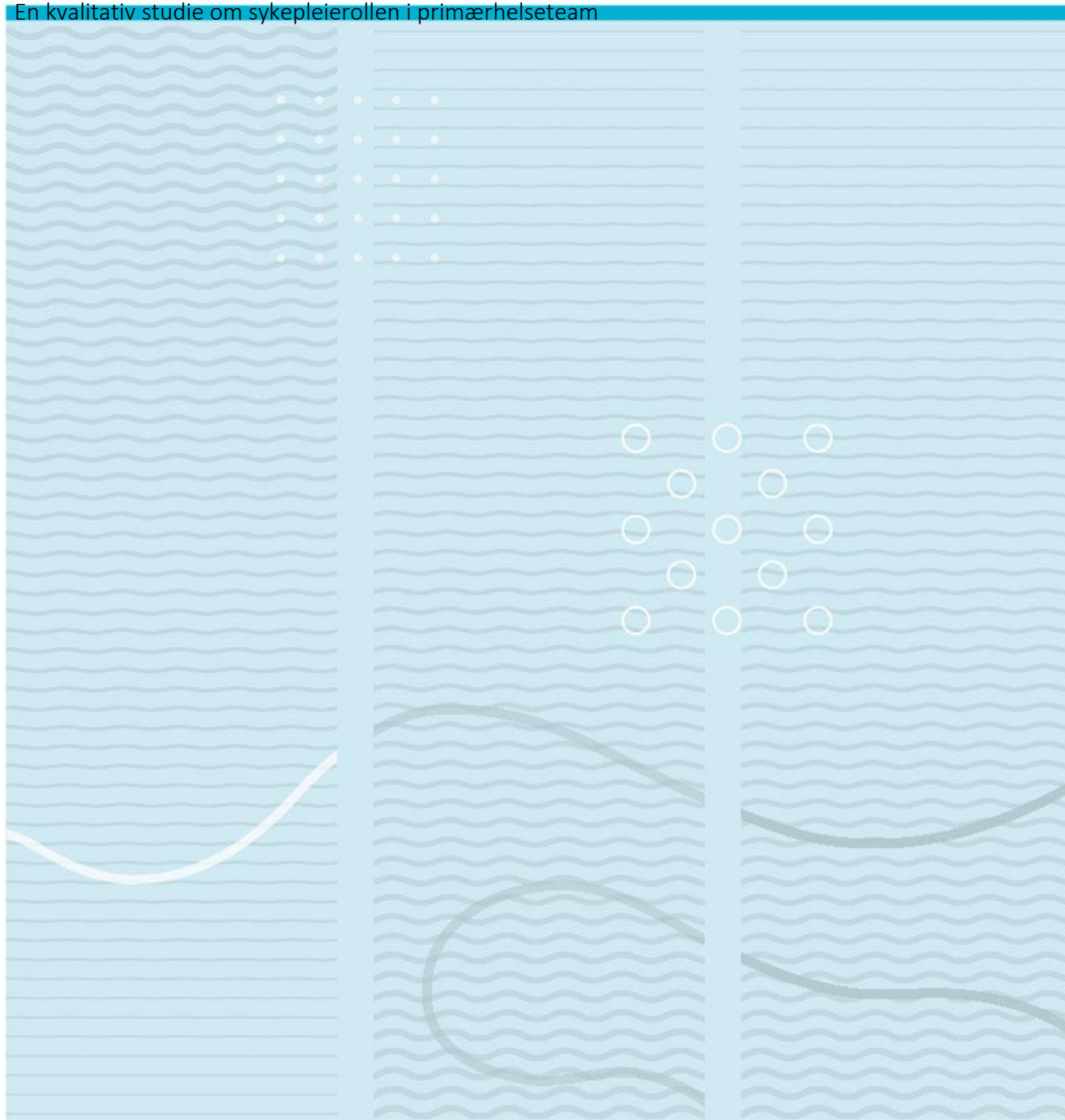


Kristin Øverli og Barbro Karlsen

En utstrakt hånd

En kvalitativ studie om sykepleierollen i primærhelseteam



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for ...
Institutt for ...
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 20xx Forfatternavn

Denne avhandlingen representerer xx studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn

Primærhelseteam var fra 2018 et nasjonalt forsøk med utprøving av teamorganisering med fastleger, sykepleiere og helsesekretærer ved 17 fastlegekontor. Primærhelseteam ble dannet som en del av en internasjonal utvikling som svar på den økte kompleksiteten i primærhelsetjenesten. Målet var å se om primærhelseteam gav et bedre tilbud til pasienten enn den vanlige fastlegeordningen. Sykepleierrollen var den nye ressursen som skulle bidra med økt kapasitet og et utvidet tilbud i møte med pasientens behov.

Hensikten

Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive sykepleierrollen i primærhelseteam.

Metode

I studien var det benyttet kvalitativ metode med en utforskende og beskrivende tilnærming. Datainnsamlingen består av semistrukturerte intervjuer av ni sykepleiere i primærhelseteam. Dataene er analysert med tematisk analyse.

Resultater

Gjennom analysen utpekte det seg to hovedkategorier. En representerer hva sykepleiernes meninger om deres rolle i primærhelseteamet. Dette innebærer tillit, samarbeid og faglig trygghet. Den andre hovedkategorien forteller om deres bidrag i primærhelseteamet som innebærer å ha en utstrakt hånd, er et bindeledd, tillit, god tid og faglig trygghet.

Konklusjon

Sykepleierne ser på sin rolle som en viktig og nyttig ressurs i primærhelseteam. De erfarer at det tar tid å utvikle rollen og at tillit og samarbeid med legene må være tilstede.

Nøkkelord: Primærhelseteam, sykepleier, primærhelsetjenesten, fastlege, samarbeid, ny rolle.

Abstract

Background

From 2018, the primary health team was a national trial with testing of team organization with general practitioners, nurses and health secretaries at 17 general practitioner offices. Primary health care teams were created as part of an international development in response to the increased complexity of primary health care. The aim was to see if the primary care team provided a better offer than the usual GP scheme. The role of nurse was the new resource that was supposed to contribute with increased capacity and an expanded offer to meet the patient's needs.

Aim

The aim of this study is to explore and describe the nurse's role in primary care teams.

Method

The study used a qualitative method with an exploratory and descriptive approach. Data collection consisted of semi-structured interviews with nine nurses in primary care teams. The data were analyzed using thematic analysis.

Results

Through the analysis, it emerged into main categories. One represented what nurses thought was their role in the primary care team, this meant trust, collaboration and professional security. The second main category told about their contribution in the primary health care team, which meant having an outstretched hand, trust, good time and professional security.

Conclusion

The nurses saw their role as an important and useful resource in primary care teams. They learned that it took time to develop the role and that trust and cooperation with the doctors had to be present.

Keywords: Primary health team, nurse, primary health care, GP, collaboration, new role.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	7
2 Bakgrunn for studien	8
2.1 Tid for handling	8
2.1 Pilot av primærhelseteam i Norge	9
2.1.1 Verdien av team i primærhelsetjenesten	9
2.2 Sykepleierrollen mangfold	10
3 Hensikt og problemstilling	14
4 Forskningsdesign og metode	15
4.1 Studiens forskningsdesign	15
4.2 Vitenskapsteoretisk posisjon	15
4.3 Utvalg og utvalgsstrategier	16
4.4 Rekruttering	17
4.5 Datainnsamling	17
4.5.1 Forarbeid	17
4.5.2 Gjennomføring av intervjuene	18
4.5.3 Etterarbeid	19
4.6 Dataanalyse	20
4.6.1 Forberedelse	20
4.6.2 Koding	20
4.6.3 Kategorisering	21
4.6.4 Rapportering	21
4.7 Etiske overveielser	22
4.7.1 Anonymitet og konfidensialitet	22
4.7.2 Samtykke og informasjon	23
4.7.3 Datahåndteringsplan	23
5 Resultater	24
5.1 Sykepleierrollen i primærhelseteam	24

5.1.1 Tillit og samarbeid med legene	24
5.1.2 Faglig trygghet	25
5.1.3 Veien blir til mens man går.....	26
5.1.4 Udefinert rolle	28
5.2 Sykepleierens bidrag i primærhelseteam	29
5.2.1 Den utstrakt hånd.....	29
5.2.2 Betydningen av å bruke god tid.....	31
5.2.3 Det viktige bindeleddet	32
5.2.4«Potetstillingen»	34
6 Diskusjon.....	35
6.1 Den utstrakte hånden.....	35
6.2 Vil noen gripe den utstrakte hånden?	36
6.3 Vil legene ta den utstrakte hånden?	38
6.4 Gi dem tiden.....	39
6.5 Diskusjon av metode	41
Konklusjon	43
Referenseliste	45
Vedlegg 1	49
Vedlegg 2.....	50
Vedlegg 3.....	52

Forord

Det er rart å sitte her og skrive forordet til masteroppgaven vår. Nå er reisen til å bli en avansert klinisk allmennsykepleier snart over. Det har vært fire år med mye slit og hard jobbing, men også lærerikt og spennende. Vi har fått med oss kunnskap og lærdom vi ikke ville vært foruten, og at det har formet oss som kliniske sykepleiere er det ingen tvil om. Knutepunktene på denne reisen foruten Horten og Drammen, har vært Sande og Noresund. Vi har sittet på hver vår plass takket være digitale løsninger, og fulgt hverandre gjennom prosjektbeskrivelse og masteroppgave. Denne tette kontakten har gjort at vi har vært en del av hverandres familier i halvannet år, uten å ha vært hjemme hos hverandre. Det har vært fint å være to som skriver sammen. Vi har vært i den samme boblen, og støttet hverandre i opp- og nedturen. Heldigvis har ikke begge vært nede samtidig, så den av oss som har vært der har kommet fort opp igjen. Det er mange som vi ønsker å takke nå på slutten av studiet:

Barbro: Jeg vil spesielt takke mine barn for den tålmodighet og støtte dere har vist mens jeg har studert. Nå skal vi ta spisestua tilbake igjen. Jeg vil også takke Sande kommune, nå Holmestrand for støtte og tilrettelegging i forbindelse med studiet. En spesiell takk til min gode nabo og rådgiver Fred som har åpnet stua og fylt kaffekoppen når jeg har kommet for å lufte hodet. Din bortgang rett før siste innsjutt er ekstra tung.

Kristin:

Takk for all støtte og oppmuntring gjennom fire år til mannen min, Odd. Du har hatt et mål fra dag en og det var at dette skulle vi få til. Kjære Helene og Bjørnar som har holdt ut med en mamma som skulle sitte på skolebenken igjen etter tjue år. Dere har heiet meg frem og det setter jeg stor pris på. Hundene Max og Linus har vært ekstra lykkelige når mamma har trengt en tur på ski eller beina for å lufte hodet. Helse- og omsorgssjef i Flå kommune, Mette Jahr – uten deg hadde ikke denne utdanningen vært mulig å gjennomføre. Du skjønnte tidlig gevinsten for Flå kommune å ha en AKS. Vi ønsker begge å takke vår dyktige og alltid blide veileder Linn Hege Førstund for all hjelp. Du har slått følge, og deltatt på denne reisen sammen med oss. Der vi ikke har funnet veien har du vist oss retningen videre og vi kom frem. Ni flotte sykepleiere, dere vet selv hvem dere er, sørget for at vi fikk datamateriale til å utføre denne studien. Vi ønsker å takke dere for god innsats, og vi er stolte av den jobben dere gjør.

Sande/Noresund, 030523

Barbro Karlsen og Kristin Øverli

1 Innledning

Internasjonalt møter primærhelsetjenesten store utfordringer med levering og tilgang til helsetjenester. Siste fire år med en dramatisk forverring av tilgangen til helsetjenester (Duong & Vogel, 2023). Primærhelsetjenesten i Norge møter også store utfordringer med tanke på en aldrende befolkning og flere pasienter med komplekse helseutfordringer som trenger pleie, behandling og oppfølging. Mangel på helsepersonell, spesielt sykepleiere og fastleger, utfordrer helsetjenestene. Samtidig har helsetjenestene blitt mer avanserte og spesialiserte, færre liggedøgn på sykehus og en rekke oppgaver som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten desentraliseres til kommunene (Meld. St. 26, 2014-2015; Meld. St. 47, 2009,). Overhengende epidemiologiske og demografiske krav, gjør at helsetjenestene opplever store utfordringer. Fastlegeordningen er under press og evaluering av fastlegeordningen viser utfordringer med stor arbeidsbelastning på fastlegene samt rekrutteringsutfordringer til tjenesten (Pedersen et al., 2022). Som et motsvar til disse utfordringene, ble pilotprosjektet primærhelseteam (heretter PHT) igangsatt. 17 fastlegekontor har vært med i prosjektet bestående av lege, sykepleier og helsesekretær. Sykepleierollen i PHT skulle bidra til økt kapasitet og et utvidet tilbud i møte med pasientenes behov. Teamarbeid på legekontor er et arbeid i utvikling i Norge. Legene har frem til i dag vært alene om pasientoppfølging. Prosjektet innebar at legene skulle involvere sykepleier i pasientoppfølgingen og dele arbeidsoppgaver. Denne studien handler om å se på hvordan sykepleierollen er benyttet og hva som inngår i deres rolle. Dette er et lite utforsket område. Det er derfor viktig å få kunnskap om sykepleiernes erfaringer relatert til dette. Sykepleiernes rolle og bidrag i PHT er derfor studiens fokus.

2 Bakgrunn for studien

Som grunnlag for oppgavens tema vil første kapitlet omhandle fastlegeordningens utfordringer og bakgrunnen for utprøving av PHT. Neste avsnitt vil omhandle teamarbeid. Siste avsnitt tar for seg sykepleierollen.

Vi valgte i denne oppgaven å omtale legen både som lege og fastlege. I Norge er fastlege et kjent begrep på legekontor og det er i denne oppgaven fastlegene som sykepleierene arbeider sammen med. I internasjonal litteratur brukes bare legen.

2.1 Tid for handling

Fastlegeordningen er en sentral del av primærhelsetjenesten. Den er til for og skal betjene alle landets innbyggere (Helse og omsorgsdepartementet, 2023). Fastlegeordningen ble innført i 2001 og er en organisering forankret i internasjonal forskning som viste at god tilgang til lege over tid gir bedre behandling, bedre helse, mer likeverdig tilbud og lavere helsekostnader for samfunnet (Analyse, 2019, s. 198). Fastlege er derfor grunnleggende for innbyggernes tilgang til helsetjenester når de har bruk for det (Helse og omsorgsdepartementet, 2023, s. 24). Dagens fastlegeordning er en presset tjeneste med store rekrutteringsutfordringer og stor arbeidsbelastning på legene. En stadig større del av befolkningen står uten fastlege. I mai 2022 var 3,2% av befolkningen uten fastlege. I mars 2023 var dette steget til 4%. Dette betyr at 217 104 personer i Norge i dag er uten fastlege (Helse og omsorgsdepartementet, 2023). Dagens fastlegetjeneste er også på mange måter ikke utformet til å imøtekomme dagens og morgendagens behov, derfor er omstillingsevne og fleksibilitet viktige faktorer i fremtidens tjenester (Pedersen et al., 2022, s. 11). En fersk rapport om fastlegeordningen har nylig blitt publisert. Den mener det er for få faggrupper og lite tverrfaglighet på fastlegekontorene sammenlignet med våre naboland. Økt tverrfaglighet på fastlegekontoret kan fremme samarbeidet med andre kommunale tjenester og bedre tilgangen til fastlegen. Det anbefales at det tilrettelegges for at flere grupper helsepersonell kan jobbe og at fastlegen i større grad fordeler oppgavene. Dette vil bidra til en effektiv utnyttelse av ressurser, økt kapasitet og kvalitet på tjenesten (Helse og omsorgsdepartementet, 2023). Med utgangspunkt i Meld. St. 26 (2014-2015) «fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» blir primærhelseteam løftet frem som et satsningsområde som muliggjør et bredere og mer samordnet tilbud til pasientene. Helsedirektoratet ble ansvarlig for opprettelsen av pilotprosjektet PHT.

2.1 Pilot av primærhelseteam i Norge

Pilotprosjekt PHT var et prosjekt som prøvde ut teamorganisering ved 17 fastlegekontor i ni kommuner. PHT var i hovedsak avgrenset til å gjelde fastleger, sykepleier og helsesekretærer. Under fastlegens ledelse skulle fastlege, sykepleier og helsesekretær arbeide sammen med mål om å gi pasienter bedre tilgjengelighet til tjenesten, større bredde i tilbudet, bedre opplæring og oppfølging, og mer sammenhengende og koordinerte tjenester. Målet var å finne ut om PHT gav et bedre tilbud til listeinnbyggerne enn den tradisjonelle fastlegeordningen. Målgruppen for PHT var alle innbyggerne på fastlegens liste, men PHT skulle rette seg særlig mot brukere med kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse. I pilotprosjektet sto hvert legekontor fritt til å bruke sykepleierollen slik de synes det er hensiktsmessig for å nå effektmålene. Disse skal i korte trekk bedre helsetilstand og mestringsevne hos kronisk syke, bedre koordinerte tjenester og bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. PHT skulle arbeide proaktivt og forbedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten. I forsøket med PHT var forventningene til sykepleierne i PHT at de skulle overta rutinepreget og tidkrevende arbeid fra legene. De skulle også bidra med mer systematikk og struktur i pasientoppfølgingen, pasientopplæring og hjemmebesøk. I tillegg skulle de sørge for koordinering og bedre tilgang til tjenester samt sørge for en bedre kontinuitet i oppfølgingen av kronisk syke (Aandahl et al., 2023). Evaluering av pilotprosjektet PHT viste at flertallet som mottok tjenesten var fornøyd med tilgjengeligheten til lege og sykepleier. Pasientene var i stor grad fornøyd med helsehjelp fra sykepleier som inkluderte oppgaver tidligere utført av lege. Sykepleierrollen fungerer som et bindeledd til legen som gir raskere tilgang for pasienter, pårørende og øvrig helsetjeneste (Helse og omsorgsdepartementet, 2023).

2.1.1 Verdien av team i primærhelsetjenesten

Når det snakkes om tverrprofesjonelt eller tverrfaglige team i litteraturen, er det snakk om flere profesjoner som dele ansvaret for å levere helsetjenester. Disse teamene kan bestå av lege, sykepleier, helsesekretær, fysioterapeut, farmasøyt og sosialarbeidere (Somé et al., 2020). Tverrprofesjonelt samarbeid har blitt en viktig komponent i et velfungerende helsevesen. Samarbeid mellom helsepersonell er helt nødvendig da det ikke finnes en profesjon som kan dekke alle pasientens behov (Karam et al., 2018). Teambaserte tjenester vil være viktig for å ruste helsetjenesten for den økende kompleksiteten i helseutfordringene og det økte kravet til oppfølging

fra helsetjenesten (Pedersen et al., 2022, s. 8). Samarbeid blant helsepersonell i primærhelsetjenesten, inkludert sykepleiere og leger har i økende grad blitt anerkjent som en potensielt effektiv pasientbehandling som forsterker rollene til helsepersonell (Xue et al., 2017). Tverrfaglighet bidrar med spesifikk kompetanse og andre perspektiver inn i allmennlegemiljøet noe som kan være hensiktsmessig i møte med pasienter med sammensatte behov og kroniske lidelser (Helse og omsorgsdepartementet, 2023). Ideelt er hver profesjon i et tverrfaglig team ansvarlig for sitt spesialfelt. Ved å kombinere ferdighetene, erfaringene og ekspertisen til hver profesjon er fordelene at teammedlemmene har tilgang på mangfoldig kunnskap og kompetanse som gjør teamet i stand til å tilby en bredere tjeneste og et mer helhetlig syn på pasientens situasjon (Haemel & Voessing, 2017). Det er funnet bevis for at tverrprofesjonelt samarbeid kan forbedre pasientsikkerheten, gi bedre pasienttilfredshet, bedre kvalitet og helseresultater og øke arbeidstilfredsheten (Morgan et al., 2015). Teamarbeid i primærhelsetjenesten har potensiale til å redusere sykehusinnleggelse hos kronisk syke pasienter (Meyers et al., 2019). Tverrprofesjonelt samarbeid er likevel variabelt tatt i bruk. Det er vesentlig at samarbeid og team fungerer godt for å være effektive og pasientsikre (Morgan et al., 2015). Det er funnet en rekke problemer som kan påvirke teamarbeid. Flere studier med mål om å identifisere barrierer og tilrettelegging for tverrprofesjonelt teamarbeid finnes. Det gis anbefalinger om å bygge effektive strategier som muliggjør en bedre helsetjeneste. En viktige faktorer som kan påvirke teamarbeidet er kan størrelse på teamet. Større team har lavere effektivitet mens bredere yrkesmangfold ser ut til å ha en høyere effektivitet. Godt lederskap og stabile teammedlemmer er viktig for gode team. Regelmessige teammøter og tydelig målsettinger ble vurdert som vesentlig for et godt team (Xyrichis & Lowton, 2008). Det er blitt hevdet at tverrprofesjonelt samarbeid er en nøkkelfaktor i tiltak som skal øke effektiviteten av helsetjenester som i dag tilbys til pasienter. Dynamikken som etableres mellom fagfolk er like viktig som konteksten for samarbeid. Samarbeid må forstås som både en profesjonell og en menneskelig prosess. Det er et faktum at helsepersonell ikke vil samarbeide om innsatsen kun er basert på en forestilling om at dette vil være bra for pasientene (D'Amour et al., 2005).

2.2 Sykepleierrollen mangfold

I denne studien er vi opptatt av sykepleierrollen i PHT, og vi ønsker å få svar på hva som inngår i rollen og hva den bidrar med. Johannessen et al. (2018) skriver at rolle er sosiale posisjoner med

bestemte forventninger knyttet til seg (s. 220). Med ordet rolle i denne konteksten tenker vi på sykepleieren som jobber på legekontor med en lege som leder. Siden alle sykepleierne vi intervjuet er kvinner, beskriver vi sykepleieren som hun og for å få frem lederrollen har vi tenkt på legen som han. Grunnen til at vi valgte et tradisjonelt kjønnsrollemønster i oppgaven, er at vi ønsket å få frem forventninger og krav til de ulike rollene. Legene har regien i PHT. Johannessen et al. (2018) sier at å inneha en rolle er å være underlagt andres makt (s. 222).

Generelt sett innebærer sykepleierrollen et mangfold av arbeidsoppgaver og inngår i en lang rekke samarbeid. Derfor er det et stort potensial for nye former for ansvar og oppgavedeling. Direkte pasientarbeid er beskrevet som sykepleierrollens kjerneoppgave. Herunder kartlegging av pasientens problemer og ressurser, planlegging og gjennomføring av hensiktsmessige tiltak. Et annet viktig aspekt ved sykepleierrollen er organiseringsarbeidet som handler om å holde oversikt og sikre fremgang i pasientforløp. Kommunikasjon, koordinering og samarbeid med andre tjenester og pårørende er også sentralt i organiseringsarbeidet (Melby et al., 2022). Sykepleierrollen i PHT skulle bidra med å gjøre oppgaver i stedet for at fastlegen gjorde de og oppgaver som kom i tillegg til fastlegens oppgaver (Aandahl et al., 2023). Etersom primærhelsetjenesten har måtte tilpasse seg endrede pasientbehov, har også faglige oppgaver og roller endret seg. Mange land har de siste årene oppmuntret til en endring i visse oppgaver fra lege til sykepleiere (Haemel & Voessing, 2017). Denne kunnskapen gir gode argumenter for at sykepleierrollen kan bidra som en ressurs på legekontor. Internasjonalt er sykepleierrollen i økende grad integrert i primærhelseteam (Norful et al., 2017).

Mange leger rapporterer at opp til 50% av tiden deres brukes på aktiviteter som kan utføres av personell som ikke er lege (Somé et al., 2020). Sykepleiere som forbedrer sine ferdigheter og overtar oppgaver som tidligere er utført av lege skjer i mange land, særlig Nederland, England og Skottland som også har implementert regulering og lovendringer (De Maeseneer et al., 2019). Oppgaveglidning fra lege til sykepleier har blitt identifisert som en strategi for å avhjelpe mangel, forbedre kvalitet og effektivitet i primærhelsetjenesten. Oppgaveglidning fra lege til sykepleier har blitt vanlig i mange land over hele verden. Politikk og utdanningsreformer tyder på at grensene mellom lege og sykepleieprofesjonene kan flytte seg ytterligere i fremtiden (Claudia B. Maier & Linda H. Aiken, 2016). (Leong et al., 2021; Martínez-González et al., 2015) har sett på effekten av lege sykepleier oppgaveskifte på sykdomsforløp. Sykepleierne utførte oppgaver med ulik grad av

klinisk ansvar. De brukte kliniske retningslinjer og validerte verktøy for å observere og identifisere sykdomsspesifikke endringer i sykdomsforløpet. Bevisene representerer et bredt spekter av sykdomsspesifikke målinger av sykdomsprogresjon. Resultatene viste at sykepleieledet omsorg ikke var signifikant forskjellig fra legeledet omsorg. Noe som indikerer at sykepleiere har evnen til å møte behovene til helsevesenet og påta seg betydelig utvidede roller for å støtte leger. En klar definisjon av roller, kvalifikasjoner, ferdigheter og erfaringer er avgjørende for en effektiv og sikker overføring av oppgaver.

I følge (Wilson et al., 2002) er det mulig å utvikle en avansert sykepleierolle i allmennpraksis og økende bevis for at disse kan redusere kostnadene og legers arbeidsmengden uten at dette går utover kvalitet eller pasienttilfredsheten. Det var det en økning av antall sykepleiere ansatt i britisk allmennpraksis frem til 2000- tallet. Sykepleierollen inkluderte å støtte legen, helsefremmende og kronisk sykdomshåndtering, telefonrådgivning og bistå ved akutt sykdom. Artikkelforfatterne mener britiske leger i for liten grad har innført sykepleierollen i allmennpraksis. De mener legers bekymringer rundt rollen kan hindre bredere innføring av rollen. I sin studie undersøkte de holdningene til britiske leger om innføring av sykepleierolle i allmennpraksis. Funnene tyder på at legene kan se på rollen som en trussel mot egen rolle og med dette bli ufaglært på enkelte områder sykepleier ofte overtok som diabetes og KOLS oppfølging. Legene hadde bekymringer rundt sykepleierens kompetanseområde. De mente i tillegg at pasientene hadde et ønske om å møte legen og ikke en sykepleier. Til slutt påpekes legene bekymring til sykepleierrollen som et hinder for rollens implementering på legekantorene.

I en studie fra Sveits har de sett på nettopp dette med å introdusere sykepleier i primærhelsetjenesten. Som i Norge har de også i liten grad innført sykepleieroller i primærhelsetjenesten. Den sterke motstand fra legene i Sveits er årsaken til dette. Resultatene i studien viste at både sykepleiere og legene følte seg som pionører med mulighet til å bidra til å utvikle og forme rollen til avanserte sykepleiere. Legene med mulighet til å utvikle en ny modell i tjenesten som kan bidra til mindre arbeidsbelastning og bedre oppgavedeling mellom ulike helsepersonell. Videre viste resultatet merverdi fra sykepleierollen i form av bedre tid og tettere kontakt med pasientene og ved å bringe med kvalitet og fleksibilitet inn i praksisen. Både sykepleier og leger mente bevissthet om egne kunnskaper og grenser var viktig egenskaper. Sykepleierne var opptatt av tillit hos legene på dette området. Både for legene og sykepleierne er rollen avansert

sykepleier ikke definert og rollen er uklar men mener dette er en pågående prosess da rollen er ny. Det fantes juridiske og politiske hindringer for innføring av rollen. Blant annet ved at legene er ansvarlig for sykepleiers arbeid i pasientkonsultasjoner (Gysin et al., 2019). I Sverige ble det sett lignende resultat ved innføring av sykepleierrollen i primærhelsetjenesten. Her framkom betydningene av gjensidig tillit mellom sykepleier og lege samt en klar definisjon av rolle og dens ansvar. Sykepleierrollen ble derfor ansett som en viktig ressurs for både legene og andre ansatte, noe som bidro til økt omsorg for pasientene (Lindblad et al., 2010).

3 Hensikt og problemstilling

Pilotprosjektet PHT er et forsøk på å finne ut om en ny omorganisering med PHT gir en bedre helsetjeneste til innbyggerne sammenlignet med dagens fastlegeordning. Den nye rollen i tjenesten som sykepleierne representerer skal bidra til økt kapasitet, og et utvidet tilbud i møte med pasientenes behov. Sykepleierrollen i primærhelseteam er ny og dermed lite forsket på. Det er behov for kunnskap om rollen som representerer å ha en viktig og sentral rolle i primærhelsetem. Hensikten med denne studien er å få kunnskap og erfaringer fra sykepleiere som arbeider i primærhelseteam. Dette er studiens problemstilling:

«Hva mener sykepleiere inngår i deres rolle i primærhelseteam og hva bidrar denne rollen med?»

4 Forskningsdesign og metode

I dette kapitlet vil vi redgjøre for forskningsdesign og metode. Det vitenskapsteoretiske perspektivet for studien blir kort introdusert etter valg av metode. Deretter presenteres utvalget og rekrutteringsstrategien. Framgangsmåten og gjennomføringen av datainnsamlingen og analyseprosessen forklares, samt etiske overveielser og hensyn som ble tatt underveis.

4.1 Studiens forskningsdesign

I denne studien ble det benyttet kvalitativt design med en utforskende og beskrivende tilnærming. Sykepleierrollen i PHT er temmelig ny i norsk kontekst, og en utforskende tilnærming var derfor hensiktsmessig. Målsetningen her var å utforske og beskrive sykepleiernes erfaringer, opplevelser, følelser og handlinger knyttet til deres rolle i PHT. Johannessen et al. (2021) skriver at valg av design og metode bestemmes av problemstillingen, formålet med studien og hva som er gjennomførbart innenfor de gitte tidsrammene. Vi brukte semistrukturerte intervjuer som datainnsamlingsmetode. Denne metoden er fleksibel og gjorde det mulig å få fylldige og detaljerte beskrivelser fra sykepleierne. Vi ønsket å få frem et helhetsbilde av rollen de har i primærhelseteam. Vårt mål er å følge anbefalingene om å vektlegge åpenhet, stille spørsmål ved forforståelsen og innta en reflekterende holdning fra datasamling til rapportering av funnene (Sundler et al., 2019).

4.2 Vitenskapsteoretisk posisjon

Vårt vitenskapsteoretiske perspektiv og forståelsesmønster for denne studien var et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv. Polit & Beck (2021) sier at denne tilnærmingen er hensiktsmessig i studier der man fokuserer på menneskets levde erfaringer og for å få en bedre forståelse for hvordan individer sosialt og historisk tolker sin verden innenfor en gitt kontekst. Fenomenologi tar utgangspunkt i et menneskets subjektive opplevelse og forsøker å skape en forståelse av dennes erfaringer (Thagaard, 2018, s. 36). Malterud (2017) skriver om forforståelse som ryggsekken vi har med oss inn i forskningsprosjektet (s. 44). Vår forforståelse bar preg av at begge er sykepleiere, har erfaring fra legekantor og er avansert klinisk sykepleiestudenter. Vi prøvde å ikke dra noe av dette fram på noen måte, og gikk derfor inn i forskningsfeltet med åpenhet, nysgjerrighet og stilte åpne spørsmål. Dette gjorde at informantene kunne komme med

sine erfaringer uten at vi la for mange føringer eller kom med egne erfaringer. Ifølge Kvale og Brinkmann (2021) er vi som forskere instrumentet i forskningen, og vår kompetanse og dyktighet vil derfor påvirke kvaliteten på resultatene. De sier også at forforståelsen vil prege oss og at vi nøye bør reflektere rundt hvor mye dette påvirker forskningstemaet. Vi reflekterte over vår forforståelse både før, under og etter intervjuene, slik at vi var bevisst dette.

Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster, der begrepene i samtale og tekst spiller en viktig rolle. Formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av meningsinnholdet i tekster (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 73,74). Thagaard (2018) sier at en hermeneutisk tilnærming vektlegger at fenomener kan tolkes på flere måter og at det derfor ikke er en egentlig sannhet. En mening kan allikevel forstås ved at man ser sammenhengen mellom det man studerer og hvilken helhet det er en del av. Delene forstås altså i lys av helheten (s. 37). I denne studien mener vi dette er relevant fordi vi ønsket å utforske sykepleierrollen nettopp i kontekst av det å være en del av primærhelseteam.

4.3 Utvalg og utvalgsstrategier

Informantene ble valgt ut etter en strategisk utvelgelse. Strategiske utvalg i kvalitative studier er hensiktsmessige for å få mest mulig kunnskap om fenomenet som studeres. Strategisk utvalg betyr at det er et utvalg med potensielle deltakere med erfaringer eller kunnskap til å besvare eller belyse problemstillingen (Polit & Beck, 2021). Vår studie handler om sykepleieres rolle i PHT og hvilke erfaringer de har med å fylle rollen og hva de tilfører teamet. Derfor intervjuet vi sykepleiere som jobbet i PHT for å få en kilde som beskriver fenomenet i fylde og bredde, slik Ellingsen og Drageset (2009) anbefaler. Vi planla å utføre 6-8 intervjuer på bakgrunn av masteroppgavens rammer og tidsbegrensning. Utvalgsstørrelse kan være vanskelig å vurdere i kvalitative studier. Antallet informanter er ikke det viktigste, men at dataene som er samlet inn kan besvare problemstillingen (Johannessen et al., 2021, s. 58,59). Samtidig er det viktig å ha tid til å gjennomføre grundige og detaljerte analyser, og det betyr at antall informanter heller ikke bør være for stort (Thagaard, 2018). I denne studien var inklusjonskriteriene at sykepleierne måtte jobbe i PHT. Det er ca. 44 sykepleiere totalt som jobber i PHT fordelt på 17 legekantor i Norge. Det ble derfor ikke benyttet eksklusjonskriterier, da den totale mengden PHT-sykepleiere uansett ikke var så stor. Ni sykepleiere

takket ja til å bli med i studien, og vi valgte å intervju alle disse. Informantene var kvinner, kom fra hele landet og var i aldersgruppen 20-60 år.

4.4 Rekruttering

Det neste steget var å rekruttere informanter. SIKT (tidligere NSD) hadde godkjent søknad før rekrutteringen startet. Dette utfylles mer under «Etiske overveielser». Vi kontaktet Helsedirektoratet for å få en oversikt over alle PHT-kontorene, samt navn og e-postadresse til den som ledet hvert enkelt team. Lederne ved hvert enkelt team mottok så en invitasjon om studien vår (se vedlegg 1). De ble spurt om å videresende forespørselen om deltakelse til sykepleierne i teamet. Vi valgte å kontakte lederne og håpet de kunne motivere sykepleierne til å delta, samtidig som vi ikke kontaktet sykepleierne direkte slik at de følte seg presset til å delta (Johannessen et al., 2021, s. 72; Polit & Beck, 2021). Informantene som var interessert i å være med i studien tok kontakt med oss på e-post. Alle fikk et informasjonsskriv som inneholdt informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse ville innebære (se vedlegg 2). De fikk også beskjed om å fylle ut samtykkeskjemaet, og returnere dette til oss (se vedlegg 2). Vi startet intervjuene etter hvert som den enkelte svarte at det var ønskelig å delta.

4.5 Datainnsamling

Her vil vi presentere forberedelser til datainnsamling, gjennomføringen av intervjuene og etterarbeid. Vi brukte semistrukturerte intervju som datasamlingsmetode.

4.5.1 Forarbeid

Vi utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med en god struktur (se vedlegg 3) som et hjelpemiddel for å holde fokus på det vi forsket på, samtidig som vi kunne være fleksible ovenfor informantens utsagn (Ellingsen & Drageset, 2009). Hensikten med spørsmålene var å få temaet eller fenomenet belyst fra ulike perspektiver, og få innhentet beskrivelser av informantenes meninger, holdninger og erfaringer (Johannessen et al., 2021) Denne hermeneutiske-fenomenologiske tankegangen sørget for at vi hadde studiens problemstilling med oss under forberedelsene til intervjuene. Intervjuguiden inneholdt 10 åpne spørsmål, og tok for seg deltemaer som

arbeidsoppgaver, forventninger til rollen, teamarbeid, oppgaveforskyvning og opplæring. De første spørsmålene tok for seg temaer rundt sykepleieren, men etter hvert kom det spørsmål som gikk på samarbeidet i teamet og til slutt hva PHT tilførte kommunene (Lerdal, 2009). Tidspunktene for de digitale intervju ble bestemt av informantene og oss forskere i fellesskap. Det gikk utrolig fint å få til, for alle informantene var positive til å finne et passende tidspunkt. Informantene visste på forhånd at begge skulle være til stede under intervjuet, og det var ingen som sa noe på det eller uttrykte misnøye på annen måte. Intervjuene foregikk på zoom og zoomlenke ble sendt ut i god tid før intervju). Dette gjorde det mulig å gjennomføre intervjuer til tross for lange avstander, noe som ellers ikke ville latt seg gjennomføre like enkelt. Gode forberedelser og relevante spørsmål er utgangspunktet for et vellykket intervju (Thagaard, 2018).

4.5.2 Gjennomføring av intervjuene

Vi gjorde avtaler med de enkelte informantene om tidspunkt for intervju. Vi valgte å gjennomføre intervjuene som digitale intervjuer på zoom. Dette gjorde det mulig å gjennomføre intervjuer til tross for lange avstander, noe som ellers ikke ville latt seg gjennomføre like enkelt. Vi sendte zoomlenke i god tid før intervjuet, slik at informanten kunne sette av tiden. Vi erfarte at gode forberedelser var viktige, som plassering for å unngå støy eller annet som kunne påvirket intervjusituasjonen. Dette skapte et godt utgangspunkt for et vellykket intervju. Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet november 2022 til januar 2023. De varte fra 40-80 minutter. Siden det var digitalt intervju, valgte vi å ikke sitte fysisk sammen, men koblet oss til lenken hver for oss. Dette bidro til en mer nøytral setting der alle parter deltok digitalt. Gjennomføringen av intervjuene digitalt ødela ikke noe for responsen vi fikk fra informantene, og vi opplevde de som like delaktige som vi skulle sittet på samme sted. Det ble brukt noen minutter først på at alle presenterte seg, og vi fortalte litt om jobberfaring og utdanning. Det ble informert om taushetsplikt, anonymitet, lydopptak og etiske retningslinjer. Vi var begge forskerne til stede på alle intervjuene, og ledet intervjuene annenhver gang. Da fikk vi begge erfart rollen som intervjuer. Den av oss som ikke var aktiv under intervjuet, satt og noterte litt og kom med oppfølgingsspørsmål hvis noe var uklart, trengte oppfølging eller ble glemt. Under samtalene ble det benyttet lydopptaker i form av digital diktafon. Det ble ikke gjort opptak i zoom. Vi kunne derfor ha fokus på informanten, kommunikasjonen og flyten i intervjuet. Begge forskerne tok lydopptak som en sikkerhet for at alle dataene kom med. Vi var opptatt av å starte intervjuet med et åpent og vidt spørsmål slik at

informanten blei oppmuntret til å fortelle, slik Thagaard (2018) anbefaler. Derfor ble informantene spurt om de kunne beskrive sine daglige arbeidsoppgaver i PHT. De kunne gjerne fortelle om hvordan en vanlig dag så ut for dem. Det at de kunne fortelle fritt om sine opplevelser og erfaringer gjorde at de slappet av og ga inntrykk av at de følte seg komfortable i intervjusituasjonen (Johannessen et al., 2021). Vi avbrøt ikke informantene mens de pratet. Hvis det de svarte gikk over i et annet spørsmål i intervjuguiden, lot vi dem fortelle videre. Rekkefølgen på svarene hadde ikke noe å si for oss så lenge vi fikk utdypende informasjon og svar på problemstillingen. Intervjuguiden ble derfor brukt som en huskeliste i noen av intervjuene, mens andre trengte at vi stilte spørsmål for å komme lettere i tale og holde flyten i intervjuet. Forskere er ulike, og selv om temaet er det samme vil dataene allikevel bli forskjellige. Måten intervjuet blir utført på og forskningsdesign påvirker dataene vi får (Lerdal, 2009).

4.5.3 Etterarbeid

Etter at intervjuene var ferdig startet etterarbeidet. Lydopptakene ble lagret umiddelbart etter hvert intervju. Vi utvekslet erfaringer etter hvert intervju, og hadde fokus på hva som gikk bra og hva som kunne vært bedre og om hvordan vi oppfattet intervjuet på nettskjema via en app på telefonene. Dette er i tråd med USN sine retningslinjer for behandling av lydfiler (Universitetet i Sørøst Norge, 2019). Ellingsen og Drageset (2009) nevner på viktigheten av refleksjon rundt egen intervjurolle, her så vi at det var en fordel å være to. For å forberede analysen transkriberte vi alle lydopptakene. Nå hadde vi det muntlige intervjuet omgjort til et skriftlig materiale. Vi leste nå gjennom dataene og prøvde å finne ut av hva teksten fortalte oss og hva meningen var i det. Ifølge (Kvale & Brinkmann, 2021) er det denne prosessen som gjør datamaterialet egnet som grunnlag for analysen. Lydfilene ble skrevet ordrett av, og stemmeleie og tonefall ble naturlig borte. Deretter fjernet vi de muntlige ordene «eh» og «hm» for at teksten skulle bli lettere og lese og at innholdet ble tydeligere (Malterud, 2017). Latter, sukk og stønn ble også fjernet fra teksten, men ble notert siden det sa noe om informantens sinnsstemning. Vi transkriberte fortløpende etter hvert intervju, for da var dataene ferske og vi hadde intervjuet friskt i minnet. Siden vi var to forskere transkriberte vi annen hvert intervju, og sendte det transkriberte materialet til den andre. Vi brukte de samme skriveprosedyrene for å kunne sammenligne intervjuene. Siden begge var til stede under alle intervjuene hadde vi et eierforhold til alt datamaterialet begge to. Transkriberingen var tidkrevende, men god lyd kvalitet på opptakene og at vi var to som jobbet med dette lettet arbeidet

betraktelig (Kvale & Brinkmann, 2021). Ifølge Tjora (2017) er detaljrike lydopptak og transkripsjoner nødvendige for å utføre en ordentlig dataanalyse. Refleksjoner rundt datasamlingen ble skrevet ned i loggbok for å ha det med oss i det videre arbeidet.

4.6 Dataanalyse

I denne studien benyttet vi oss av tematisk analyse for å analysere datamaterialet vårt. Tematisk analyse er en enkel, men grundig oppskrift på hvordan man kan gå fram for å finne noe interessant i dataene sine. Målet med tematiske analyse er å skape orden i dataene for å kunne identifisere nye sammenhenger, og få svar på problemstillingen (Johannessen et al., 2018, s. 278-280,297).

Johannessen et al. (2018) støtter seg til psykologene Braun og Clark i gjennomgangen av tematisk analyse, men har forenklet og justert deres versjon slik at den skal være lettere å følge for oss som er studenter. Vi fulgte den trinnvise tilnærmingen for å identifisere temaer i datamaterialet. Vi vil i de neste avsnittene beskrive hvordan vi utførte analysen gjennom de fire fasene; forberedelse, koding, kategorisering og rapportering.

4.6.1 Forberedelse

Den første fasen handlet om å få tilgang til datamaterialet og gi en oversikt. De transkriberte intervjuene ble lest fortløpende og flere ganger (Johannessen et al., 2018). I denne fasen ble datamaterialet sett på som en helhet uten at vi gikk i dybden på detaljnivå. Vi noterte underveis og fikk ytterligere oversikt og helhetsinntrykk over dataene våre. Dette var god hjelp over i fase to av analysen.

4.6.2 Koding

Første steg var å få en oversikt over materialet vårt. Loggboken med notatene fra intervjuene ble også tatt med i dette arbeidet. Hovedfokuset i andre fase var at de viktige poengene i datamaterialet ble framhevet og satt ord på. Disse ordene kalles koder (Johannessen et al., 2018). Kodingen er en spørsmålsdrevet prosess hvor vi tenker «hva skjer egentlig her»? Måten vi gjennomførte dette på, var at vi leste teksten og markerte viktige koder med farger. Vi tok oss godt tid til å notere oss refleksjoner under arbeidet med å kode dataene grundig. Viktige poeng ble

streket under, og ekstra interessante poeng ble skrevet i margin for lettere å kunne finne dem igjen. Poengene i margin ble oppsummert som stikkord. Dataene ble også organisert slik at vi var klare for neste fase i analysen, nemlig kategorisering.

4.6.3 Kategorisering

Fase tre i tematisk analyse, kategorisering handlet om å sortere dataene våre i mer overordnede kategorier. Fra at vi i kodefase zoomet inn for å se på detaljene i datamaterialet, skulle vi nå zoome ut igjen for å få et overblikk over det store bildet (Johannessen et al., 2018, s. 294,295). Når vi kodet dataene så markerte vi kodene med en farge slik at hvert intervju hadde sin farge. Kodene ble skrevet ut på papir, og klipt fra hverandre. Vi samlet kodene som hørte sammen under en kategori i en konvolutt. Den ene forskeren tok seg av kodene og fylte de i konvolutter, den andre hadde kodearket på pc og skrev kategorien bak koden. Slik hadde vi det sikret. Johannessen et al. (2018) kalte disse konvoluttene for bokser, og satte på en merkelapp med noe de hadde til felles. Tilbake til våre konvolutter, ble de temmelig fulle etter hvert. Vi tok da og gikk gjennom kategoriene, og kunne dele opp i underkategorier. I starten hadde vi mange kategorier, men etter hvert så vi at noen kunne slås sammen, mens andre ble splittet opp og noen kassert. Det startet med 14 kategorier og endte opp med 8 kategorier. Analysen var en kontinuerlig prosess. Vi startet altså med å lese alle de stranskriberte intervjuene og fikk da en forståelse av helheten. I analysen fokuserte vi på de enkelte meningsenheter og koder og fikk da en innsikt i delene. Når alt datamaterialet var analysert, kunne vi beskrive en ny helhet og kunne se hvordan de ulike delene hang sammen i kategorier. I følge Lerdal og Rustøen (2021) handler det om å bevege seg fra helhet til deler og til en ny helhet, den hermeneutiske sirkel.

4.6.4 Rapportering

Nå var vi kommet til den siste fasen som er selve skrivefasen i tematisk analyse. Nå startet skriveingen på resultatdelen av studien. Formålet nå var å skrive fram svarene på problemstillingen, altså analysens «funn» og overbevise leserne om at funnene er interessante og gyldige (Johannessen et al., 2018, s. 301). Gjennom analysen identifiserte vi to hovedkategorier med påfølgende underkategorier:

1. Sykepleierollen i primærhelseteam

- Tillit og samarbeid med legene
- Faglig trygghet
- Veien blir til mens man går
- Udefinert rolle

2. Sykepleierens bidrag i primærhelseteam

Betydningen av å bruke god tid

- Det viktige bindeleddet
- Potetstillingen
- En utstrakt hånd

4.7 Etiske overveielser

Etiske overveielser skal gjøres i alle ledd i forskningsprosessen (Ellingsen & Drageset, 2009). Kvalitativ forskning reiser mange etiske utfordringer når det gjelder nærhet, tillit og nøkternhet (Malterud, 2017). Vi vil derfor nevne noen etiske betraktninger når det gjelder anonymitet/konfidensialitet, informert samtykke og håndtering av data.

4.7.1 Anonymitet og konfidensialitet

Ved kvalitative studier bør informantene sikres ved at det brukes pseudonymer, og ikke faktiske navn (Thagaard, 2018). Vi valgte derfor å bruke tall som navn på informantene siden vi hadde benyttet det under intervjuene. Siden utvalget av sykepleiere som jobber i PHT i utgangspunktet er lite, utelot vi opplysninger som kunne identifisere informantene (Johannessen et al., 2021). Vi opererte derfor med stor aldersgruppe 20-60 år og siden mindre gruppeinndeling i alder ville gjort at Informantene kunne bli gjenkjent. Informantene fikk beskjed om hva dataene skulle brukes til, og

at deres medvirkning ikke ble gjenkjent (Polit & Beck, 2021). Anonymiteten ble ivaretatt gjennom hele undersøkelsen fra rekruttering til resultat.

4.7.2 Samtykke og informasjon

Deltakelse i forskningsprosjekt hvor personopplysninger behandles, skal baseres på et dokumentert samtykke fra deltakerne. Ifølge Slotfeldt-Ellingsen er å innhente samtykke det viktigste man kan gjøre for å ivareta deltakere som involveres i forskning (Slotfeldt-Ellingsen, 2020). Samtykket skal være frivillig, uttrykkelig informert og gyldig (Thagaard, 2018). Dette innebærer at deltakerne skal få informasjon om hensikten med studien og gjennomføringen av den (Dalland, 2020). Deltakerne fikk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema på e- post som inneholdt opplysninger om studien og hva samtykket gikk ut på. Informert samtykke bør være skriftlig og skje før intervjuene (Johannessen et al., 2021). Vi sendte inn søknad til SIKT (ref.nr 124893), og den ble godkjent for behandling av personopplysninger. Selv om samtykke er avgitt, kan deltakere trekke seg uten å måtte oppgi noen grunn (Slotfeldt-Ellingsen, 2020).

4.7.3 Datahåndteringsplan

Dataene ble lagret og behandlet i tråd med USN` (Universitetet i Sørøst-Norge) retningslinjer for håndtering av forskningsdata. Intervjuene ble lagret på nettskjema Diktafon. Samtykkeskjemaene oppbevarte vi forsvarlig i safe. Transkriberingsmaterialet ble lagret på kryptert minnepenn. Lydopptakene slettes når studien er avsluttet (Universitetet i Sørøst Norge, 2019).

5 Resultater

I dette kapittelet presenteres hovedfunnene fra intervjuene av ni sykepleiere i syv forskjellige primærhelseteam. To hovedkategorier utpekte seg når det gjaldt sykepleierrollen i PHT. Det er disse hovedkategoriene som danner strukturen for resultatkapittelet. Første kapittel beskriver sykepleierrollen i PHT. Andre kapittel handler om hva sykepleierrollen bidrar med i PHT.

5.1 Sykepleierrollen i primærhelseteam

5.1.1 Tillit og samarbeid med legene

Godt samarbeid med legene og anerkjennelse av PHT-sykepleierrollen blant legene, ble vektlagt som en svært viktig faktor for at sykepleierne kunne vokse og utvikle seg i rollen som sykepleier i PHT. Sykepleierne understreket viktigheten av å ha en engasjert og god leder som involverte seg i teamarbeidet og spredte dette blant legene. Flere leger på legekantoret gjorde at sykepleierne måtte tilpasse seg hver enkelt lege sine arbeidsvaner siden samarbeidet var ulikt fra lege til lege. Noen av sykepleierne beskrev hvordan de strategisk arbeidet for å opparbeide seg tillit og anerkjennelse fra legene:

«Hun forrige som var her forholdt seg bare til en eller to leger for de andre var ikke helt med. De så vel ikke verdien av å ha en sykepleier. Så jeg har gått inn for å få et forhold til de legene som ikke har vært med på det, og da må en jo bevise at du vet hva du driver med. Da må jeg liksom rapportere tilbake og fortelle hva jeg har observert. Hva jeg har gjort sånn at de blir trygge på meg. Sånn har jeg fått flere og flere arbeidsoppgaver fra de andre legene også» (9).

Flere av sykepleierne hadde forståelse hvis legene kanskje ikke virket interessert eller positive til PHT. De forsvarte dem med at de er vant til å jobbe selvstendig. Legene hadde det medisinske ansvaret og ønsket mest mulig kontroll selv mente flere. Sykepleiere mente også at det ikke bare var å endre på gamle inngrodde rutiner. Sykepleierne ville gjerne gjøre en god jobb og «bevise» at de hadde noe å gjøre i PHT:

«Jeg er 100% avhengig av at legene liker det jeg driver med og setter pris på det og anerkjenner at min jobb er viktig» (1).

Legene som ikke var så begeistret for PHT og sykepleier på legekantoret ga lite tilbakemeldinger på samarbeidet. De var heller ikke like ivrig på få teamet i gang og så ikke verdien av å ha en sykepleier å arbeide sammen med:

«De som ikke liker å ha PHT-sykepleier sier ingenting, men jeg ser at de klipper og limer fra mine notater allikevel i forhold til henvisninger» (8).

Sykepleierne samarbeidet gjerne med mange forskjellige leger og tilpasset seg deretter den enkelte leges arbeidsmåte:

«Vi samarbeider litt ulikt med hver enkelt lege, egentlig fordi de jobber fort på litt forskjellige måter» (7).

Analysen viste hvor viktig tillit og godt samarbeid fra legene var for at sykepleieren best mulig skulle utvikle seg i rollen.

5.1.2 Faglig trygghet

Sykepleiernes kompetanse og erfaring var viktig for å være trygg i rollen. Nye arbeidsoppgaver krevde oppdatert og ny kunnskap. Dette sammen med bred erfaring, kunne mye forskjellig og selvstendighet var noe som ble vektlagt som viktig i rollen:

«Du må stå på egne bein og vite hva du driver med. Du må kunne ganske mye forskjellig. Hvis du ikke kan det, er du nødt til å lære det. Jeg er jo alene og har ingen andre sykepleiere å sparre med» (1)

Alle sykepleierne var enige om at erfaring og ha jobbet noen år var en stor fordel i denne jobben. Det å være nyutdannet hadde ikke fungert siden en må være trygg og ha ulik erfaring for å fungere best mulig i rollen:

«Jeg tror det ikke er for alle å jobbe i PHT. Det er lurt å ha noen år med erfaring og gjerne litt forskjellig erfaring. Du har mange arbeidsoppgaver og det spriker litt i alle retninger. Det er selvstendig arbeid i teamet og greit å ikke komme helt fersk» (6)

Selvstendighet og egnethet var også nødvendig for denne rollen. Sykepleierne måtte tørre å ta plass, kjenne sine grenser og ikke overgå sine kompetanseområder.

«Det er en spennende og variert jobb. Du gjør mye forskjellig og er også veldig selvstendig. Man blir mer og mer selvstendig etter hvert som man jobber her. Jeg har gjort dette til min egen jobb. Tatt utgangspunkt i hva jeg har følt det har vært behov for» (9)

Sykepleierne snakket også om nødvendigheten av økt kunnskap og og holdt seg oppdatert ved å lese seg opp på prosedyrer, medisiner og retningslinjer. Noen hadde videreutdanning, andre ikke. De var allikevel enige om at det alltid var noe å lære og at det var viktig å føle seg trygg på oppgavene de skulle utføre.

«Jeg tenker vi kunne trengt økt kompetanse på mange felt som psykiatri, sår, diabetes, lungesykdommer og eldre. Det er det jeg i grove trekk kommer på her og nå. Du kan si at en lege jobber allment, og det gjør også vi sykepleiere. Denne jobben er allmennsykepleie. Du må kunne litt av hvert rett og slett» (8)

Det var som en sykepleier fortalte at når hun tok betalt for å gi folk råd og veiledning måtte hun kunne det hun snakket om. Dette viser hvor viktig kompetanse og erfaring var i denne sykepleierrollen.

5.1.3 Veien blir til mens man går

Analysen viste hvordan det var store forskjeller i hvordan opplæringen til PHT- sykepleierne var. Noen fikk kurs og hospitering etter behov, og få konsultasjoner i begynnelsen. Mens andre fortalte at de fikk minimalt med opplæring. Flere av sykepleierne fortalte hvordan de nærmest ble kastet ut i jobben etter en times opplæring. Hvis de var flere PHT-sykepleiere, kunne de også finne ut av ting

sammen. Flere vektla hvordan det å være trygg i rollen som sykepleier, tørre å ta plass og ha bred erfaring, var gode og nesten nødvendige egenskaper å ha med seg inn i denne rollen. En sykepleier fortalte hvordan hun startet i sin jobb:

«Det begynte med et lass med bøker som jeg måtte lese og sette meg inn i før oppstart. Jeg ble sendt på flere kurs. De handlet om diabetes, KOLS, rekvirering og tolkning av laboratorieprøver. Jeg fikk ikke lov til å begynne med spirometri før jeg hadde tatt kurs. Ja, så det har vært masse kurs» (3)

Slik opplæring opplevde ikke alle sykepleierne når de startet i sitt PHT. Noen kunne fortelle om en times opplæring, ble kastet ut i jobben eller at legesenteret virket helt uforberedt på at en sykepleier skulle komme:

«Det virket som legesenteret var uforberedt på at jeg skulle komme. Jeg fikk en times opplæring med gjennomgang av pasienter og journalsystem. Så fikk jeg nøkkel, brukernavn og passord, og beskjed om å banke på den og den døra ved spørsmål. Dagen etter hadde jeg pasienter. Det var en effektiv opplæring hvis jeg kan kalle det opplæring» (8).

Analysen viste også stor variasjon i hvordan opplæringen hadde foregått. For de aller fleste av sykepleierne var arbeidsoppgavene og arbeidsmåten ukjent. Sykepleierrollen i PHT handlet derfor mye om å finne sin plass i teamet. En sykepleier sa det slik:

«Opplæring og opplæring. Det er på en måte å finne rolla si det. Det er nytt for alle når vi startet i PHT. Det kan ikke sammenlignes med å rusle inn på en ny avdeling på sykehuset eller sykehjemmet fordi at der er det avklarte roller og sånn. Så det er jo litt sånn veien blir til mens man går føler jeg» (5).

5.1.4 Udefinert rolle

PHT skulle i dette prosjektet finne arbeidsmåter for å benytte sykepleierrollen til å skape et utvidet tilbud og økt kapasitet. Noen av sykepleierne i denne studien hadde vært med fra PHT -prosjektet startet, mens andre hadde kommet sent inn. Flere hadde overtatt rollen som sykepleier i PHT etter andre. For alle var dette også gjerne helt nye arbeidsoppgaver de skulle lære seg og finne ut av. Selv om det varierte hvor lang tid sykepleierne hadde vært i sin rolle i teamet uttrykte alle sykepleierne en felles oppfatning om at starten var famlende. En sykepleier fortalte hvordan hun opplevde å starte i jobben som fjerde PHT- sykepleier ved legekantoret:

«Jeg ble kastet ut i noe jeg, jeg tror jeg fikk litt sånn hva er det det heter? Impostor syndrom, hvor du føler at du skal bli avslørt hele tiden. Sånn tror jeg jeg hadde det i seks måneder hvor jeg lurte hele tiden på om nei dette går ikke bra, dette kan jeg ikke» (1).

De som arbeidet alene som sykepleier på legekantorene hadde økt behov for lederstøtte og inkludering i teamet og kunne lett føle på utenforskap:

«Jeg opplever at de var uforberedt på dette legesentret her i form av både måten å bli ivaretatt på og jeg tenker (...) bare for å sammenligne meg selv med en hund da. Når man skal kjøpe en hund så gjør man en del forberedelser, også innrettet man seg etter at nå skal vi ha en hund her. Men nei, det har ikke vært samme tilfelle her. Her har man tatt inn noen uten å være helt forberedt og vet ikke selv hva man forventer og hvilken rolle vedkommende skal ha» (8).

Det var i varierende grad de forskjellige yrkesgruppene på legekantorene var engasjert i prosjektarbeidet. Dette påvirket rollen fordi alle hadde forskjellige oppfatninger av hva sykepleieren skulle gjøre. En sykepleier beskrev det slik:

«Du blir dratt litt i alle retninger, og de ni forskjellige legene har jo også en idè om hva jeg skal, men så har alle legene forskjellige behov da etter pasientgruppen deres» (1).

Flere så behov for å sette grenser for legene og lage sine egne rammer, for å få overkommelige dager og kanskje ikke bare ha psykiatrispasienter en hel dag. Det ble understreket hvor viktig det var å bli kjent med legene og ta sin plass og finne sin rolle. Sykepleierne som arbeidet alene sto i en litt

annen posisjon enn de med flere sykepleiere i teamet. Der det var flere hadde de støtte i hverandre og kunne finne ut av ting sammen. Alle sykepleierne var veldig fornøyd med PHT-samlingene hvor de delte erfaringer, søkte råd og støttet hverandre. Dette bidro også som hjelp til å definere rollen:

«Også har vi vel egentlig funnet mye av opplegget selv for de årskontrollene. Vi fant ut hvordan vi ville ha det og sjekket litt i forhold til retningslinjer. Ja og snakket litt med andre kontorer som startet samme som oss. Det har vært ganske nyttig å få snakke med andre som driver på samme måte» (7).

Flere av sykepleierne gikk inn og gjorde helsesekretær oppgaver når det var tid til overs. Andre skulle ikke gjøre disse oppgavene, selv ikke ved sykdom. De hadde sin definerte rolle.

5.2 Sykepleierens bidrag i primærhelseteam

Sykepleierne beskrev at sykepleierrollen på legekontor bidro med en ressurs som hadde god tid til oppfølging og kartlegging av pasienter, og som kunne gjennomføre samtaler med pårørende og samarbeidspartnere. De fortalte at deres bidrag ble opplevd som avlastende for legene i varierende grad, men det satt langt inn for dem å si det. De opplevde seg som et viktig bindeledd mellom legen og pasienten og ut til kommunene. Sykepleierne mente at de bidro med varierte, og til dels avanserte sykepleieoppgaver.

5.2.1 Den utstrakt hånd

En tanke bak pilotprosjektet var å utforske muligheten for å avlaste legen. Blant sykepleierne i denne studien var det imidlertid varierende i hvilken grad de erfarte at de avlastet legene. Mens noen var helt klare på at deres bidrag avlastet legene i stor grad, satt det langt inne for flere av sykepleierne å si direkte at de avlastet legene. Flere brukte i stedet ord som at de «supplerte tjenesten» eller «økte kvaliteten med sine bidrag». De hadde alle en oppfatning av at fastlegekrisen ikke kunne løses med dette prosjektet, den stakk for dypt mente de, og ikke var noen «quick fix». Selv om sykepleierne selv opplevde at de i varierende grad avlastet legene, viste analysen at sykepleierne gjorde flere oppgaver som kunne se ut til å avlaste legene i større eller mindre grad. Kontrollene som sykepleierne utførte daglig, kan være et eksempel på dette:

«Hvis fastlegene klarer å tenke kvalitet, så sparer jeg dem for ganske mye da. En god KOLS- kontroll tar meg 40 minutter med spirometri med reversibilitetstest. Du skal intervju i forhold til aktivitet og livsstil. Du skal kanskje innom røykeslutt også. Dette får ikke fastlegen til. Da må du kanskje ha tre konsultasjoner» (3).

Legekonsultasjonene gikk lettere ved at sykepleieren allerede hadde gjort gode kartlegginger og undersøkelser. Flere av sykepleierne opplevde at deres vurderinger ble brukt i legenes henvisninger og bidro med henvisinger med mer «kjøtt på beina»:

«(...) så plukker de veldig mye av det jeg skriver og lager en henvisning ut fra det. Bare klipper og limer» (8).

Flere av sykepleierne beskrev at de bidro faglig i teamet med diskusjoner av caser legene ønsket å drøfte i fellesskap. Sykepleierne opplevde at legene satte pris på ikke å sitte alene med vanskelige problemstillinger og krevende pasienter:

«Å hjelpe fastlegene med de vanskelige og krevende pasientene, de er det noen av. Og det setter fastlegene pris på at man kan jobbe sammen om» (9).

Det var forskjell mellom PHT-kontorene hvor selvstendig sykepleiere jobbet. Noen kalte legen inn ved behov, andre satte pasienten opp på time hos legen seinere eller tok en prat med legen i «lunsjen». Pasienter som henvendte seg til legekontoret og kanskje ikke trengte en legekonsultasjon kunne bli satt i sykepleierens timebok. På den måten fikk pasientene et tilbud uten at legen ble belastet:

«Det blir satt opp på min liste ut fra kanskje behov. Den her trenger kanskje ikke lege så den kan vi sette opp til sykepleier» (3).

«Jeg har selvstendige konsultasjoner og følger behandlingsplaner. Legen får en oppsummering i etterkant» (9).

I tillegg til sykepleiekonsultasjonene kunne legene også benytte seg av sykepleierrollen som stedfortreder i møter. Sykepleierne var åpne for å bidra der de kunne og så ofte etter arbeidsoppgaver de kunne bidra med. Noen av sykepleierne i denne studien har fått bekreftet av leger at deres bidrag har avlastet. En sykepleier som i utgangspunktet mente de ikke avlastet fortalte dette til slutt i intervjuet:

«Det er vanskelig å si at vi avlaster. Hvis det ikke står noen steder så tror jeg vi gjøre det. Jeg tror vi avlaster fastlegen litt hvis jeg har en pasient inne i 60 minutter og snakker med den og smertetrykket kanskje blir litt lettere og kanskje bestiller en mindre legetime for at den trenger mere smertestillende så har det jo noe for seg. Men det går ikke an å måle det» (2).

5.2.2 Betydningen av å bruke god tid

Sykepleierne opplevde alle å ha god tid, de vektla at de hadde bedre tid enn legen. God tid ble satt i sammenheng med å gi økt kvalitet, arbeide proaktivt og kunne gi en bedre tjeneste til pasientene. Sykepleierne opplevde å ha tid til å jobbe helhetlig med pasientene og til å gi personsentrert omsorg. Pasientgruppene de var satt til å følge opp, var gjerne skrøpelige eldre eller pasienter med kroniske lidelser med sammensatte utfordringer som krevde en bredere tilnærming. Pårørende kunne også være til stede ved konsultasjonene, og dette krevde også sykepleiernes tid og oppmerksomhet. En sykepleier beskrev hvordan bidraget fra PHT har vært for enkelte pasientgrupper:

«Du ser nytten veldig i enkelte tilfeller i hvert fall hvor det blir avdekket ting som folk kan gå med over lengre tid, fordi vi får tid til å ta grundigere og oftere kontroller» (6).

Oppgavene sykepleierne var satt til å gjøre krevde mer tid enn det som var normalt for konsultasjonene på legekantoret. Samtlige av sykepleierne var imidlertid enige om at nettopp det å ha bedre tid var med på å øke kvaliteten på tjenestene. Alle PHT-kantorene tilbydde hjemmebesøk. Det var oppfølging etter sykehusinnleggelse, kontroller og akutte hendelser. Det å møte pasienten hjemme, kanskje sammen med pårørende gav mulighet for observasjon og se et større og annerledes bilde av pasienten selv om hjemmebesøkene krevde tid. En sykepleier beskrev det slik:

«Sammen så finner vi ut av det. Jeg har så mye mere tid. Jeg setter meg ned og prater med de, å nøster i det og reiser hjem til de og snakker med pårørende og disse tingene» (9).

Enkelte sykepleiekonsultasjoner var tidkrevende for skjemaer skulle fylles ut og prøver tas:

«Jeg bruker jo nesten alltid i hvert fall 35-40 minutter på en ordentlig spirometri. Vi prater jo mye imellom, også skal dem ha Ventoline, så skal dem sitte 10 minutter før dem blåser på nytt, også fylle ut CAT- skjema» (2).

Selv om sykepleierne vektla at god kartlegging nødvendigvis tar noe mer tid, mente de likevel at dette var en god arena for å avdekke og forebygge hendelser som kanskje ikke en kort legetime ville gjort i like stor grad. De kunne fange opp risikofaktorer og pasientene fikk mulighet til å komme til hyppigere kontroller. Måten å jobbe på ble verdsatt av sykepleierne som opplevde at de hadde mulighet til å se hele pasienten. Dette beskrev en sykepleier slik:

«Jeg synes det er en veldig allright måte å kunne møte pasienter på. Føler at vi ser hele pasienten. Både fysisk og psykisk. Denne måten å jobbe på blir mer helhetlig. Det føles veldig godt å kunne gjøre det» (4).

Sykepleierne opplevde at pasienten og pårørende satte pris på den gode tiden som de gav pasientene. En sykepleier gjenværetalte utsagn fra pasient:

«Jeg husker jeg var hos deg i fjor, det synes jeg var ålreit for du hadde litt tid du da og da fikk jeg tatt opp mye mer enn jeg gjør hos fastlegen» (3).

Det var uvant for pasienter å møte på mennesker med god tid i helsevesenet. Det var nok derfor sykepleiernes bidrag ble så godt verdsatt av pasienter og pårørende.

5.2.3 Det viktige bindeleddet

Sykepleierne hadde en tydelig rolle som bindeledd i teamet. Dette ble beskrevet både som et bindeledd overfor pasienter og pårørende, mellom de ulike virksomhetene i kommunen og mellom

pasient og lege. Sykepleierne beskrev rollen som den som «holdt i trådene» i pasientoppfølgingen. De bidro til en sammenhengende og koordinert tjeneste til pasientene. Psykiatrispasientene ble fulgt opp av sykepleier inntil annet tilbud var på plass. De gav også ut eget telefonnummer for å være tilgjengelig. Sykepleierne bidro til bedre kontakt med kommunen og skapte et tettere samarbeid. De opplevde det lettere for pårørende og ta kontakt. En sykepleier fortalte det slik:

«(...) spesielt i forhold til de eldre der pårørende kan ha lettere for å ta kontakt med noen på legekantoret som kjenner pasienten, og kan på en måte være litt sånn mellomledd til legen» (6).

Generelt opplevde nesten alle sykepleierne økt samarbeid med kommunen. Oftest var det hjemmesykepleien de hadde kontakt med. Dette kunne være i form av digitale henvendelser eller oppfølginger. I boliger for psykisk utviklingshemmede hadde sykepleierne ofte en sentral rolle i oppfølgingen med videomøter og hjemmebesøk. Sykepleierne opplevde å være et bindeledd mellom pasient og andre helsetjenester:

«(...) da er det kartlegging med ADL, av og til velger vi å gjøre MMES og trail making og kartlegge belastning for pårørende og sende til kommunen. Hvis det er nødvendig søke om trygghetsalarm eller vi tenker at kanskje her må det følges bedre på med kost eller sette inn ernæringstiltak» (2).

De som var dårlige, hadde vært innlagt på sykehus eller hadde utfordringer med å komme seg til legekantoret fikk oftest hjemmebesøk av sykepleier. Det kunne også være endret behov hos pasientene hvor sykepleier koordinerte de forskjellige tjenestene. En sykepleier fortalte om besøk ordinert fra fastlegen, der fastlegen ønsket å få kartlagt hjemmesituasjon. Det viste seg at det var mye å ta tak i for denne personen:

«Han hadde det så stusselig hjemme. Jeg spør litt om hvordan han får gjort rent. Da satt han på en stol også vasket litt sånn med moppen rundt seg. Det var det han klarte. Hvordan kommer du deg rundt? Nei, det var ikke lett. Han falt mye for han hadde så vondt i ryggen så han klarte ikke gå ordentlig. Og da kommer jeg inn og får søkt hjemmehjelp til han og rullator inne og ute og får hverdagsrehabilitering inn til han» (9).

Sykepleierne understreket viktigheten av å holde i trådene i pasientoppfølgingen. Dette arbeidet ble ansett som et viktig bidrag til økt kvalitet og oppfølgingen av pasientene.

5.2.4«Potetstillingen»

Beskrivelsen «potetstilling» beskrev godt hvordan sykepleierne jobbet i teamet. Analysen viste at arbeidsoppgavene var varierte, men også at de jobbet med faget sitt på en annen måte enn tidligere. Sykepleierne i studien var godt fornøyd med sine arbeidsoppgaver i teamet. Arbeidet opplevdes varierte og spennende. De jobbet pasientrettet, hadde egne konsultasjoner og underviste pasienter og andre helsearbeidere i kommunen. Sykepleierne bidro i stor grad til å løse mange oppgaver på legekantoret. Variasjonen i arbeidet beskrev en sykepleier slik:

«Min stilling er litt sånn potetstilling» (1).

Selv om teamet ikke fungerte optimalt eller alt ikke var like bra, beskrev samtlige sykepleiere i studien at de var utelukkende godt fornøyd med sine arbeidsoppgaver:

«Jobben min, selve jobben det er drømmejobben. Jeg er selvstendig. Jeg har kombinasjonen av pasienter, allmenne pasienter, det er alt mulig. Jeg får liksom brukt faget mitt på alle mulige måter» (8).

Alle sykepleierne beskrev å ha faste årskontroller og andre kontroller hver dag. Mye annet foregikk også imellom disse timene som sårstell, støttesamtaler, hjemmebesøk, sitte i telefonkø til NAV for legene, dialog med kommunen, arbeid på laboratoriet og videomøter. Potetstilling var god beskrivelse av sykepleierrollen. I analysen har vi sett at sykepleiere fikk god opplæring og utførte nokså avanserte oppgaver som vanligvis ble gjort av lege.

«Ellers har jeg drevet litt med vortebehandling, å fryse enkle vorter. Legene lar meg ta celleprøver og suturere sår» (3).

6 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive sykepleiernes rolle i primærhelseteamet og hva denne rollen bidro med. Resultatene viser til hvordan sykepleierne fremsto med en utstrakt hånd i sin nye rolle. De var avhengig av å bygge tillit for å få til et godt samarbeid med legene, og dermed vokse i sykepleierollen. Det framkom også i analysen hvor viktig det var å være trygg i rollen som sykepleier og å tørre å ta sin plass. De hadde behov for faglig trygghet, og et fellesskap med mulighet for å finne ut av sin rolle. Videre viste analysen deres viktige bidrag til økt kvalitet ved å være en ressursperson på legekantoret med god tid, gjøre varierte arbeidsoppgaver og være en støttespiller som kan hjelpe legene.

Hovedfunnene vil i dette kapitlet bli diskutert i lys av tidligere forskning og litteratur.

6.1 Den utstrakte hånden

«En utstrakt hånd» representerer sykepleieren i PHT. Hun som er sykepleier, hvor ansvar og omsorg for andre står som selve grunnlaget i utdanningen og som er verdsatte arbeidsegenskaper. Sykepleieren er gjerne bevisst på å gi den beste kvaliteten på omsorgen og den som er best i stand til å forstå hva pasienten trenger (Skår, 2010). World Health Organization (WHO) prater om oppgaveglidning som en prosess der delegerte oppgaver flyttes når det er hensiktsmessig fra for eksempel en fastlege til en sykepleier. Ved å omorganisere arbeidsstyrken på denne måten, vil en forbedre helsevesenet med å øke kapasiteten på de ressursene en har (Shifting, 2008). I vår studie viste resultatene at sykepleierne gjorde oppgaver som fastlegene tidligere utførte, og at de derfor avlastet dem. Legene fikk dermed frigjort tid til andre oppgaver. En Cochrane-review identifiserte 16 studier hvor fastlege ble erstattet med sykepleier i primærhelsetjenesten. Resultatene viste ingen forskjeller mellom lege og sykepleier med tanke på pasientforløp, ressursutnyttelse, kostnader eller helseutfall. Fem av studiene viste derimot at pasientene uttrykte høyere pasienttilfredshet med sykepleierne enn fastlegene, fordi sykepleierne var bedre på å gi informasjon, hadde bedre tid og hadde hyppigere kontroller (Laurant et al., 2005). Sykepleierne i vår studie mente pasientene var særlig fornøyde med den gode tiden de hadde i samhandlingen med sykepleierne. De påpekte også at grundige kontroller av pasientene tok tid. Laurant et al. (2018) utførte en lignende studie i 2018 som viste at sykepleierne hadde muligens bedre kvalitet på omsorgen til pasientene og bedre helseresultater enn fastlegene. Fastlegeordningen er presset, og

det debatteres mye om hvordan dette presset skal lettes. Innføringen av piloten «primærhelseteam» i 2018 førte til en dreining fra individuelt fastlegearbeid mot teamarbeid. Legekontorene ble tilført sykepleierrolle som skulle arbeide klinisk med pasienter i en mer selvstendig rolle, samtidig som legen hadde det medisinske ansvaret (Gaski og Abelsen, 2020). Lederen i hvert enkelt PHT bestemte oppgavefordeling, rolleavklaring og hvor selvstendig sykepleierne kunne jobbe. Studien vår viste ulik tildeling av ansvar og arbeidsoppgaver fra fastlegene til sykepleierne. Sykepleierne ønsket å bidra der det var behov og så etter oppgaver å avlaste med. Studien vår viste at sykepleierne avlastet legene i varierende grad. Gjennom sin sykepleierrolle sørget de uansett for fleksibilitet og helhetstenkning inn i teamarbeidet.

Et ekspertutvalg ga i april ut en rapport som handler om en gjennomgang av allmennlegetjenesten. De mener at det er viktig at fastlegene jobber i team, fordi det kan avlaste og gi en bedre utnyttelse av ressursene. Ekspertutvalget anbefaler derfor at fastlegens mulighet til å delegerer oppgaver til sykepleier og helsesekretær utvides (Helse og omsorgsdepartementet, 2023). En studie fra 39 land sier noe om å overføre oppgaver fra fastlege til sykepleier i primærhelsetjenesten. Overføring av oppgaver blir sett på som en strategi for å bedre tilgangen på ressurser til pasientene. Mange land over hele verden har gjennomført denne oppgaveglidningen, og det viser at det er mulig å få til uavhengig hvordan helsesystemene er organisert og finansiert (Claudia B Maier & Linda H Aiken, 2016). Sykepleierne opplevde å ha en selvstendig rolle i teamet ved å ha egne konsultasjoner med pasienter, de gav råd og veiledning til pasienter og pårørende. Dette medførte et ønske og behov for å holde seg faglig oppdatert. En slik posisjon kan tenkes å øke sykepleiernes faglige autonomi hvis det forstås som å ta selvstendig beslutninger og evne til å utnytte egen kompetanse. På en annen side kan det tenkes at den faglige autonomien svekkes hos sykepleier som ikke opplevde seg like selvstendig eller var mer underlagt legen i rolle og ansvarsområde (Pursio et al., 2021).

6.2 Vil noen gripe den utstrakte hånden?

Tillitens betydning for samarbeid

Sykepleierne i denne studien var enige om at legenes holdninger til teamarbeidet i stor grad påvirket hvordan PHT-sykepleierrollen kom på plass i teamet. Legene var den gruppen sykepleierne hadde det tettteste samarbeidet med og det var viktig at samarbeidet og kommunikasjonen dem imellom var god. Det å få tillit fra legen opplevde sykepleierne som avgjørende for videre utvikling av rollen og for at et godt samarbeid med legen skulle være mulig. Dette hadde mye å si for egen

trivsel, arbeidsoppgavene de fikk og videre utvikling av rollen ved at de fikk flere arbeidsoppgaver og på den måten anerkjennelse av legene. Dette samsvarer med studier som har undersøkt hvordan forholdet mellom lege og sykepleier som bar preget av tillit og gjensidig respekt hjalp til med å utvide og utvikle sykepleierrollen. I tillegg var legenes tillit til og aksept av sykepleierne en kritisk faktor som formet omfanget av sykepleieutøvelsen (Karimi-Shahanjarini et al., 2019; Lauber et al., 2022). Det er også funnet at sykepleiere kan føle seg mer selvsikre i team som støtter og anerkjenner deres rolle (Regan et al., 2016). D'Amour et al. (2005) har også funnet ut at åpen og ærlig kommunikasjon, gjensidig tillit og respekt er det viktigste grunnlaget for tverrprofesjonelt samarbeid. Fagpersonene må være klar over og verdsette hverandres bidrag og perspektiver. I vår studie var det spesielt viktig å få anerkjennelse for sitt arbeid av legen. Alle sykepleierne understreket betydningen av å være faglig trygg i sykepleierrollen, og viktigheten av å kunne være selvstendig, stå på egne ben og vite hva du driver med. I vår studie ble det selvstendige arbeidet vektlagt som både spennende og utfordrende. Å ha pasientene til konsultasjon, gi råd, gjøre undersøkelser krever trygghet og god kompetanse (Skår, 2010). Autonomi ser ut å ha en betydning i rollen som sykepleier i PHT. Hvis autonomi forstås som å være selvsikker til å jobbe selvstendig og dermed ansvarlig for sine handlinger. Arbeide og ta avgjørelser i kontekst innenfor team og oppleve teamet som et støttesystem. Å ha den rette oppdaterte kunnskapen og ferdighetene (Oshodi et al., 2019). For sykepleiere kan det å jobbe sammen med lege ha positive innvirkninger på faglig autonomi så lenge miljøet ikke er hierarkisk. Det understrekes behovet for at sykepleiere betraktes som likeverdige medlemmer av teamet (Pursio et al., 2021).

Sykepleierne fant ulike måter å opparbeide seg tillit på. Mye gikk på at de måtte bevise hva de observerte og rapportere dette til legen med aktuelle tiltak. Deres udefinerte rolle og legenes usikkerhet på deres kompetanse er trolig en faktor for manglende tillit, men at dette kan økes ved å få mer innsikt i andres kompetanseområder (Wilson et al., 2002). Brown et al. (2011) har sett på kildene til konflikt i team. Rolleavklaring er en kilde til konflikt når teammedlemmene ikke forstår hverandres roller og omfatter hvem som skal gjøre hva og hvem gjør ikke hva. Det andre gikk på mangel på forståelse av omfanget av praksisen til andre profesjoner. Det siste handlet om ansvarlighet. Legene mener de til syvende og sist er ansvarlig for alt som skjer på legekantoret. Schot et al. (2020) har i sin studie funnet strategier helsepersonell selv bidrar med til tverrfaglig samarbeid. Funnene tyder på at fagpersoner prøver å minske avstanden mellom seg selv og andre fagpersoner som blir kalt brobygging. Strategisk og forsiktig kommunikasjon avhengig av

personlighet og kommunikasjonspreferanser. Det kan se ut til at brobygging er metoden sykepleierne i vår studie benyttet seg av i opparbeidelse av tillit og samarbeid med andre teammedlemmer. Det hevdes at et klima som er preget av høflighet bidrar til godt samarbeid, bedrer kommunikasjon, gir økt pasientsikkerhet og økt kvalitet på omsorgen (Hossny & Sabra, 2021). Samarbeid er anerkjent som en prosess i utvikling. Det sies at samarbeidsprosesser krever at faglige grenser overskrides hvis hvert teammedlem skal bidra til forbedringer i pasientbehandling, samtidig som de vurderer egenskapene og ferdighetene til de andre teammedlemmene (D'Amour et al., 2005). Sykepleiernes rolle og arbeidsoppgaver i PHT var på mange måter prisgitt legene. For de som opparbeidet seg tillit til de fleste legene kunne rolleutviklingen fortsette, ellers er det lett å tenke seg dette som en årsak til turnover hos sykepleiere i PHT. Å strekke ut en hjelpende hånd krever ingenting.

6.3 Vil legene ta den utstrakte hånden?

Det viktige samarbeidet

Sykepleierne understreket hvor viktig det var med en god og engasjert leder i PHT. PHT innebærer at fastlegene arbeider og tenker helt annerledes. De skulle slippe til sykepleierne og følge opp pasienter i samarbeid med dem. Sykepleierne i studien hadde forståelse for at dette arbeidet var nytt for legene og det var ikke bare å snu skuta. Flere mente det var uvant for legene å samarbeide med sykepleier. Det var også tydelig for sykepleierne at det var leger de arbeidet med som ikke så verdien av PHT, og de samarbeidet derfor ikke med alle i like stor grad. En sykepleiere mente hun opplevde de yngre legene som mer villig til å samarbeide med sykepleiere. Det er hevdet at yngre leger hadde lettere for å akseptere sykepleieres mening om behandling og beslutningstaking (Matziou et al., 2014). Sykepleierne satt pris på å kunne diskutere pasientcaser med legene og følte seg dermed sett og respektert. Lederne i PHT fortalte at de selv hadde gått foran for å utvikle samarbeidet med sykepleierne. I tillegg måtte de minne de andre legene på hva sykepleierne kunne bidra med. Etter hvert som sykepleierne ble tryggere i rollen kunne de foreslå arbeidsoppgaver de kunne utføre og på den måten bidro de selv til utvikling. De mente det fantes mye sykepleieoppgaver å ta tak i på legekantoret. I studien kom det også fram den betydelige jobben det var å lede et PHT (Gaski & Abelsen, 2020). Litteraturen beskriver betydningen av å utvikle systemer for åpen og god kommunikasjon samt tverrprofesjonell respekt for utviklingen av godt teamarbeid (Pullon et al., 2009). Regelmessige teammøter er forbundet med forbedret kommunikasjon og høyere nivå av innovasjon. I tillegg hjelper regelmessige møter til å løse

tverrprofesjonelle konflikter, og fremme mellommenneskelige relasjoner (Xyrichis & Lowton, 2008). Legene må se verdien av samarbeid, tverrfaglighet og deling av arbeidsoppgaver. Det var ulikt hvordan legekantorene innrettet seg og skapte arenaer for å snakke sammen. Noen hadde faste møter hver uke, noen hver 6. uke. Noen aldri. De som ikke hadde noen møter, hadde en avtale om at legedøren kunne bankes på når som helst. Hvor lett er det å stadig banke på legedøren og forstyrre? De som hadde faste ukentlige møter, hadde i tillegg fast på agenda arbeidet med PHT. Dårlig legeholdning som inkluderer oppfatning av hierarki i helsevesnet er sett som en barriere for samarbeid. Denne holdningen sammen med oppfatningen av ikke å forstå samarbeid med helsepersonell med lavere utdanning gir ikke godt samarbeid (Clarín, 2007). Om det kan sitte litt gamle hierarkisk tankegang om lege – sykepleier rollene igjen rundt omkring på legekantorene, er lov å under seg over (Fagin & Garelick, 2004; Keddy et al., 1986). Sykepleierne i vår studie verdsatte samlingene prosjektet hadde fast to ganger i året. Dette ble en arena for å dele opplevelser og erfaringer med sykepleierrollen i PHT. Undersøkelse fra Canada antyder at «alle» leger har tatt til ordet for å fremme tverrfaglig teambasert omsorg og pasientene klare til å omfavne alle dets fordeler (Duong & Vogel, 2023).

6.4 Gi dem tiden

En årsak til at pasienter i pasientgruppene kronisk eller psykisk syke, funksjonsnedsettelse eller skrøpelige tar kontakt med legekantor, er at de trenger noen å snakke med og som følger dem opp. Fellesnevneren er at disse konsultasjonene tar tid, og at det bør settes av mer enn en vanlig legetime. Resultatene i studien viste at sykepleierne i PHT hadde bedre tid enn fastlegene, og at “god tid” var en ressurs de kunne bruke til oppfølging, kartlegging og samtaler. En av statusrapportene skriver om endringer i behandlingskontinuitet etter oppstart med PHT. Behandlingen til pasientene bærer nå preg av økt kontinuitet og god planlegging sammen med en helhetlig koordinering (Helsedirektoratet, 2021). Sykepleierrollen i PHT er noe nytt på legekantoret, og bedre tid enn fastlegene gjør at de ble en velkommen ressurs for pasientene. Rashid (2010) skriver om studier som har undersøkt hvorfor pasienter var mer fornøyde med konsultasjoner hos sykepleier enn fastlege. Årsaken var at sykepleieren hadde bedre tid og oppnådde derfor større pasienttilfredshet enn fastlegene gjorde. Funn fra statusrapport viste hvordan tilnærmingen til pasientene endret seg med PHT. Oppfølging, veiledning og samtaler var det nå bedre tid til enn tidligere, og kunne komme pasientene til gode. Dette var ekstra kjærkomment for pasienter som

hadde behov for tett kontakt og oppfølging med helsetjenesten. Eldre og multisyke oppnådde dette ved at sykepleieren kom ofte på hjemmebesøk. De slapp da en «slitsom» reise på legekantoret for oppfølging og undersøkelser (Helsedirektoratet, 2021). Resultatene våre viste at PHT-sykepleierne opplevde at arbeidet de utførte ga økt tilgjengelighet ved at pasientene ble sett, fikk nok tid og fikk hjemmebesøk. Siden sykepleierne hadde bedre tid enn fastlegene, hadde de større muligheter til å bli godt kjent med pasientene og få oversikt over utfordringene til den enkelte. En studie fra Canada viser at sykepleierne har bedre tid ved hvert pasientbesøk og får gjort grundigere observasjoner og endringer enn fastlegene. De kunne blant annet utføre pasientopplæring med fokus på helsefremmede arbeid og sykdomsforebygging. Denne ekstra tiden ble beskrevet som «å bringe en ny dimensjon til omsorgstilbudet» (Roots & MacDonald, 2014).

God tid ble sett i sammenheng med økt kvalitet på tjenestene, jobbe proaktivt og gi en helhetlig tjeneste. I statusrapportene kunne vi lese at forventningene om proaktivt arbeid og gode forløp ble knyttet til sykepleierens rolle i PHT. Sykepleieren ble sett på som en ressurs til å komme i kontakt med pasienter som unngikk legekantoret av ulike årsaker. En slik oppsøkende virksomhet sørget for at PHT fikk en mer forebyggende arbeidsform enn legekantoret hadde hatt tidligere (Helsedirektoratet, 2021). Våre resultater viste at sykepleierne jobbet proaktivt ved at de utførte årskontroller, vaksinerte, hadde støttesamtaler og oppfølgingskonsultasjoner. Siden de jobbet forebyggende og utførte grundige kartlegginger, bidro det til at fastlegene kunne gjøre gode, faglige vurderinger. Sykepleieren i PHT er en del av en tjenesteprofil som har fokus på å skape trygghet og tilrettelegge for at pasienter kan bo hjemme lengst mulig. I artikkelen «Hvilke oppgaver kan sykepleiere ha i primærhelseteam?» er forfatterne opptatt av at sykepleierne skal kunne overta noen fastlegeoppgaver. De mener derimot også at sykepleierne kan gi en bedre oppfølging av pasienter som ikke får den hjelpen de har behov for i dag. Artikkelen diskuterer livsveiledning som en aktuell oppgave. Det forfatterne vil få fram er at det er pasienter som har behov for et lavterskeltilbud med tidlig innsats. Disse pasientene møter fastlegene først i dag, men er aktuelle for sykepleiekonsultasjoner istedenfor (Evju & Skogmo, 2019). Land som USA, England og Nederland har en slik arbeidsfordeling, og studier viser til gode erfaringer med at sykepleierne har en denne rollen (Dierick-van Daele et al., 2009).

God tid må i like stor grad ses i sammenheng med utviklingen av sykepleierrollen i PHT. Dette krever tid. God tid. Sykepleierne starter tidlig med å lage prosedyrer for tillitsskapende tiltak overfor

legene. Disse prosedyrene utarbeides av sykepleier og hver lege krever sin egen prosedyre. Sykepleiere er løsningsorientert og står sjeldent fast, men noen ganger krever det bare nok tid til å komme i mål.

6.5 Diskusjon av metode

Pålitelighet og troverdighet

Pålitelighet I kvalitativ studie knytter seg til hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og hvordan de bearbeides (Johannessen et al., 2021). Å snakke med disse sykepleierne i denne studien var avgjørende for å få svar på problemstillingen. Vi mener derfor intervju var en god datasamlingsmetode til vår studie. Ved å utføre intervju digitalt fikk vi mulighet til å kunne favne hele landet, som økte kvaliteten på datamaterialet og gav bredere resultater. En svakhet ved digitale intervju er tekniske problemer. Under det ene intervjuet sviktet teknologien og intervjuet ble gjort på telefonen noe som kan ha på virket resultatet. Data ble samlet inn ved hjelp av intervjuguide. En svakhet med studien var at vi på forhånd ikke hadde prøvd ut intervjuguiden eller rollen som intervjuer. Vi så i etterkant at vi kunne fulgt opp med mer oppfølgingsspørsmål. Begge forskere var til stede under hvert intervju. For informanten kan dette føles hemmende å være i mindretall. Som forsker ønsker man å få en spesiell tillit hos informantene noe som kan tenkes å være vanskelig å oppnå siden vi var to stykker (Johannessen et al., 2021). Vi var allikevel oppmerksomme på at vi representerte verktøyet i datasamlingen (Brink, 1993). Konteksten rundt samtalene er viktig for kunnskapsutviklingen. Vi som forskere bør være oppmerksomme over hva som foregår mellom informantene og oss intervjuere (Malterud, 2002). En styrke ved denne studien er at vi var to som kunne diskutere i alle ledd i forskningsprosessen. Tjora (2017) mener forskningen bør gjøres i et fellesskap hvor personer som er godt kjent med materialet kan reflektere sammen om tolkningen av dataene. Det er viktig at vi gjenkjente personlig tro, teorier eller andre antakelser som kunne begrense vår åpenhet. Hvis ikke vil vi risikert å beskrevet vår egen forforståelse istede for sykepleiernes erfaringer (Sundler et al., 2019). Samtidig er ikke fullstendig nøytralitet mulig (Tjora, 2017). Vi har forsøkt å være bevisst hele veien på vår egen forforståelse. Vi er begge sykepleiere, har jobbet på legekantor og er studenter i avansert klinisk sykepleie.

Vi fikk gjennom et strategisk utvalg ni sykepleiere. Det varierte på lengde de hadde jobbet i PHT, og noen av informantene hadde kort erfaring noe som kan være en svakhet i studien. Vi mener likevel disse bidro med verdifull data til studien med sine opplevelser av å komme inn i teamet på et senere tidspunkt. Det kan tenkes at vårt utvalg hadde et spesielt engasjement i temaet da de meldte seg selv til studien. Vi hadde ingen fornemmelse av at temaet var ubehagelig eller vanskelig å snakke om for informantene, tvert imot. I analysen er sitater brukt for å få fram synet til alle informantene.

Vi gjorde en liten studie av sykepleiere i pilotprosjektet primærhelseteam. Våre resultater må ses i sammenheng med «briller» på, med den erfaringen vi har fra tidligere. Det kan tenkes våre funne kan bli kjent igjen samme kontekst. Våre resultater kan ses igjen flere steder i litteraturen fra statusrapportene i forbindelse med piloten og i internasjonal litteratur som handler om samarbeid med lege - sykepleier (Gysin et al., 2019; Karimi-Shahanjarini et al., 2019; Wilson et al., 2002; Aandahl et al., 2023).

Konklusjon

Problemstillingen i denne studien: «Hva mener sykepleiere inngår i deres rolle i primærhelseteam og hva bidrar denne rollen med?»

Denne studien viser at etablering av tillit mellom lege og sykepleier er nødvendig for å videreutvikle sykepleierrollen i PHT. Videre mener de en iboende trygghet og faglig kompetanse som sykepleier er viktig for deres rolle og for å gå inn i en udefinert rolle. «Veien blir til mens man går» uttrykker at de er tilpasningsdyktige og handlekraftige i arbeidet med å finne sin rolle. Sykepleierene i denne studien bidro med en utstrakt hånd til pasientene og innad i PHT. De bidro med å løse mange oppgaver i teamet og hadde en selvstendig rolle. Pasientene verdsatte den gode tiden sykepleierene kunne bruke på dem. Sykepleierene var et viktig bindeledd som sørget for økt tilgjengelighet, spesielt mellom pasient og lege. De faglige utfordringene, og muligheten til å bruke sykepleiefaget til å gi helhetlig omsorg på ble verdsatt av alle sykepleierne.

Implikasjoner for videre praksis

Teamorganisering på legekantor er et sterkt anbefalt tiltak for å imøtekomme behovet for økt kvalitet og en mer tilgjengelig helsetjeneste til befolkningen. Endringer i arbeidsoppgaver og innføring av ny rolle på legekantor krever god evne til samarbeid og å se hverandre som likeverdige bidragsyttere. Videre forskning bør vurdere teamarbeid på legekantor med innføring av personell med bredere kompetanse, som kan ivareta selvstendige funksjoner. Dette kan for eksempel være avansert klinisk allmennsykepleier med spesialistgodkjenning. De vil muligens gå lettere inn i rollen og krever mindre opplæring, og har rett kunnskapsnivå for rollen. I tillegg bør det ses på om disse overta flere oppgaver fra legene.

Referenseliste

- Analyse, E. V. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets...>
- Brink, H. I. (1993). Validity and reliability in qualitative research. *Curationis*, 16(2), 35-38.
- Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T. R. & Kasperski, M. J. (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams - can it be resolved? *J Interprof Care*, 25(1), 4-10. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.497750>
- Clarín, O. A. (2007). Strategies to Overcome Barriers to Effective Nurse Practitioner and Physician Collaboration. *Journal for nurse practitioners*, 3(8), 538-548. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2007.05.019>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín Rodríguez, L. & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*, 19(S1), 116-131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- De Maeseneer, J., Bourek, A., McKee, M. & Brouwer, W. (2019). Task shifting and health system design: report of the expert panel on effective ways of investing in health (EXPH).
- Dierick-van Daele, A. T., Metsemakers, J. F., Derckx, E. W., Spreeuwenberg, C. & Vrijhoef, H. J. (2009). Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 65(2), 391-401.
- [Record #186 is using a reference type undefined in this output style.]
- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2009). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning : en introduksjon og oversikt.
- Evju, A. & Skogmo, I. (2019). Hvilke oppgaver kan sykepleiere ha i primærhelseteam? *Sykepleien forskning (Oslo)*, (75041), e-75041. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.75041>
- Fagin, L. & Garelick, A. (2004). The doctor–nurse relationship. *Advances in psychiatric treatment*, 10(4), 277-286.
- Gaski, M. & Abelsen, B. (2020). Å lede eksperter inn i nye arbeidsmåter: Lederatferd ved implementering av primærhelseteam på fastlegekontor. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(4), 281-293. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-04-05>
- Gysin, S., Sottas, B., Odermatt, M. & Essig, S. (2019). Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC family practice*, 20, 1-11.
- Haemel, K. & Voessing, C. (2017). The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. *Prim Health Care Res Dev*, 18(5), 492-506. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000354>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten* Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2021). *Evaluering av primærhelseteam - Sluttrapport og statusrapporter* (1-4). Helsedirektoratet. www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt
- Hossny, E. K. & Sabra, H. E. (2021). Effect of nurses' perception to workplace civility climate on nurse–physician collaboration. *Nurs Open*, 8(2), 620-627. <https://doi.org/10.1002/nop2.666>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt forlag.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforl.

- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T. & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *Int J Nurs Stud*, 79, 70-83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
- Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., Lewin, S., Laurant, M. G. H. & Colvin, C. J. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), CD010412-CD010412. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010412.pub2>
- Keddy, B., Jones, M., BN, P. J., Burton, H. & Rogers, M. (1986). The doctor-nurse relationship: An historical perspective. *Journal of advanced nursing*, 11(6), 745-753.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lauber, E., Kindlimann, A., Nicca, D., Altermatt-von Arb, R., Sgier, C., Staudacher, S., Sailer Schramm, M., Vökt, F. & Zúñiga, F. (2022). Integration of an advanced practice nurse into a primary care practice: a qualitative analysis of experiences with changes in general practitioner professional roles in a Swiss multiprofessional primary care practice. *Swiss medical weekly*, 152(2526), w30199-w30199. <https://doi.org/10.4414/SMW.2022.w30199>
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. & Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
- Leong, S. L., Teoh, S. L., Fun, W. H. & Lee, S. W. H. (2021). Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *The European journal of general practice*, 27(1), 198-210. <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1954616>
- Lerdal, A. (2009). Metodekapitlet. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (3), 239-241. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0120>
- Lerdal, A. & Rustøen, T. (2021). *Klinisk forskning innen helsefag : hvordan utvikle god forskning - sentrale elementer* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Lindblad, E., Hallman, E.-B., Gillsjö, C., Lindblad, U. & Fagerström, L. (2010). Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care-A qualitative study. *Int J Nurs Pract*, 16(1), 69-74. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01810.x>
- Maier, C. B. & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *Eur J Public Health*, 26(6), 927-934. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>
- Maier, C. B. & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European journal of public health*, 26(6), 927-934.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning—forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (4. utg.).
- Martínez-González, N. A., Tandjung, R., Djalali, S. & Rosemann, T. (2015). The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Hum Resour Health*, 13(1), 55-55. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0049-8>
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E. & Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of interprofessional care*, 28(6), 526-533.

[Record #213 is using a reference type undefined in this output style.]

- Meld. St. 26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1
- Meld. St. 47. (2009.). *Samhandlingsreform*. Helse og omsorgsdepartementet. www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/
- Meyers, D. J., Chien, A. T., Nguyen, K. H., Li, Z., Singer, S. J. & Rosenthal, M. B. (2019). Association of team-based primary care with health care utilization and costs among chronically ill patients. *JAMA internal medicine*, 179(1), 54-61.
- Morgan, S., Pullon, S. & McKinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*, 52(7), 1217-1230. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>
- Norful, A., Martsolf, G., de Jacq, K. & Poghosyan, L. (2017). Utilization of registered nurses in primary care teams: A systematic review. *Int J Nurs Stud*, 74, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.013>
- Oshodi, T. O., Bruneau, B., Crockett, R., Kinchington, F., Nayar, S. & West, E. (2019). Registered nurses' perceptions and experiences of autonomy: a descriptive phenomenological study. *BMC nursing*, 18, 1-14.
- Pedersen, K., Godager, G., Rognlien, H. D., Tyrihjell, J. B., Værnø, S. G., Iversen, T., Holte, J. H., Abelsen, B., Pahle, A. & Augestad, L. A. (2022). Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Pullon, S., McKinlay, E. & Dew, K. (2009). Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. *Br J Gen Pract*, 59(560), 191-197. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X395003>
- Pursio, K., Kankkunen, P., Sanner-Stiehr, E. & Kvist, T. (2021). Professional autonomy in nursing: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1565-1577.
- Rashid, C. (2010). Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: integrative literature review: Benefits and limitations of nurses in primary care. *Journal of advanced nursing*, 66(8), 1658-1670. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05327.x>
- Regan, S., Laschinger, H. K. S. & Wong, C. A. (2016). The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *J Nurs Manag*, 24(1), E54-E61. <https://doi.org/10.1111/jonm.12288>
- Roots, A. & MacDonald, M. (2014). Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. *Human resources for health*, 12(1), 1-11.
- Schot, E., Tummers, L. & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional care*, 34(3), 332-342.
- Shifting, W. T. (2008). Rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. *Geneva: World Health Organization*.
- Skår, R. (2010). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2226-2234.
- Slotfeldt-Ellingsen, D. (2020). *Forskningsetikk: Yrkesetikk ved forskningsvirksomhet*. Universitetsforlaget.

- Somé, N. H., Devlin, R. A., Mehta, N., Zaric, G. S. & Sarma, S. (2020). Team-based primary care practice and physician's services: Evidence from Family Health Teams in Ontario, Canada. *Soc Sci Med*, 264, 113310-113310. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113310>
- Sundler, A. J., Lindberg, E., Nilsson, C. & Palmér, L. (2019). Qualitative thematic analysis based on descriptive phenomenology. *Nurs Open*, 6(3), 733-739. <https://doi.org/10.1002/nop2.275>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Universitetet i Sørøst Norge. (2019). *Retningslinjer for behandling av personopplysninger i student- og forskerprosjekt ved Universitetet i Sørøst-Norge*. www.usn.no/om-usn/regelverk/lagringsguider/klassifisering-og-lagringsomrader-studenter
- Wilson, A., Pearson, D. & Hassey, A. (2002). jo. *Family practice*, 19(6), 641-646.
- Xue, Y., Goodwin, J. S., Adhikari, D., Raji, M. A. & Kuo, Y.-F. (2017). Trends in Primary Care Provision to Medicare Beneficiaries by Physicians, Nurse Practitioners, or Physician Assistants: 2008-2014. *J Prim Care Community Health*, 8(4), 256-263. <https://doi.org/10.1177/2150131917736634>
- Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*, 45(1), 140-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015>
- Aandahl, E., Abelsen, B., Fosse, A., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., Pedersen, K., Snilsberg, Ø. & Sæther, E. M. (2023). Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger. Statusrapport V.



Ønsker du å delta i et forskningsprosjekt om
sykepleierens erfaringer i
primærhelseteam?

Vi inviterer deg som arbeider som sykepleier i primærhelseteam til å delta i intervju. Temaene vil handle om dine erfaringer, arbeidsoppgaver og tanker rundt arbeidet i primærhelseteam. Intervjuet vil foregå via zoom når det måtte passe deg.

Høres dette interessant ut ta kontakt med masterstudent
Kristin Øverli: kover@usn.no eller Barbro Karlsen:
barbrofrasande@hotmail.com.

Vedlegg 2

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvilke erfaringer har sykepleiere med å arbeide i primærhelseteam»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske og beskrive hvilke erfaringer sykepleiere har med å arbeide i primærhelseteam. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet inngår i en matergradsstudie ved Universitetet i Sørøst-Norge. Prosjektet med primærhelseteam er en ny måte å arbeide på og er lite utforsket. «Sykepleieren har en ny rolle i dette teamet sørger for økt kapasitet og utvidet tilbud til pasientene». Hensikten med studien er å få kunnskap om hvilke erfaringer sykepleiere har med å arbeide i primærhelseteam. Med dette inviteres du til å delta på et individuelt intervju. Resultatene skal publiseres som en masteroppgave og kan også brukes i vitenskapelig publikasjon/artikkel.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir forespurt om å delta i denne studien fordi du som sykepleier har erfaring med å arbeide i primærhelseteam. Denne informasjonen vil bli sendt til alle legekontor som er med i primærhelseteamprosjektet nasjonalt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du takker ja til å delta, vil det bli gjennomført personlig intervju via zoom med deg og tidspunkt og sted etter ditt ønske.

Intervjuet vil ta ca. 30-60 min. Intervjuet vil omhandle dine erfaringer med å være en del av prosjektet primærhelseteam. Vi ønsker å høre om dine arbeidsoppgaver, samarbeid, oppgaveglidning og generelt dine erfaringer. Intervjuet vil ikke omhandle pasienter. Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker. Dataene lagres forskriftsmessig og vil bli slettet når prosjektet er avsluttet.

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 skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Veileder Linn Hege Førund ved Universitetet i Sørøst-Norge vil ha tilgang til dataene i prosjektet, men ikke navn eller kontaktopplysninger til deltakerne. Intervjuene vil bli transkribert og anonymisert.

Transkriberingsmaterialet vil bli lagret på kryptert minnepenn. Samtykkeerklæringene vil bli låst inn i safe. Lyddopptakene vil bli lagret på nettskjema diktafon.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 31/1/2024. Datamaterialet og personopplysninger vil da bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra USN har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

- Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
 - innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
 - å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
 - å få slettet personopplysninger om deg
 - å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Universitetet i Sørøst-Norge ved student Kristin Øverli, kristin.oeverli@hotmail.com tlf 98480409. Student Barbro Karlsen, barbrofrasande@hotmail.com. Tlf 95259420 og/eller Linn Hege Førsum, linn.hege.forsund@usn.no, tlf: 99276355 (prosjektleder).
- Vårt personvernombud Paal Are Solberg, Paal.A.Solberg@usn.no, tlf 91860041.

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

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Linn Hege Førsum
Prosjektansvarlig

Kristin Øverli
Barbro Karlsen
Studenter

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvilke erfaringer har sykepleiere med å arbeide i primærhelseteam», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.
- At mine personopplysninger behandles frem til prosjektslutt ca. 31/1 2024

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Intervjuguide

1: Kan du som PHT sykepleier beskrive dine daglige arbeidsoppgaver i primærhelseteamet?

Du kan gjerne fortelle hvordan en vanlig dag ser ut for deg.

(Oppfølgingsspørsmål: Varierer arbeidsoppgavene hver dag?)

2: Hvordan opplever du å være med i pilotprosjektet Primærhelseteam?

3: Hvilke forventninger opplever du i rollen som PHT sykepleier?

Effektmålene sier at rollen skal gi et utvidet tilbud og økt kvalitet.

4: Kan du fortelle hvordan teamet arbeider rundt pasientene?

Stikkord: pasientgrupper som følges tettere opp (kols, diabetes, rus, psykiatri osv)

5: Hvordan synes du temaarbeidet har fungert hos dere?

Stikkord: samtale rundt teamarbeid, tydelig rollefordeling

6: Er det oppgaver du gjør som tidligere ble utført av lege? Eventuelt hvilke.

7: Har du noen tanker om det er flere eller andre oppgaver PHT sykepleieren kan gjøre?

8: Kan du fortelle noe om hvordan opplæringen til PHT sykepleieren har vært?

Oppfølgingsspørsmål: Har du fått/deltatt på kurs/videreutdanning (fra arb.giver/helsedirektoratet?)

9: Opplever du et behov for økt kompetanse på ett eller flere områder i rollen som PHT sykepleier? Og er det spesiell kompetanse utover bachelor sykepleie som du mener er særlig nyttig som PHT sykepleier?

10: Mener du bør implementeres i alle kommuner? Hvorfor/hvorfor ikke?

