringer kollegaer av AKS har hatt, hva ledere tenker om rollen og hvilken betydning personlige egenskaper hos AKS har i implementeringsprosessen. Pasienterfaringer vedrørende å bli behandlet av AKS er også av interesse.

Referanser

- Bagley, S. (2018). Exploring emergency nurse practitioners' perceptions of their role. *Nursing Standard*, 32(26), 41–50. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10776>
- Barnes, H. (2015). Nurse Practitioner Role Transition: A Concept Analysis: Nurse Practitioner Role Transition. *Nursing Forum*, 50(3), 137–146. <https://doi.org/10.1111/nuf.12078>
- Bernstrøm, V. H. (2014). *Implementering av organisasjonsendringer i helsesektoren—Hvorfor det ofte går galt*. 6(1), 11.
- Blinkenberg, J., Pahlavanyali, S., Hetlevik, Ø., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2019). General practitioners' and out-of-hours doctors' role as gatekeeper in emergency admissions to somatic hospitals in Norway: Registry-based observational study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 568. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4419-0>
- Boman, E. (2019). *Differences and similarities in scope of practice between registered nurses and nurse specialists in emergency care: An interview study*. 9.
- Boman, E., Ösp Egilsdottir, H., Levy-Malmberg, R., & Fagerström, L. (2019). Nurses' understanding of a developing nurse practitioner role in the Norwegian emergency care context: A qualitative study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(1), 47–54. <https://doi.org/10.1177/2057158518783166>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research—A practical guide for beginners* (1. utg). SAGE.
- Bryson, C. (2016). How emergency department staff perceive acute nurse practitioners: Clare Bryson presents a survey of clinicians' opinions about a newly established extended role for staff in an urgent care setting. *Emergency Nurse*, 23(10), 26–31. <https://doi.org/10.7748/en.23.10.26.s23>

- Carter, A. J. E., & Chochinov, A. H. (2007). *A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department*. 10.
- Cooper, M. A., McDowell, J., Raeside, L., & the ANP–CNS Group. (2019). The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists. *British Journal of Nursing*, 28(20), 1308–1314. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.20.1308>
- Doetzel, C. M., Rankin, J. A., & Then, K. L. (2016a). Nurse Practitioners in the Emergency Department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 38(1), 13.
- Doetzel, C. M., Rankin, J. A., & Then, K. L. (2016b). Nurse Practitioners in the Emergency Department: Barriers and Facilitators for Role Implementation. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 38(1), 43–55. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000090>
- Duignan, M., Gibbons, L., O'Connor, L., Denning, R., Honari, B., & McKenna, K. (2018). GPs' opinions of discharge summaries generated by advanced nurse practitioners in emergency care settings. *Emergency Nurse*, 26(4), 19–27. <https://doi.org/10.7748/en.2018.e1818>
- Fagerström, L. (2019a). En nordisk modell for avansert klinisk sykepleie. I *Avansert klinisk sykepleie* (s. s. 62-70). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fagerström, L. (2019b). Endringsledelse ved innføring av avansert klinisk sykepleie. I *Avansert klinisk sykepleie* (s. 219–234). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fagerström, L. (2019c). Hva er avansert klinisk sykepleie? I *Avansert klinisk sykepleie* (s. s. 40). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fagerström, L. (2019d). Sentrale faktorer for en holdbar utvikling av avansert klinisk sykepleie. I *Avansert klinisk sykepleie* (s. 210–218). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fagerström, L. (2019e). Sentrale kompetanseområder i avansert klinisk sykepleie. I *Avansert klinisk sykepleie* (1. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Fagerström, L. (2021). *A Caring Advanced Practice Nursing Model: Theoretical Perspectives And Competency Domains*. <https://link-springer-com.ezproxy1.usn.no/content/pdf/10.1007/978-3-030-53555-1.pdf>
- Glasberg, A.-L., Fagerström, L., Rähä, G., & Jungerstam, S. (2009). Erfarenheter av den nya yrkesrollen som klinisk expertsjukskötare—En kvalitativ studie. *Nordic Journal of Nursing Research*, 29(2), 33–37. <https://doi.org/10.1177/010740830902900208>
- Haugen, J. E. (2017). De første livreddende tiltakene. I *Akuttmedisinsk sykepleie—Utenfor sykehus* (3. utg). Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kvalitetskrav-for-somatiske-akuttmottak/Faglige%20og%20organisatoriske%20kvalitetskrav%20for%20somatiske%20akuttmottak%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/aea8baff-94d2-44f5-b525-f6c1f518aed5:029310dc7ad46980ba0fe85bdd9887148d4206b1/Faglige%20og%20organisatoriske%20kvalitetskrav%20for%20somatiske%20akuttmottak%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf
- Helsedirektoratet. (2017). *Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?* (IS-2674). 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. (2019). *Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie.*

Bakgrunnsdokument for Helsedirektoratets arbeid med masterutdanningen.

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf/_/attachment/inline/19d6487b-fa54-41b3-9b61-f8b3473b4990:3edff8b86bbd81d710ca0484b9a026518d1c2ade/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf)

[allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf)

[masterutdanningen/IS-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf)

[2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutda-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf)

[nning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf/_/attachment/inline/19d6487b-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf)

[fa54-41b3-9b61-f8b3473b4990:3edff8b86bbd81d710ca0484b9a026518d1c2ade/IS-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf)

[2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutda-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf)

[nning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf)

Helsedirektoratet. (2021a). *Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus –*

Faglige og tjenestemessige behov. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov/kompetansebehov-hos-sykepleiere-i-sykehus/prinsipielle-okonomiske-og-administrative-vurderinger-av-kompetansehevende-tiltak)

[sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov/kompetansebehov-hos-sykepleiere-i-sykehus/prinsipielle-okonomiske-og-administrative-vurderinger-av-kompetansehevende-tiltak)

[behov/kompetansebehov-hos-sykepleiere-i-sykehus/prinsipielle-okonomiske-og-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov/kompetansebehov-hos-sykepleiere-i-sykehus/prinsipielle-okonomiske-og-administrative-vurderinger-av-kompetansehevende-tiltak)

[administrative-vurderinger-av-kompetansehevende-tiltak](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov/kompetansebehov-hos-sykepleiere-i-sykehus/prinsipielle-okonomiske-og-administrative-vurderinger-av-kompetansehevende-tiltak)

Helsedirektoratet. (2021b). *Somatiske akuttmottak (HØRINGSUTKAST)*. Helsedirektoratet.

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/somatiske-akuttmottak-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/somatiske-akuttmottak-horingsutkast/tverrfaglig-samarbeid#helsepersonell-bor-samarbeide-tverrfaglig-praktisk)

[horingsutkast/tverrfaglig-samarbeid#helsepersonell-bor-samarbeide-tverrfaglig-praktisk](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/somatiske-akuttmottak-horingsutkast/tverrfaglig-samarbeid#helsepersonell-bor-samarbeide-tverrfaglig-praktisk)

Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Helse- og

[omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)

[64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)

Helsepersonelloven. (2020). *Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere* (FOR-2019-11-19-

[2206\). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-11-19-2206](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-11-19-2206)

- Henni, S. H., Kirkevold, M., Antypas, K., & Foss, C. (2018). The role of advanced geriatric nurses in Norway: A descriptive exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, 13(3), e12188. <https://doi.org/10.1111/opn.12188>
- Holliday, A., Samanta, D., Budinger, J., Hardway, J., & Bethea, A. (2017). An Outcome Analysis of Nurse Practitioners in Acute Care Trauma Services. *Journal of Trauma Nursing*, 24(6), 365–370. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000327>
- Jennings, N. (2015). The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 15.
- Karp, T., & Helgø, T. I. T. (2008). From Change Management to Change Leadership: Embracing Chaotic Change in Public Service Organizations. *Journal of Change Management*, 8(1), 85–96. <https://doi.org/10.1080/14697010801937648>
- Keating, S. F. J., Thompson, J. P., & Lee, G. A. (2010). Perceived barriers to the sustainability and progression of nurse practitioners. *International Emergency Nursing*, 18(3), 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.09.003>
- Keough, V. A., Tell, D., Andreoni, C., & Tanabe, P. (2016). Unique Educational Needs of Emergency Nurse Practitioners. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 38(4), 300–307. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000120>
- Kerr, L., & Macaskill, A. (2020). Advanced Nurse Practitioners' (Emergency) perceptions of their role, positionality and professional identity: A narrative inquiry. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1201–1210. <https://doi.org/10.1111/jan.14314>
- Kleinpell, R. M., Hravnak, M., Magdic, K. S., & Guttendorf, J. (2014). The Acute Nurse Practitioner. I *Advanced Practice Nursing. An integrative approach* (5. utg). Elsevier.
- Kristoffersen, M., & Friberg, F. (2016). Transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 13–19. <https://doi.org/10.1177/0107408315595163>

- Krogstad, U., Lindahl, A. K., Saastad, E., & Hafstad, E. (2015). *Akuttmottak – risikosone for pasientsikkerhet*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/akuttmottak-risikosone-for-pasientsikkerhet/Akuttmottak%20-%20risikosone%20for%20pasientsikkerhet.pdf/_/attachment/inline/4c9460ba-c191-474c-9ab2-205edb828e27:9eac37c9623f2c0650a51e6438ee7506db6a3464/Akuttmottak%20-%20risikosone%20for%20pasientsikkerhet.pdf
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (3. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lloyd-Rees, J. (2016). How emergency nurse practitioners view their role within the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 24, 46–53.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.06.002>
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utg). Universitetsforlaget AS.
- McDonnell, A., Goodwin, E., Kennedy, F., Hawley, K., Gerrish, K., & Smith, C. (2015). An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 789–799.
<https://doi.org/10.1111/jan.12558>
- Mollaoglu, M., & Çelik, P. (2016). Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19–20), 2778–2785.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13272>
- NESH. (2021). Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

- Nilsen, P. (2020). Making Sense of Implementation Theories, Models, and Frameworks. I *Implementation science 3.0*. Springer Nature Switzerland AG. https://link-springer-com.ezproxy2.usn.no/chapter/10.1007/978-3-030-03874-8_3
- Pedersen, J.-E., Leonardsen, A.-C. L., Førstund, L.-H., Eide, H., Nilsen, K. M., Kirkevold, M., Fagerström, L., & Bing-Johnsen, P. C. (2022). Sykepleiespesialisters rettigheter og ansvar må utredes. *Sykepleien.no*. <https://sykepleien.no/meninger/2022/05/sykepleiespesialisters-rettigheter-og-ansvar-ma-utredes>
- Plath, S. J., Bratby, J. A., Poole, L., Forristal, C. E., & Morel, D. G. (2019). Nurse practitioners in the emergency department: Establishing a successful service. *Collegian*, 26(4), 457–462. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.11.005>
- Putri, A. F., Tocher, J., & Chandler, C. (2022). Emergency department nurses' role transition towards emergency nurse practitioner: A realist-informed review. *International Emergency Nursing*, 60, 101081. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101081>
- Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J. E., & Gardner, A. (2016). Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia – a multiple case study using mixed methods. *BMC Family Practice*, 17(99), 16. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0503-2>
- Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Stekine, M., Turazle, S., Pulcini, J., Roussel, J., & Stewart, D. (2020). *ICN Guidelines on advanced practice nursing*. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- Seal, C., Anderson, E., & Kinnersley, P. (2005). Comparison of GP and nurse practitioner consultations: An observational study. *British Journal of General Practice*, 55(521), 938–943.
- Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., Bottone, H., Polson, R., & Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the

- advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103443. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>
- usn.no. (2019). *Retningslinjer for behandling av lydfiler i forskning ved USN*. Universitetet i Sørøst- Norge. https://min.usn.no/getfile.php/13591154-1571899452/usn.no/om_USN/Regelverk/Retningslinjer%20for%20behandling%20av%20lydfiler%20i%20forskning%20ved%20USN%20-%20versjon%20pr%2023%20oktober%202019.pdf
- Williamson, S., Twelvetree, T., Thompson, J., & Beaver, K. (2012). An ethnographic study exploring the role of ward-based Advanced Nurse Practitioners in an acute medical setting. *JAN. Leading global nursing research*, 68(7), 1579–1588. <https://doi-org.ezproxy2.usn.no/10.1111/j.1365-2648.2012.05970.x>
- Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Moon, M. D., & Carman, M. J. (2017). The Experience of Advanced Practice Nurses in US Emergency Care Settings. *Journal of Emergency Nursing*, 43(5), 426-434.e16. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.04.007>
- Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: A systematic review. *Human Resources for Health*, 15(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>
- AANP. (2021). Historical Timeline. I *American Association of Nurse practitioner*. <https://www.aanp.org/about/about-the-american-association-of-nurse-practitioners-aanp/historical-timeline>

Vedlegg 1

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvordan og hvilke arbeidsoppgaver gjør AKS i akuttmottak og hvordan har arbeidsmetodene endret seg etter endt utdanning»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske og beskrive hvordan avansert kliniske sykepleiere arbeider i dag i norske akuttmottak. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Avansert klinisk sykepleier (AKS) er en forholdsvis fersk utdanning i Norge, men har eksistert internasjonalt i flere tiår med opprinnelse i USA tidlig på 60- tallet, hvor tittelen da er Nurse Practitioner. Nurse Practitioner fant veien inn i akuttmottak internasjonalt på 90-tallet, som resultat av en stadig økende pasienttilstrømning og derav et behov for å unngå trengsel. Undersøkelser viser at nurse practitioners kan ha positiv innvirkning på blant annet ventetid, øke pasienttilfredsheten og kvaliteten på helsehjelpen. Norske akuttmottak står ovenfor mange lignende utfordringer som internasjonalt og et av mange tiltak for å møte disse behovene har vært å implementere avansert klinisk sykepleie i akuttmottak. Siden AKS rollen ikke er godt etablert enda trengs det mer innsikt i hvordan implementeringen fungerer, eller ikke fungerer og om AKS kan bidra med til å møte de utfordringer akuttmottak står ovenfor. Det vil derfor være nyttig å se det fra sykepleiernes perspektiv hva de faktisk gjør som AKS'er i akuttmottak i dag. Utfører de andre oppgaver enn andre sykepleiekollegaer, eller gjør de det samme, men med «andre øyne»?

Dette prosjektet er en masteroppgave som en del av utdanningen AKS ved USN, og utføres av masterstudent Tonje Linchausen Skar. Resultatene i prosjektet skal publiseres i form av en masteroppgave, og kan også brukes i vitenskapelig publikasjon/artikkel.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Sørøst Norge (USN) ved førsteamanuensis Linn Hege Førsum er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du oppfyller inklusjonskriteriene. Inklusjonskriterier for prosjektet er sykepleiere som har fullført masterutdanning i avansert klinisk sykepleie (AKS) og som jobber i norske akuttmodtag. Fem til åtte AKS vil bli spurt om å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Prosjektet vil bli gjennomført som personlig intervju som enten gjøres ansikt til ansikt på egnet sted på informantens arbeidsplass. Intervjuet vil ta omtrentlig 1 time. Jeg vil ta lydopptak og notater av intervjuet. Lydfilen slettes når prosjektet er avsluttet, og vil bli forskriftsmessig oppbevart.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Veileder, Linn Hege Førsum ved Universitetet i Sørøst-Norge, vil ha tilgang til data i prosjektet, men ikke ha tilgang på navn og kontaktopplysninger på deltagerne Etter hvert intervju vil lydopptaket bli transkribert og intervjuene anonymisert. Transkripsjonene vil bli oppbevart på kryptert minnepenn, mens samtykkeerklæringer og koblingsnøkkel vil bli oppbevart separat i innelåst i safe. Lydopptakene vil bli lagret på nettskjema diktafon som USN har avtale med til ca 31/12 2022. Dette sikrer trygg lagring av dataene.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres underveis, og slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31/12 2022.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til 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.

På oppdrag fra USN har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- USN ved veileder student Tonje Linchausen Skar, skartonje@hotmail.com, tlf 92443925 og/eller Linn Hege Førstund, Linn.Hege.Førstund@usn.no, tlf 99276335.
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg, Paal.A.Solberg@usn.no, tlf 91860041.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Linn Hege Førstund
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Tonje Linchausen Skar
Student

Vedlegg 2

Intervjuguide

Intervjuet vil berøre følgende temaer:

- Kan du fortelle om hvordan din rolle som AKS er og kan du fortelle om dine arbeidsoppgaver som AKS og hvordan de har endret seg etter endt utdanning?
- Kan du fortelle om en situasjon der du bruker din AKS-kompetanse?
- På hvilken måte skiller tilnærmingen til pasienter seg etter endt utdanning og vurderinger du gjør rundt årsak til innleggelse, hvilke tiltak som må prioriteres?
- Hvordan opplever du kunnskapen er blant dine kollegaer om den utdannelsen du har tatt og hvilken ny kompetanse du har fått og hvilke holdninger blir du møtt med blant kollegaer?
- Dersom du ikke får brukt din nyervervede kompetanse i jobb i dag, hva tenker du skal til for at du skal få brukt din kompetanse og utført relevante oppgaver?

