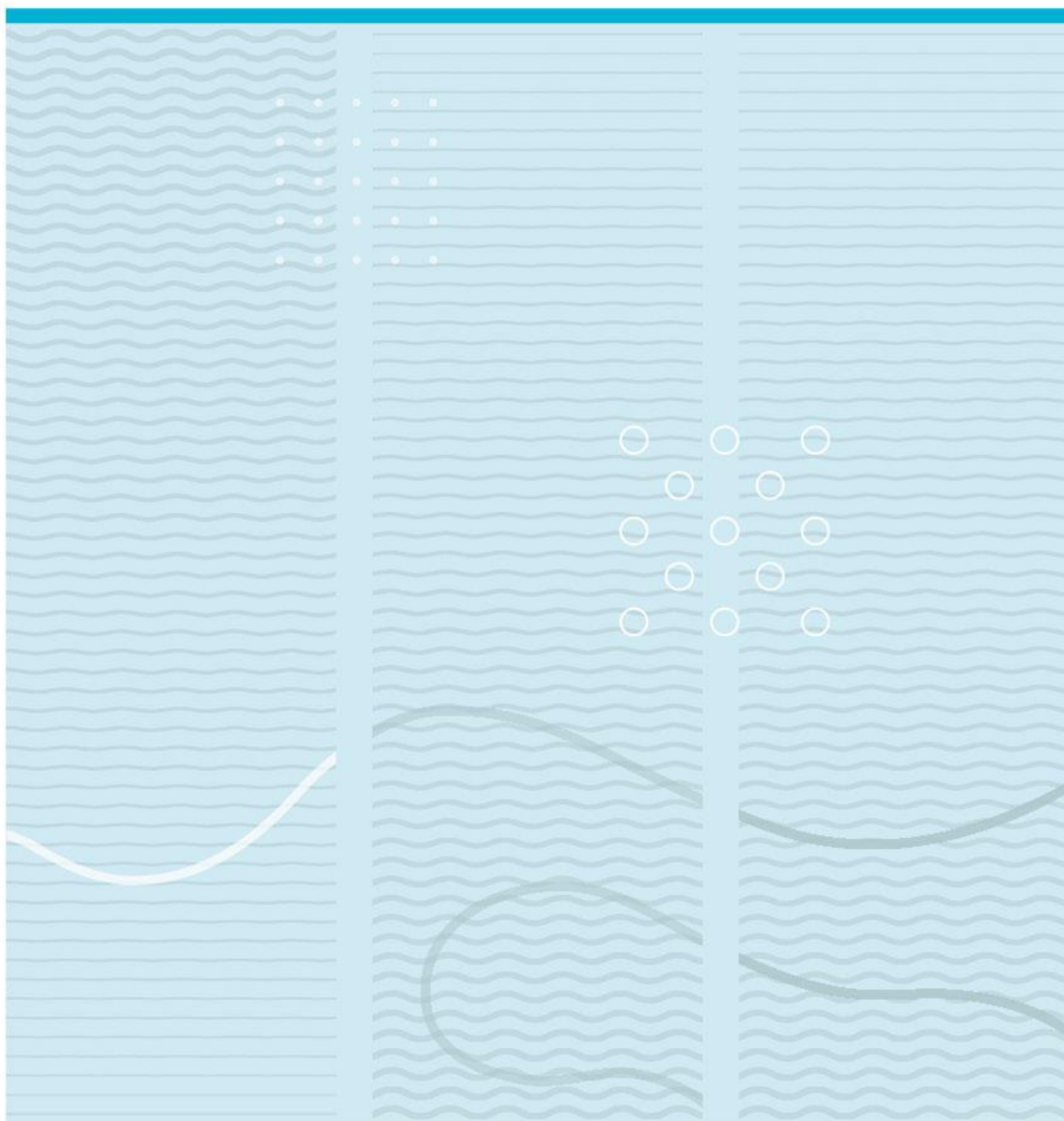


Lene Jeanette Mala og Tommy Kjærstad Bringaker

Ny profesjon i legevakt?

«Hvilke erfaringer har legevaktleger med bruk av AKS i legevakt?»



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

<http://www.usn.no>

© 2021 Lene Jeanette Mala og Tommy Kjærstad Bringaker

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Norges demografiske utvikling sammen med samhandlingsreformen og fastlegemangel har bidratt til at legevakt opplever tidvis stor pasientpågang og lange ventetider, spesielt for pasienter med lav hastegrad. Innføring av avansert klinisk sykepleie i legevakt vil trolig føre til bedre oppgaveglidning, mer effektiv helsetjeneste og kortere ventetid.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive legenes erfaringer med bruk av avansert klinisk sykepleie i legevakt.

Metode: Studien benytter kvalitativ metode, og data ble innhentet med seminstrukturerede dybdeintervjuer av en gruppe utvalgte leger som jobber i legevakt.

Resultat: Resultatene av analysen viste at legenes erfaringer kunne deles inn fem hovedkategorier: Fordeler, utfordringer, arbeidsoppgaver, samarbeid og kunnskaper.

Konklusjon: Legene var positive til bruk av AKS i legevakt. De så på AKS som en ressurs de kunne benytte seg av, men også i en selvstendig behandlerroller til enkelte pasienter og problemstillinger. Utfordringer var blant annet mangel på kunnskaper om AKS hos legene, og utilfredsstillende avklaring av rolle- og ansvarsfordeling.

Nøkkelord: Legevakt, akuttmottak, oppgaveglidning, avansert klinisk sykepleie, lege

Abstract

Background: Norway's demographic development, together with the collaboration reform and the shortage of general practitioners, has contributed to the out-of-hours primary clinic experiencing occasional large patient demand and long waiting times, especially for patients with a low degree of urgency. The introduction of advanced clinical nursing in the out-of-hours primary clinic will probably lead to better task slippage, more efficient health services and shorter waiting times.

Purpose: The purpose of this study is to explore and describe the doctors' experiences with the use of nurse practitioner in the out-of-hours primary clinic

Method: The study uses a qualitative method, and data were obtained with semi-structured in-depth interviews of a group of selected doctors who work in the out-of-hours primary clinic

Results: The results of the analysis showed that the doctors' experiences could be divided into five main categories: Benefits, challenges, work tasks, collaboration and knowledge

Conclusion: The doctors were positive about the use of nurse practitioner in the out-of-hours primary clinic. They found nurse practitioners as a resource they could use, but also in independent treatment roles for some patients and issues. Challenges included a lack of knowledge about nurse practitioners among the doctors, and unsatisfactory clarification of the division of roles and responsibilities.

Keywords: out-of-hours clinic, emergency department, emergency room, accident and emergency, task-shifting, nurse practitioner, advanced nurse practitioner, advanced practice nurse, general physician

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract.....	4
Forord	7
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn for studien	10
1.1.1 Kompetansebehov	10
1.1.2 Legevakt og luftveisklinikk.....	12
1.1.3 AKS rolle og funksjon (i legevakt).....	14
1.1.4 Oppgaveglidning	15
1.2 Problemstilling	16
1.2.1 Hensikt med studien	16
2 Metode.....	17
2.1 Forskningsdesign.....	17
2.2 Utvalg og rekruttering	17
2.3 Datainnsamling	18
2.3.1 Forberedelse til intervjuene	19
2.3.2 Gjennomføring av intervjuene	19
2.3.3 Etterarbeid av intervjuene	20
2.4 Dataanalyse	21
2.4.1 Forberedelse	21
2.4.2 Koding og kategorisering	21
2.4.3 Rapportering	22
2.5 Etikk	22
3 Resultater	25
3.1 Fordeler med AKS	25
3.2 Arbeidsoppgaver for AKS.....	26
3.3 Samarbeid AKS og lege	28
3.4 Utfordringer ved AKS	29
3.5 Kunnskaper om AKS.....	30
4 Diskusjon	32
4.1 Oppgaveglining	32

4.1.1	Fordeler.....	37
4.1.2	Utfordringer.....	41
4.2	Styrker og svakheter ved studien.....	47
5	Konklusjon.....	49
6	Referanser.....	50
7	Vedlegg.....	56
7.1	Vedlegg 1: Infoskriv og samtykkeskjema til deltagerne.....	56
7.2	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	57
7.3	Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD.....	58

Forord

Vi ønsker å rette en takk til Drammen legevakt som har valgt å satse på utdanning og implementering av avanserte kliniske sykepleiere (AKS).

De tre siste årene har vært en reise på godt og vondt. Samtidig har det vært givende og spennende å tilegne oss ny kunnskap og kompetanse, men også utfordrende. Oppgaven håper vi vil bidra til utvikle vår egen rolle i legevakten, og på den måten være med på å forme fremtidens helsetjeneste.

Vi sender en takk til Liv Heidi Brattås Remo, sykepleier og tidligere Daglig leder ved legevakten, som har vært en viktig pådriver for faget og for utvikling av AKS. Uten henne hadde vi ikke vært der vi er i dag.

Takk også til vår avdelingsleder Torill E. Groth som har lagt til rette for at vi har kunnet skrive oppgaven.

Vi vil takke vår veileder Linn Hege Førstund for klok veiledning underveis, spesielt tiden før innlevering.

Vi takker også våre sykepleiekollegaer som har en nysgjerrige og støttende under utdanningen, spesielt våre AKS som sammen med leger har gjort det mulig å forske på tema. Vi retter en stor takk til legene som deltok i studien, uten dere hadde dette ikke latt seg gjennomføre.

Til sist, men ikke minst, må vi rette en stor takk til familiene våre, som har vært tålmodige, støttende og hjelpsomme gjennom disse tre årene utdanningen har vart.

TAKK!

Drammen, 15.09.2001

Lene Jeanette Mala og Tommy Kjærstad Bringaker

1 Innledning

Denne oppgaven har fokus på arbeid i legevakt. Du har kanskje vært der selv, med sykt barn plaget med feber, øreverk eller halsvondt? Kanskje har du hatt en skade? Et sår, kutt eller spørsmål om brudd? Kanskje satt du på venterommet sammen med mange andre, frustrert over lang ventetid?

Legevaksarbeid preges ofte av stor uforutsigbarhet, hvor leger og sykepleiere håndterer et mangfold av symptomer og sykdommer med varierende alvorlighetsgrad til pasienter i alle aldre (Førland, 2018). I 2018 var det over 2 millioner pasientkontakter ved Norske legevakter og trenden er økende (Hunskår, 2020). Sammenlignet med andre land brukes legevakten i Norge mye og ofte for tilstander som kunne ventet til neste dag eller vært tilsett hos fastlege (Sandvik, Hunskår, & Diaz, 2012). En norsk studie fra Welle-Nilsen, Morken, Hunskaar & Granas viste at 18% av legenes konsultasjoner var mindre plager som kunne vært håndtert av annet helsepersonell (Welle-Nilsen, Morken, Hunskår, & Granas, 2011).

Pålagte arbeidsoppgaver for fastleger gir økt arbeidsmengde som igjen fører til at flere pasienter henvises videre til legevakt fra fastlegens kontor, samt at flere pasienter opplever manglende kapasitet hos fastlegen og velger derfor å ta kontakt med legevakt (Sandvik, Hunskår, & Diaz, 2012). Økt pasientpågang og høyere andel ikke-akutte pasienter fører til lengre ventetider, økt frustrasjon og stress for pasienter, pårørende og helsepersonell. Særsilt større legevakter opplever tidvis stor pasientpågang og tidvis lang ventetid, spesielt for pasienter med mindre alvorlige problemstillinger (Hansen & Hunskår, Forord, 2016). I ytterste konsekvens vil dette kunne gå ut over pasientsikkerheten ved at leger og sykepleiere får samtidighetskonflikter knyttet til arbeidsoppgaver og mister oversikt. Tall fra årsstatistikk for legevakt viser at 64% av pasientene i legevakt er såkalt «Grønne» pasienter. Uavhengig av system for hastegradsvurdering er dette pasienter med tilstander som kan vente til neste dag uten stor fare for forverring. Kun 8% er tilstander som er akutt og virkelig haster (Hunskår, 2020, s. 47).

1.1 Bakgrunn for studien

Norges demografiske utvikling viser økende andel eldre, med sammensatte og komplekse lidelser og helsebehov. Dagens helsevesen preges av større kompleksitet og høyt endringstempo. Både primær- og spesialisthelsetjenesten må håndtere økt pasientmengde, noe som også reflekteres i legevakt. Samhandlingsreformen 2012 førte til kortere liggetid i sykehus, hvor flere pasienter utskrives tidligere til kommunale helse- og omsorgstjenester med behov for mer avansert behandling og oppfølging av komplekse og sammensatte problemstillinger og sykdomstilstander. Dette krever mer omfattende og koordinert oppfølging og en styrket kompetanse generelt i helse- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet, 2019). Dette er utviklingstrekk som også påvirker legevaktsarbeid, for eksempel når det kommer til pågang av pasienter og antall telefonhenvendelser til legevaktsentralen (Hunskår, 2020).

1.1.1 Kompetansebehov

Det er et stort behov for å videreutvikle og styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, med særlig behov for en styrket klinisk breddekompetanse. Av disse utgjør sykepleiere en viktig gruppe (Helsedirektoratet, 2019). Avansert klinisk sykepleie (AKS) er ett av tiltakene for å øke kompetansen i kommunehelsetjenesten og tiltaket prøves nå også ut i legevakt. Lignende utvikling ses også i andre europeiske land. Legevakt (Out of hours clinics-OOH) er organisert på svært ulike måter i de europeiske landene, men det er likevel sammenlignbare utfordringer, spesielt når det kommer til økt pasientpågang. Mange land har de senere årene gjennomgått omorganiseringer for å bedre legevakttilbudet med fokus på kvalitet, tilgjengelighet, triagering¹, pasientsikkerhet og pasienttilfredshet (Bondevik, 2020). Enkelte land som eksempelvis England og Nederland har valgt å øke sykepleiekompetansen ved å benytte AKS i legevakt for å bedre pasientflyt og kvaliteten på tjenesten. En forutsetning for dette er oppgaveglidning med legene (Biezen M. v., Wensing, Burgt, & Laurant, 2017).

¹ Triagering- hastegradsvurdering ((Hunskår, 2020)

AKS er den norske betegnelsen på en sykepleier med klinisk masterutdanning basert på den internasjonale definisjonen av videreutdanningen, og tilsvarer betegnelsen *nurse practitioner* (NP) og *advanced practice nurse* (APN). I internasjonal litteratur opereres det med forskjellige begreper. NP benyttes i land som for eksempel USA, Storbritannia, Canada, Australia, Belgia, men APN benyttes i Sveits, Sør-Korea og Singapore. APN er et paraplybegrep som for både NP og spesialsykepleiere med mastergrad såkalt *clinical nurse specialist* (CNS). Begge begreper dekker sykepleiere som har opparbeidet seg kunnskap på ekspert nivå (Woo, Lee, & Tam, 2017). International Council of Nurses (ICN) anerkjente i 2002 definisjonen av NP/APN for å tilrettelegge for en felles internasjonal forståelse. ICN definerer NP (AKS) slik:

«Nurse practitioner/advanced practice nurses is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which she/he is credentialed to practice. A master's degree is recommended for entry level»

(Fagerstrøm, 2019, s. 40) og (Schober & Affara, 2007, s. 12)

I Norden og Norge har man valgt en betegnelse som synliggjør at utdannelsen er klinisk rettet og at den samsvarer med den internasjonale definisjonen (Helsedirektoratet, 2019). Norge definerer AKS som:

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

(Fagerstrøm, 2019, s. 40)

1.1.2 Legevakt og luftveisklinikk

Organiseringen av legevakter i Norge er også ulik med tanke på størrelse, lokalisering, rutiner og bemanning. Felles for legevaktene er at fastleger er pålagt vaktordning kveld og helg. Større legevakter er som regel organisert med tilstedeværende lege gjennom hele døgnet, hvor vakter utenom vakttid dekkes av egne legevaktleger eller vikarleger (Sandvik & Hunskaar, 2016). Legevakten som denne studien omhandler er en av Norges ti største legevakter, og driftes av leger og sykepleiere gjennom hele døgnet.

Legevakten som her studeres har utdannede AKS og piloterer i dag ny rolle og funksjon i legevakt. Bakgrunnen for å benytte videreutdannede sykepleiere på masternivå med kompetanse til å gjennomføre selvstendige undersøkelser, vurderinger, tiltak og behandling til pasienter med forhåndsdefinerte og mindre alvorlige problemstillinger, var å legge til rette for en annen arbeidsfordeling, slik at lege kunne ha bedre tid til å håndtere pasienter med mer sammensatte- eller alvorlige problemstillinger. Vi har derfor valgt å studere AKS sin rolle og funksjon i legevakt. Erfaringer så langt tilsier at dette har betydning for samarbeid, arbeidsoppgaver og pasientflyt.

Viruset SARS-CoV-2 som gir sykdommen Covid-19 ble identifisert 8. desember 2019 i Wuhan, Kina. Utbruddet førte raskt til en verdensomspennende pandemi (Folkehelseinstituttet, 2021). Legevakt i likhet med sykehusene måtte forberede seg på økt tilstrømming av pasienter med symptomer på luftveisinfeksjon og Covid-19. Pasienter med sannsynlig eller påvist smitte kunne ikke lenger tilses hos fastlege eller vanlig legevakt uten å utgjøre en smitterisiko for andre pasienter. Lokalitetene var uegnet til å håndtere flere pasienter samtidig med smittsom sykdom. Etablering av luftveisklinikk (LVK) var et av flere viktige tiltak for å begrense spredning av koronaviruset, og var tiltenkt pasienter med luftveis-symptomer og andre symptomer på mulig Covid-19 med behov for lege og helsetjenester (Klev, 2020). Det førte til behov for flere helsepersonell, spesielt leger og sykepleiere (Den norske legeförening, 2020). Ressurser måtte omfordes og kommunene måtte tenke nytt. LVK skulle ikke bare motta pasienter med problemstilling knyttet til luftveisinfeksjon og mulig Covid-19, men vurdere alle typer problemstillinger som normalt ses i legevakt hvor pasienten samtidig har symptomer som forkjølelse,

hoste, feber, magesmerter, oppkast eller diaré, eller som av andre årsaker er i smittekarantene- eller isolasjon (Folkehelseinstituttet, 2021).

Legevakten i denne studien hadde LVK som en integrert del av legevakten, men med adskilte lokaler, inngang og utstyr. LVK opplevde stor pasientpågang, samtidig var det få legeressurser tilgjengelig. Kompleksiteten i pasientsituasjonene gjorde at man hadde behov for å styrke bemanningen med helsepersonell med utvidet kompetanse og kunnskap. Legevakten valgte å benytte AKS kompetanse i LVK i tett samarbeid med lege, fordi AKS har kompetanse til å utføre selvstendige undersøkelser og vurderinger. Hensikten var å effektivisere pasientflyten ved at AKS tok imot nye pasienter, gjennomførte nødvendige undersøkelser og prøver, samtidig som lege kunne avslutte påbegynte pasienter, dokumentere ferdig epikriser og henvisninger før neste konsultasjon. AKS ble også benyttet i generell legevakt men i mindre grad. AKS skulle ikke ha en fullverdig selvstendig rolle og kunne ikke avslutte pasientkonsultasjoner uten konferering av lege, men skulle utføre selvstendige anamneser, undersøkelser og prøvetaking i forkant av legekonsultasjon. Legene skulle ha det medisinske ansvaret.

Legevakten som her studeres har utdannede AKS og piloterer i dag ny rolle og funksjon i legevakt. Bakgrunnen for å videreutdannede sykepleiere på masternivå med kompetanse til å gjennomføre selvstendige undersøkelser, vurderinger, tiltak og behandling til pasienter med forhåndsdefinerte og mindre alvorlige problemstillinger, var å legge til rette for en annen arbeidsfordeling, slik at lege kunne ha bedre tid til å håndtere pasienter med mer sammensatte- eller alvorlige problemstillinger. Vi har derfor valgt å studere AKS sin rolle og funksjon i legevakt. Erfaringer så langt tilsier at dette har betydning for samarbeid, arbeidsoppgaver og pasientflyt.

Pilotering av AKS i LVK og til dels legevakt, heretter referert til som bare legevakt, er et eksempel på utprøving av AKS rolle og funksjon i en kontekst som er lite utprøvd i Norge. Erfaringene som ble gjort under pandemien kan, selv om det er knyttet til spesielle omstendigheter, ha en verdi for videre utvikling av AKS rolle og funksjon også i normalt legevaktsarbeid. Vi ønsker derfor med denne studien å undersøke hvilke erfaringer legevaktsleger har med bruk av AKS i legevakt seks måneder etter implementering. Bruk

av AKS i legevakt er oss bekjent ikke tidligere praktisert i Norge, noe som også understøttes i en studie av Hansen et.al

1.1.3 AKS rolle og funksjon (i legevakt)

Florence Nightingale 1872:

«For us who nurse, our Nursing is a thing, wich, unless we are making progress every year, every month, every day...we are going back»

(Schober & Affara, 2007, s. xi)

Den demografisk utvikling med flere eldre og flere pasienter med sammensatte helsebehov samt endringer i helsetjenestene har ført til behov for å øke kompetanse og ferdigheter i både kommune- og spesialisthelsetjenesten inkludert legevakt. Flere pålagte oppgaver samt dårlig tilgjengelighet hos fastlegene antas å være medvirkende årsak til at pasienter «lekker» til legevakt (Sandvik, Hunskår, & Diaz, 2012). Økt pasientpågang gir økt mengde arbeidsoppgaver. Mange av disse utføres av sykepleiere. Sykepleiere har en sentral rolle i den akuttmedisinske kjeden, og bør derfor inneha kunnskap og kompetanse innen akutt- og mottaksmedisin. AKS-utdannelsen inneholder fordypningsemner slik at AKS kan inneha en spisskompetanse inn mot feltet de er tiltenkt å jobbe i. Et eksempel på dette er universitet i Sørøst-Norge (USN), som tilbyr akuttmedisinsk vurderingskompetanse som et av sine fordypningsemner, som er særskilt rettet mot arbeid i akuttmottak og legevakt (Universitet i Sørøst-Norge, 2021). Internasjonalt kan denne kompetansen sammenlignes med *emergency nurse practitioners* (ENP) (Campo, et al., 2016). Bruk av ENP er utbredt i mange land og kompetansen benyttes oftest i akuttmottak og legevakt (Biezen M. v., Wensing, Poghosyan, Burgt, & Laurant, 2017), (Griffin & Melby, 2006). Kompetansen vil også være nyttig for andre primærhelsetjenesten som i større grad må håndtere akuttmedisinske situasjoner grunnet pasientenes komplekse helsetilstand (Universitetet i Sørøst-Norge, 2021).

Legevakten som her studeres har utdannede AKS og piloterer i dag ny rolle og funksjon i legevakt. Bakgrunnen for å benytte videreutdannede sykepleiere på masternivå med

kompetanse til å gjennomføre selvstendige undersøkelser, vurderinger, tiltak og behandling til pasienter med forhåndsdefinerte og mindre alvorlige problemstillinger, var å legge til rette for en annen arbeidsfordeling, slik at lege kunne ha bedre tid til å håndtere pasienter med mer sammensatte- eller alvorlige problemstillinger. Vi har derfor valgt å studere AKS sin rolle og funksjon i legevakt. Erfaringer så langt tilsier at dette har betydning for samarbeid, arbeidsoppgaver og pasientflyt.

1.1.4 Oppgaveglidning

Sykepleier i legevakt jobber med mennesker i alle aldre med bredt spekter av skader og sykdommer. For sykepleier handler det ikke bare om sykdommen eller skaden i seg selv men, men også det den bringer med seg. Pasienter opplever lidelse, smerte, bekymring, engstelse, sårbarhet og usikkerhet, hvor sykepleier kan møte dette med støtte, trygghet, håp, trøst og lettelse. Dette er ikke en delegert men selvstendig sykepleieoppgave. Sykepleie baseres tradisjonelt på barmhjertighet, omsorg og respekt, men den skal også være kunnskapsbasert. I legevakt utfører sykepleier en rekke selvstendige oppgaver; vurderinger og prioriteringer/triagering, observasjoner og kartlegginger, laboratorieprøver og dokumentasjon, oppfølging og en rekke prosedyrer. Kompetanseheving som AKS vil gjøre sykepleiere i større grad kvalifisert til å utføre utvidede selvstendige oppgaver. Oppgaver som i dag utføres av leger (Hansen & Hunskår, 2020).

Oppgaveglidning betegner et fenomen hvor oppgaver som tradisjonelt blir utført av en helsepersonellgruppe overføres til en annen helsepersonellgruppe. I et policynotat fra Den norske legeforening vil oppgaveglidning tidvis være nødvendig. Helsetjenesten er stadig i endring grunnet demografisk utvikling, pasienters preferanser, økonomiske rammevilkår, og hvor den medisinske tekniske utviklingen forenkler oppgaver på en slik måte at det kan overtas av annet helsepersonell. Samtidig er legeforeningen tydelig på at oppgaveglidning må være medisinsk forsvarlig. Oppgaver som overføres må sikres god opplæring, forsvarlig erfaringsgrunnlag og mulighet for å vedlikeholde kompetanse. Tydelige ansvarsforhold er en forutsetning. Videre presiseres det at utredning,

diagnostikk og opplegg for behandling er legenes ansvar (Den Norske Legeforening, 2013).

1.2 Problemstilling

«Hvilke erfaringer har legevaksleger med bruk av AKS i legevakt?».

1.2.1 Hensikt med studien

Hensikten med studien er å utforske og beskrive legenes erfaring med bruk av AKS i legevakt. Funn i studien vil brukes til videre arbeid og utvikling av AKS i legevakt.

2 Metode

I dette kapittelet redegjøres forskningsdesign og metode som er benyttet i vår studie. Her beskrives også forberedelser før selve datainnsamlingen, datainnsamlingsmetode og analysemetode. Denne masteroppgaven er en kvalitativ studie, med bruk av semistrukturerte intervjuer av en gruppe utvalgte leger som jobber i legevakt.

2.1 Forskningsdesign

I forskning benyttes hovedsakelig kvalitativ eller kvantitativ metode. Kvalitative metoder søker å gå i dybden og vektlegger betydninger, mens kvantitative metoder vektlegger utbredelse og antall (Thagaard, 1998). I vår studie velger vi å benytte kvalitativ metode da vi ønsker å utforske og beskrive hvilke erfaringer leger i legevakt har med AKS. Et kvalitativt design er velegnet for vårt formål da det baserer seg på andre personers oppfatninger, meninger og erfaringer for å forstå et fenomen eller et tema (Kvale & Brinkmann, 2018). Grunnen til at vi valgte kvalitativ metode og forskningsintervju i vår studie, var fordi vi ønsket svar på erfaringer legene hadde med bruk av AKS i legevakt. Vi ville at de med egne ord beskrev deres oppfatninger og meninger. Samtalen er en grunnleggende form for samspill, og gjennom samtaler får vi vite noe om legenes opplevelser, følelser, holdninger og den verden de lever i (Kvale & Brinkmann, 2018). Vi valgte i vår studie ikke å utforme forskningsspørsmål, da vi ønsket å ha et mer åpent sinn til hva som kunne komme frem av erfaringer under intervjuene.

2.2 Utvalg og rekruttering

Det er viktig å sette sammen et utvalg som gir tilstrekkelig og rikt nok materiale, når en skal samle inn data (Malterud, 2008). Man må da velge ut deltagere som har potensiale til å belyse problemstillingen. All forskning bygger på fortolkning av representasjoner av den virkeligheten vi ønsker å studere. Noen representasjoner kan gi mer relevant innsyn enn andre, men det kommer helt an på hva problemstillingen er. I den kvalitative forskningsprosessen omformes virkeligheten til tekst fra observasjon eller samtale

(Malterud, 2008). Vi har i vårt forskningsprosjekt valgt å intervju seks legevaktsleger som har erfaring fra å jobbe sammen med AKS i legevakt. Deltagerne er selektert etter inklusjons- og eksklusjonskriterier satt for denne studien. Inklusjonskriterier vesentlig for vår studie er: profesjon som lege, og har jobbet sammen med AKS i legevakt minimum siste to måneder. Eksklusjonskriterier er: annen profesjon enn lege, eller ingen erfaring fra samarbeid med AKS i legevakt.

2.3 Datainnsamling

Intervjuer er den mest brukte måten å samle inn kvalitative data da det gir mulighet for å få kjennskap til hvordan personer opplever og forstår både seg selv og sine omgivelser. Det er en fleksibel metode som muliggjør fyldige og detaljerte beskrivelser (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2015). Vi ønsker at intervjuene skal bære mer preg av samtaler enn spørsmål-svar og studien benytter derfor semistrukturert intervju. Semistrukturerte intervju er den mest utbredte formen for kvalitative intervjuer, hvor intervjuet er basert på en intervjuguide. En intervjuguide er ikke et spørreskjema med kronologiske spørsmål, men en liste over fastlagte temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgås i løpet av intervjuet. Dette gir fleksibilitet i intervjuet (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2015). Hensikten med bruk av semistrukturert intervju er å få deltageren til å fortelle mest mulig selv om temaene. Dette kan oppnås ved å stille åpne spørsmål. Intervjuguiden benyttes som et hjelpemiddel for å sikre at samtalen holder seg innenfor tematikken. En annen fordel med en slik intervjuform er at deltageren føler seg trygg og intervjuet oppleves som en samtale, men samtidig seriøst og profesjonelt. En ulempe ved dette kan være at deltagerens svar kan føre til at intervjuer sporer av i løpet av intervjuet, og at svarene ikke er like relevante når du skal sammenligne de ulike deltagerens svar. Samtidig vil det kunne gi en større variasjon av svarene og føre til dypere analyse. Måten intervjuene gjennomføres på, hvilke spørsmål og oppfølgingsspørsmål intervjueren stiller vil kunne ha betydning for hvor «gode» svar deltageren gir (Kvale & Brinkmann, 2018).

Intervjuer med enkeltpersoner er den mest vanlige fremgangsmåten, og intervjusituasjonen stiller allsidige krav til intervjueren. Denne bør ikke bare ha kunnskaper om de temaene som tas opp, men også være god på sosiale interaksjoner

(Thagaard, 1998). Denne intervjuemetoden er inspirert av fenomenologisk filosofi og hermeneutisk meningsfortolkning. En fenomenologisk tilnærming er utbredt i kvalitativ forskning, og her er den et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener utfra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppfattes av informantene (Kvale & Brinkmann, 2018). Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster, og søker å nå frem til gyldige fortolkninger av en teksts mening (Kvale & Brinkmann, 2018).

2.3.1 Forberedelse til intervjuene

Vi konstruerte en intervjuguide ut ifra spørsmål vi ønsket svar på i vår studie. En intervjuguide beskriver rekkefølgen av de temaene som skal tas opp, men er likevel fleksibel (Thagaard, 1998). De betyr at rekkefølgen kan endres underveis, slik at man ikke er helt låst i spørsmålene under intervjuet. Intervjuguiden vår var bygget opp av både enkle spørsmål og mer kompliserte, som krevde mer utfyllende svar.

2.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Datainnsamling ble gjort gjennom intervju og lydopptak med bruk av diktafon. Det gjennomføres både brief i forkant av intervjuet og debrief i etterkant for å ivareta deltageren (Kvale & Brinkmann, 2018). Vi informerte deltageren i forkant av intervjuet om hvordan intervjuet kom til å foregå i praksis. Deltageren kunne da komme med eventuelle spørsmål før vi startet opptaket. I etterkant snakket vi om hvordan deltageren hadde opplevd intervjuet, og gjentok kriterier i forhold til deltagelse, rettigheter og taushetsplikt. Intervjuet ble så lagret i nettskjema fra UIO.no, da det gir en sikker løsning for datasamling. Dataene oppbevares av oss så lenge arbeidet med masteroppgaven pågår, og da oppgaven er levert og godkjent, vil dataene slettes (Kvale & Brinkmann, 2018).

Intervjuene foregikk i et skjermet møterom i legevakten utenom legens arbeidstid med et tidsvindu på ca. 30 minutter. Det var ikke ønskelig at tidspress eller andre uønskede faktorer skulle påvirke intervjuet. Intervjuet foregikk allikevel på legevakten for å gi

deltageren «naturlige omgivelser» i forhold til spørsmålene, ettersom legen kan ha andre arbeidssteder i tillegg til legevakt. Intervjuene ble gjennomført med intervjuer, deltager og observatør til stede. Intervjuer og observatør benyttet sivil tøy da vi ikke ønske at arbeidsuniform skulle påvirke intervjuobjektet.

2.3.3 Etterarbeid av intervjuene

Intervjuene ble i etterkant transkribert ordrett ut fra lydopptakene, deretter kodet og kategorisert for videre kvalitativ analyse. Vi utførte selv transkriberingen for å få best mulig oversikt og innsikt i datamaterialet. Datamaterialet bestod av ca. 2 timer og 40 minutter lydopptak som ble omgjort til 34 sider skriftlig tekst i Word dokument. Kvalitativ metode innebærer alltid en form for teksttolkning, og når muntlig samtale skal omsettes til skriftlig tekst, skjer det alltid en fordreining av hendelsen. Det er derfor viktig å huske på at formålet med skriftliggjøringen er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det deltageren hadde til hensikt å meddele. Selv om vi skriver akkurat det som ble sagt, får vi ikke nødvendigvis en gjengivelse av det som ble sagt, særlig om deltager har en uttrykksmåte med språklig særpreg (Malterud, 2008). Flere av deltagerne i vår studie har et annet morsmål enn norsk, og det ble derfor ekstra viktig å finne den rette betydningen av hva deltageren mente med sine uttalelser. En måte å gjøre det på, er under intervjuet å spørre igjen, for å dobbeltsjekke at vi har oppfattet rette betydningen av det deltageren ønsket å formidle. Derfor var det også viktig for oss å gjøre transkriberingen selv. Den som selv er en deltager i intervjuet, husker gjerne momenter som oppklarer uklarheter eller er av betydning for meningen i teksten. Det var derfor også viktig for oss å gjøre transkriberingen fortløpende underveis så snart vi var ferdig med intervjuene. Alt dette kan spille en stor rolle selv ved mindre redigeringer når den muntlige samtalen skal oversettes til tekst, og styrker validiteten av analyse materialet (Malterud, 2008).

2.4 Dataanalyse

2.4.1 Forberedelse

Det første som er viktig i en analyseprosess er forberedelse. «*Forberedelse er å skaffe til veie og få oversikt over data*» (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020). I denne fasen startet vi med å lese over datamaterialet, i vårt tilfelle transkriberingen av intervjuene, i sin helhet. Vi leste alle intervjuene flere ganger, for å få en god oversikt over materialet. I denne fasen er det viktig å ikke henge seg opp i detaljer, men få en oversikt over stoffet (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020). I datadrevne eller induktive analyser, er det dataene som styrer. I en slik analyse starter man uten på forhånd å ha bestemt seg for en teori, men i stedet underveis finne ut av hva som er de mest interessante observasjonene eller spørsmålene (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020). Vi visste på forhånd hva vi ønsket å finne svar på i forhold til vår problemstilling, nemlig legenes erfaringer med AKS, men det var gjennom kodingen og senere kategoriseringen av intervjuene, vi fikk forståelse for hvilke erfaringer legene hadde gjort seg og hvilke av disse erfaringene igjen det var viktig for oss å belyse for å finne svaret på vår problemstilling.

2.4.2 Koding og kategorisering

Vi satte nå i gang med kodingsfasen. Vi kodet alle intervjuene begge to, først hver for oss, deretter sammen. På denne måten tenkte vi det ble større sjanse for å få med oss alle detaljer og nyanser i tekstene. «*Koding handler om å fremheve og sette ord på viktige poenger i dataene våre*» (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020). Vi valgte å kode dataene våre direkte på arkene ved bruk av markeringstusj og penn, hvor vi uthevet viktige poenger og skrev stikkord fra disse. Vi følte vi på denne måten fikk bedre oversikt og mer nærhet til stoffet vi jobbet med. Vi kodet alle intervjuene to ganger, som en kvalitetssikring for å få med alle poengene.

Den neste fasen i analyseprosessen var kategorisering. Her skulle koder sammenfattes til kategorier. «*En kategori er en gruppering av noe basert på en idé om like egenskaper*» (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020). «*Kategorisering innebærer å sortere data i*

mer overordnede kategorier, også kalt temaer» (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020, s. 295). Vi puttet nå alle kodene våre, som vi hadde i stikkordsform, inn i ulike kategorier vi mente de passet innunder. Kategoriene våre ble til i analyseprosessen. Etter at vi begge hadde kodet og kategorisert alle intervjuene, sammenliknet vi våre kategorier, og slo sammen de som beskrev det samme. I denne fasen dukket det opp poenger vi ikke hadde sett for oss, og derfor kategorier som vi ikke hadde tenkt på forhånd. Analysen var ble på denne måten induktiv, eller datadreven, hvor man starter uten å ha bestemt seg for en bestemt teori (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020). De endelige kategoriene presenteres i resultatdelen og de viktigste funnene diskuteres videre i diskusjonsdelen.

2.4.3 Rapportering

Til slutt i analyseprosessen, etter at vi hadde funnet kategoriene vi ønsket å belyse, startet vi arbeidet med å rapportere dataene våre. *«Rapportering innebærer å skrive frem kategoriene og deres innhold i resultatdelen av oppgaven din»* (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020, s. 301). I denne fasen var det viktig for oss å få frem det vi ønsker besvart, i resultatdelen. Vi var opptatt av å ha en ryddig struktur i oppgaven, med kategorier og underkategorier i en logisk rekkefølge, presentere hvert tema på en grundig og forståelig måte, og ikke minst at dataene ble presentert slik at leseren fikk svar på problemstillingen i oppgaven.

2.5 Etikk

Det er i hovedsak fire områder som er aktuelle når det gjelder etiske retningslinjer for forskere; informert samtykke, fortrolighet, konsekvens og forskerens rolle. Informert samtykke betyr at deltagerne informeres om studiens formål og hovedtrekkene i design. Forskeren sikrer seg med dette at de involverte deltar frivillig og at de vet at de når som helst kan trekke seg fra for eksempel intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2018). Ifølge lov om medisinsk og helsefaglig forskning § 13, må informantene ha gitt skriftlig samtykke om å delta i et forskningsprosjekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Alle informanter i vår studie fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien i forkant (se vedlegg). Informert

samtykke innebærer ikke at informanten behøver å svare på ethvert spørsmål (Thagaard, 1998).

Konfidensialitet i forskningen innebærer at privat data som identifiserer deltakerne, ikke avsløres (Kvale & Brinkmann, 2018). Deltakerne i vår studie ble informert om at alt materiale ble behandlet anonymt og at deltagerne ble anonymisert. Det kommer i studien ikke frem informasjon som kan identifisere enkeltpersoner i vårt datamateriale. Man må alltid forholde seg til konsekvensene av en kvalitativ undersøkelse både med tanke på mulige konsekvenser for deltagerne, samt de fordeler de kan forventes å få ved å delta. Forskeren har her et ansvar for å reflektere over mulige konsekvenser, ikke bare for de som deltar i undersøkelsen, men også for den gruppen de representerer (Kvale & Brinkmann, 2018). Det er viktig at forskeren ikke stiller for nærgående spørsmål, fordi for stor åpenhet kan føre til at informanten får problemer i ettertid (Thagaard, 1998). Vi intervjuer i dette prosjektet kollegaer, og følte det derfor var viktig å trå ekstra varsomt med tanke på nettopp dette. Vi var bevisste på å ikke stille for inngående spørsmål eller få informanten på noe som helst tidspunkt til å føle seg presset til å svare. Forskerens integritet er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen og de etiske beslutninger som gjøres i kvalitativ forskning. Betydningen av denne øker i forbindelse med intervju fordi intervjueren selv er det viktigste redskapet for innhenting av kunnskap. Forskerens integritet; dens kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet, er den avgjørende faktor (Kvale & Brinkmann, 2018).

Personvernloven §1 gir pålegg om å søke godkjenning for et forskningsprosjekt (Justis- og beredskapsdepartementet, 2018). Universitetet i Sørøst-Norge bruker Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) som personvernombud (Norsk senter for forskningsdata, 2021). Personvernombudene opptreer både som veileder i personvernspørsmål og som saksforberedende instans for Datatilsynet. De fleste studier som involverer deltakere, har meldeplikt til NSD. For visse typer persondata kreves også konsesjon. NSD er et kontrollorgan som sikrer at studier ivaretar personopplysninger på en forsvarlig måte. NSDs meldeskjema er et digitalt skjema som vi som forskere fyller ut når vi skal behandle personopplysninger i et forskningsprosjekt.

For studier som involverer brukere av helse- og omsorgstjenester og som defineres som helseforskning, ifølge Lov om helsefaglig, kan det også være krav om godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I vår studie intervjuer vi leger om ulike tjenester, men vi søker ikke informasjon om helse og sykdom, så studien vår faller ikke innenfor dette, og vi måtte derfor ikke søke REK.

Å forske på egen arbeidsplass reiser flere etiske utfordringer. Det kan oppleves som vanskelig å si nei til å delta i forskningsprosjektet dersom man som potensiell deltaker har et profesjonelt forhold til forsker. Spesielt om det er et ujevnt maktforhold i relasjonen, for eksempel i relasjonen mellom kollegaer. Rekrutteringen må gjennomføres på en måte som sikrer at den forespurte opplever det som frivillig, og du må skille mellom rollen som ansatt og rollen som forsker. Det må være tydelig for deltagerne når du er i hvilken rolle, og at de vet at du har taushetsplikt både som ansatt og som (Norsk senter for forskningsdata, 2021). Dette var vi nøye på å prøve å formidle til deltagerne i vår studie. Vi opplyste i informasjonsskrivet til deltagerne at det var frivillig å delta, og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet. Vi pratet i tillegg med alle som meldte seg for å delta før intervjuene, og understreket da at de kan komme med så detaljerte svar de ønsket, eller avstå fra å svare på spørsmål, om de ønsket dette. Å få deltagerne til å føle seg komfortable i intervjusituasjonene, var et mål for oss.

3 Resultater

Vi vil i dette kapitlet presentere resultatene fra analysen. I resultatpresentasjonen skal forskeren sammenfatte og formidle de mønstrene som fremkommer gjennom analyse, og bruker den enkelte informantens historie og uttrykk til å vinne kunnskap som gjelder for flere. Dette kan blant annet gjøres ved å løfte frem fenomener fra en enkelt informant som kan lære oss noe om andre (Malterud, 2008). Resultatene fra analysen viste at legenes erfaringer kunne deles inn i følgende 5 kategorier; fordeler og utfordringer med AKS i legevakt, arbeidsoppgaver AKS kan ha, samarbeid AKS og lege, og hvilke kunnskaper legen har om AKS.

3.1 Fordeler med AKS

Alle legene vi intervjuet vektla at de mente det var både tidsbesparende og avlastende å ha AKS på jobb. De mente de selv kunne jobbe mer effektivt når AKS gjorde en del av jobben, som for eksempel anamnese eller suturering.

“Ha AKS en fredag eller lørdag kveld som kan suturere eller gjøre noen andre praktiske vurderinger, det er det beste, tenker jeg”.

Dette var et eksempel på en omfordeling av oppgave som kunne gi legen muligheten til å tilse flere pasienter i mellomtiden.

«En enorm avlastning for legene ... eller avlastning er kanskje feil ord !?».

AKS ble videre beskrevet som et hjelpemiddel for legene og en støtte ved stort trykk i legevakta.

«Størst hjelp ses best når det er veldig lang ventetid, og det er veldig travelt på legevakta».

Ingen av legene hadde hørt noe negativt om AKS fra pasienter som var undersøkt av disse. En lege vi intervjuet mente bruk av AKS også ga kortere ventetid eller liggetid for pasientene, noe som igjen også førte til høyere pasienttilfredshet.

«Det blir bedre dynamikk i pasientflyten og ting går raskere i forhold til ventetid»

Alle legene uttrykte at AKS hadde mer kunnskaper og derfor høyere faglig dyktighet enn andre sykepleiere.

«AKS har høy faglig kompetanse».

Flere av legene snakket dessuten om at det kliniske blikket hos AKS i mange tilfeller var bedre enn hos majoriteten av de andre sykepleierne. Dette kom veldig godt med når de skulle sortere pasienter i forhold til ventetid for å tilses av lege, etter at pasienten var tilsett av AKS, mente en:

«De har godt klinisk blikk, og er flinke til å sortere pasientene».

En lege sa han var veldig fornøyd med at AKS notater og anamnese oftest var samstemte med legenes, så han kunne bruke disse i sine egne notater.

«AKS skriver bedre notater enn andre sykepleiere, de går i dybden, og man kan ofte bare klippe og lime».

De mente AKS også var gode på kliniske undersøkelser, og at de tok seg bedre tid med pasientene i disse situasjonene enn det legene følte de hadde tid til.

«De kliniske undersøkelsene er bra».

Tiden ble også nevnt som en viktig faktor i forhold til fornøyde pasienter.

«AKS bruker god tid, og da blir pasientene fornøyde».

3.2 Arbeidsoppgaver for AKS

Legene var i vår studie relativt samstemte om hva AKS kan håndtere av diagnoser og problematikk. I tillegg til å ta vitale målinger, blodprøver og andre prosedyrer sykepleierne også gjør til daglig, var de fleste enige om at AKS kan vurdere enkle bruddskader, øvre luftveisinfeksjoner, urinveisinfeksjoner og vurdering og behandling av sårskader, som for eksempel brannså (grad 1 og 2). I tillegg var det enkelte andre diagnoser noen leger mente AKS er i stand til å håndtere på egen hånd, som enkel

øyeproblematikk, ørebetennelse og forstoppelse. Det var de mest erfarne legene vi oppfattet var mest positive i forhold til dette. Alle legene var generelt mer skeptisk til at AKS kunne håndtere mer kompliserte problemstillinger som bryst smerter og magesmerter, som ofte ga høyere hastegrad.

«Muskel- og skjelettskade tenker jeg AKS kan vurdere, og også sår- og kuttskader. Og luftveissymptomer, øre og øye. Bryst smerter og mage er litt mer diffust, og kan være for vanskelig».

Suturering av ukompliserte kuttskader ble også trukket frem av et par leger, som mente AKS både var bedre til å ta seg god tid, gjøre «penere» jobb, og var også bedre i forhold til hygiene ved en suturerings-situasjon en enkelte av legene.

«Jeg er trygg når AKS suturerer kutt».

Alle legene er samstemte i oppfattelsen av at AKS kan gjøre anamneseopptak av pasienter på egen hånd, og noen mener de kan ta en klinisk vurdering og også planlegge behandling. De fleste mener det er greit at AKS skriver henvisninger til røntgen og også foreskriver enkelte typer antibiotika.

«Det at de kan jobbe helt selvstendig, burde vi få mer på plass på legevakta».

En lege vi har intervjuet mener det ikke er noen pasienter AKS ikke kan håndtere selvstendig, om de har nok øvelse og erfaring med type pasient.

«AKS bør kunne ta imot pasienter, undersøke de, komme med en klinisk vurdering, og gjerne komme med en diagnose og planlegge en behandling».

En lege nevnte i vårt intervju, at det er viktig å se sine begrensninger, både som lege og som AKS. Han påpekte at det å være ydmyk i arbeidet, og å spørre kollegaer om man er usikker, en viktig del av det å kunne håndtere pasienter på et selvstendig grunnlag. Flere av legene mente også at AKS kunne ha flere selvstendige arbeidsoppgaver enn de har nå, og at dette er noe som bør komme på plass på legevakten.

«Det handler om kunnskap og erfaring, og å kjenne sine begrensninger».

Et annet viktig synspunkt som kom frem i intervjuene, var rollefordeling og skille på disse. Et par leger var veldig klare på at det var viktig å skille mellom legerollen og AKS-rollen. De mente alle måtte være innforstått med hva de ulike profesjonene skulle og kunne utføre av oppgaver, og at det måtte være ulike roller for leger og sykepleiere.

«Det må være et skille mellom legerolle og AKS-rolle».

Andre oppgaver AKS kan utføre, som ble nevnt i våre intervjuer, var i forhold til smittevern. En lege mente AKS burde ha mer ansvar i forhold til smittevern, siden de er gode både på rutinene rundt dette, samt å hjelpe legene til å følge anbefalinger og interne retningslinjer for smittevern.

“De er gode på smittevern og å dresse opp legene”

3.3 Samarbeid AKS og leger

Samtlige leger vi snakket med synes samarbeidet med AKS var bra, men noen hadde også et par negative betraktninger å komme med. Alle var enige om at de måtte ha erfaring med AKS før de kunne stole på dem. Det varierte hvor godt legene vi intervjuet kjente disse, så samarbeidet ble påvirket av dette.

“Jeg må vite hva AKS kan, for å stole på de”

Alle var enige i at det var utrolig viktig å avklare roller og ansvar, og at det ikke nødvendigvis alltid var tilfredsstillende på deres arbeidsplass, legevakta.

«Avklaring av roller må på plass»

At kommunikasjon var veldig viktig for å få til et godt samarbeid var alle enige om, og det var også i forhold til dette at enkelte leger hadde dårlige erfaringer, noe vi tar opp igjen i forhold til utfordringer.

“God kommunikasjon er et must”

Det ble sagt at det alltid burde være en AKS på jobb, minst én på hver vakt. Det går fortere for legen med en AKS på jobb, hevdet en lege i intervjuet, siden de kunne ta opp anamnesen og ta enkelte undersøkelser før legen kom inn i bildet.

«Man merker når det er en AKS på jobb».

Der enkelte mente AKS kun bør være legens høyre hånd og hjelper og at legen bør ha alt behandlingsansvar, mente andre at lege og AKS kan jobbe i team, spille hverandre gode og utfylle hverandre.

«Det er legene som bør behandle pasientene, med støtte av AKS»

«Det blir mer teamjobbing, og man kan spille ball frem og tilbake».

En lege fortalte at han aldri hadde opplevd at AKS kom til en annen konklusjon enn han selv, når det gjaldt diagnose og behandling. Flere av legene pekte også på at AKS ofte kom med gode og riktige differensialdiagnoser og behandlingsforslag for pasientene.

«Jeg tror ikke det var noen situasjoner vi kom med forskjellig konklusjon, vi var alltid samstemte».

Det kom fra en av legene et forslag om at hver AKS bør ha en lege som veileder, som kan lære de å bli behandlere. Et par leger svarte til og med at de kunne se for seg at AKS kunne ha det fulle og hele behandlingsansvaret for pasienten og gjøre alt av undersøkelse og behandling selv.

«Hver AKS bør ha en lege som veileder, som skal overføre behandlererfaringen videre».

Samtlige av legene gjorde en siste sjekk på pasienten etter at AKS var ferdige, ettersom AKS ikke har det medisinske ansvaret. Legene var enige om at det bør gis rom for å være AKS, så dette ikke går utover de andre sykepleierne. For eksempel bør ikke AKS være i rullering sammen med de andre sykepleierne, men være i tillegg så det ikke blir mangel på ressurser på sykepleiersiden.

“Det må være rom for å være AKS”

3.4 utfordringer ved AKS

Samtlige leger vi intervjuet var enige i at AKS rollen hadde fungert mye bedre om den var satt i system; det bør avklares roller og ansvar, fordeles på vakter og komme informasjon om hva hver enkelt AKS innehar av kunnskaper.

«AKS-rollen må settes mer i system for at den skal være nyttig».

«Roller og ansvar mellom AKS og lege må avklares bedre».

En lege pekte på at det kan være negativt at de ulike AKS har ulike kunnskaper, erfaring og interessefelt. En annen problematiserte deres mangel på behandlerkunnskaper og at de ikke gikk nok i dybden. En lege hadde erfart at AKS hadde glemt viktige ting i anamnesen, at den ble for lang, eller tok for lang tid.

«Tankegangen fra å være sykepleier til å være behandler er en lang prosess».

Det kom også frem synspunkter om at kommunikasjon med enkelte AKS kunne bli bedre, og at om denne ikke fungerte, kunne dette føre til usikkerhet og farlige situasjoner. Et tilfelle dreide seg om en gang legen og AKS ikke hadde så god kommunikasjon, hvor AKS hadde sendt hjem pasienten uten at legen hadde tilsett denne. I og med at det er legen som har det medisinske ansvaret for pasienten, ble dette utrygt og var ikke greit for legen. Det negative ved ordningen slik den var nå, var at legen har ansvaret for pasienten, og var derfor nødt til å stole på AKS vurderinger og kunnskaper, om han ikke skulle måtte gjøre anamnesen og undersøkelsen om igjen.

«Dårlig kommunikasjon kan føre til at flyten stopper opp».

Et viktig tema som ble tatt opp av flere, var den økonomiske trusselen AKS kunne ha for legene, når legene jobber privat og lønnen deres avhenger av antall pasienter.

«Ikke bra at AKS tar pasienter fra de legene som jobber privat og vil tape penger».

3.5 Kunnskaper om AKS

Noen leger hadde ikke hørt noe om AKS og videreutdanningen i det hele tatt, andre hadde hørt noe. Flertallet visste at AKS er en videreutdanning og tenkte at disse sykepleierne har høyere kompetanse enn andre sykepleiere på enkelte områder. De legene som har jobbet tett med AKS vet mye om de, og også en del om utdanningens forløp og innhold.

«AKS er sykepleiere med høyere kompetanse enn andre sykepleiere».

Felles for alle legene, var at de mente det bør komme ut mer informasjon rundt dette.

«Legene bør få mer informasjon om hva AKS er når de starter på legevakta».

De ville vite hva utdannelsen inneholder, hvor de ulike AKS- studentene er i forløpet, og hva de kan. Flere sa de føler de må kjenner til hver enkel AKS for å kunne være trygg på og stole på den enkeltes kunnskaper og ferdigheter.

«Vanskelig når jeg ikke vet hva utdannelsen inneholder, hva dere kan».

De fleste var skeptiske før de ble kjent med AKS og hva de kunne bistå med, og mente det ble bedre når de fikk sett i praksis at det fungerte på en tilfredsstillende måte.

«Jeg var skeptisk i starten, men er mer optimistisk nå når jeg vet mer».

4 Diskusjon

Hensikten med studien var å utforske og beskrive hvilke erfaringer leger har med bruk av AKS i legevakt. Resultatene viste at legene er positive til bruk av AKS ettersom de hadde god kompetanse og kunne utføre anamneseopptak og kliniske undersøkelser i forkant av legekonsultasjon. Det følte legene var både tidsbesparende og avlastende. Legene var åpne for at AKS kunne utføre noen utvidede oppgaver til enkelte pasienter med mindre alvorlige problemstillinger. Samtidig hadde de mindre kunnskap om AKS generelt, og de mente bruk av AKS burde vært satt bedre i system og at det manglet både rolle- og ansvarsavklaring. I dette kapitlet diskuteres disse funnene opp mot teoretisk perspektiv, tidligere forskning og teori. Til slutt belyses styrker og svakheter ved studien.

4.1 Oppgavegliding

I legevakt er det tradisjonelt ulike oppgaver for sykepleier og lege. Det er legen som stiller diagnosen og bestemmer behandling, mens sykepleier tar imot pasienten, vurderer hastegrad, tar vitalia og utfører eventuelle prøver. Sånn sett utfyller lege og sykepleier hverandre, og dette samarbeidet er viktig for å invareta pasienten på en helhetlig og forvarlig måte (Hansen & Hunskaar, Medisin og sykepleie i legevakt- Egenart og samarbeid, 2020). Som skissert innledningsvis, viser tall fra årsrapport for legevakt de senere årene økt pasientpågang (Hunskaar, 2020). Dette henger sammen med den demografiske utviklingen i Norge som blant annet viser økt andel eldre, med sammensatte og komplekse lidelser og helseutfordringer. Samhandlingsreformen har ført til at flere pasienter skrives tidligere ut fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2019).

Oppgaveglidning betyr at oppgaver som tradisjonelt har blitt utført av en helsepersonellgruppe overføres til en annen, og betegnelsen brukes oftest ved overføring av oppgaver fra leger til sykepleiere. I legevakt er det som regel tett samarbeid mellom lege og sykepleier som sammen utfører en rekke pasientrelaterte oppgaver. Derfor er legevakt et godt egnet sted å diskutere oppgaveglidning, så lenge det er

medisinsk forsvarlig (Hansen & Hunskår, 2020). I boken «Legevaktsarbeid» hevder Holm Hansen og Hunskår videre at det finnes flere studier fra utlandet som viser at sykepleiere med master i avansert klinisk sykepleie kan avlaste legevaktsleger ved en rekke kliniske problemstillinger, med god medisinskfaglig kvalitet og pasientsikkerhet. Denne oppgavefordelingen må være basert på medisinske vurderinger og forsvarlighet, og i mindre grad på økonomiske eller kapasitetsmessige kriterier (Hansen & Hunskår, 2020). I en rapport fra Helsedirektoratet fremkommer det at der fysioterapeuter og sykepleiere overtar noen av legekonsultasjonene i poliklinikk, har driften blitt mer rasjonell, og hvor både pasienter og helsepersonell fremstår mer fornøyd (Fagerström L. , 2019). Dette viser at oppgavegliding kan ha positive effekter.

Alle de seks legene vi intervjuet i vårt forskningsprosjekt var samstemt om at samarbeidet mellom AKS og lege på de fleste punkter var bra, og at overføring av ulike oppgaver til sykepleierne som oftest var problemfritt. Det som gikk igjen hos mange av legene, var at de mente de måtte kjenne til og ha erfaringer med hver enkelt AKS og deres kompetanse, for å kunne stole på de, og for å kunne overføre oppgaver som de tradisjonelt selv hadde utført, til AKS. Holm Hansen et al. påpeker i sin undersøkelse av implementering av AKS i legevakt, at det var viktig for en vellykket oppgavegliding at legen har kunnskaper om AKS og dens kompetanse (Hansen, Boman, & Fagerström, 2021).

Oppgaver legene mente AKS kunne utføre selvstendig vurdering av var ukompliserte bruddskader, øvre luftveisinfeksjoner, nedre urinveisinfeksjoner og vurdering og behandling av sårskader, som for eksempel brannsår (grad 1 og 2), samt suturering av mindre alvorlige kuttskader. I tillegg var det enkelte andre diagnoser noen leger mente AKS var i stand til å håndtere på egen hånd, som enkel øyekatarr, ørebetennelse og forstoppelse. Dette er problemstillinger som ofte defineres som lavere hastegrad ut fra prioriteringssystem. «*Masterutdannelsen i avansert klinisk allmennsykepleie skal kvalifisere sykepleiere til en selvstendig yrkesutøvelse og utvidede funksjons- og ansvarsområder i helse- og omsorgstjenesten i kommunen*» heter det i rapport utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2019, de skal kunne «*yte avansert klinisk helsehjelp gjennom konsultasjoner*» og oppgavene nevnt over vil da falle innunder AKS kompetanseområde i følge rapporten, som omhandler AKS utdanning, kompetanse og

bruken av denne (Helsedirektoratet, 2019). Smittevern ble også nevnt som en mulig oppgave AKS kunne ha ansvar for. Én lege uttalte at AKS både er oppdaterte på rutinene rundt smittevern og var gode til å hjelpe legene med å følge anbefalinger og interne retningslinjer for smittevern inkludert påkledning av smitteutstyr. I følge den samme rapporten er en av AKS sine kompetanseområder «*undervisning og veiledning til annet helsepersonell*» (Helsedirektoratet, 2019, s. 15).

Flere av legene vi intervjuet uttalte at de jobbet bra i team med AKS, og mens noen mente AKS kunne jobbe mer selvstendig, mente andre igjen at AKS kun var et hjelpemiddel for legene. En lege mente at AKS burde ha en lege som veileder, som kan overføre behandlererfaring videre og veilede AKS i utredning og behandling av pasienten. Alle legene mente AKS kunne ta opp anamnese av pasientene, og de fleste sa at AKS også kunne utføre kliniske systematiske undersøkelser av pasientene på egen hånd.

En studie gjort av Nieminen et al. fra 2011, hevder at AKS-rollen krever profesjonell støtte fra legene. I denne studien påpekte deltakerne, som her var «Clinical Nurse Specialists», også viktigheten av gjensidig faglig utveksling mellom AKS og leger: «*Sammen med legen danner vi et bra team. Vi støtter og hjelper hverandre*». Det viser seg at AKS kan ha mer kunnskap om pasientens helsehistorie enn en lege. I AKS-lege arbeidsforhold, bør samarbeid være basert på gjensidig tillit og pålitelighet siden et slikt samarbeid sikrer pasientsikkerhet samtidig som det garanterer kvaliteten på AKS-rollen. «*En betingelse for å lykkes i den nye AKS-rollen er at vi har tilgang til en lege vi kan konsultere og henvise pasienter til om nødvendig. Legen må ha tro på oss og stole på våre ferdigheter*». Studiedeltakerne fastholdt at det er behov for en tydelig fordeling av ansvarsområder og arbeidsoppgaver. Deltakerne påpekte også viktigheten av en kunnskapsutveksling, som kan skje i løpet av diskusjoner og veildning rundt pasientsaker (Nieminen, Mannevaara, & Fagerström, 2011).

Legene i vårt studie kom også med flere uttalelser som dreide seg om teamwork og samarbeid med sykepleiere. De følte også at et godt samarbeid var viktig for å lykkes med tilfredsstillende pasientbehandling. God kommunikasjon mellom lege og AKS var noe flere leger pekte på som essensielt for at et slikt samarbeid og oppgaveglidning skulle

være vellykket. Legen og sykepleieren må kunne ta opp og diskutere pasientcaser med hverandre, for at behandlingen og sikkerheten til pasienten skal bli best mulig, uttalte en lege vi intervjuet.

Legene i vår studie var som nevnt over, noe uenige når det gjaldt hva AKS kan brukes til av oppgaver, og hva de kan ha av eget ansvar for pasientene. Mens en lege mente det ikke var noen pasienter AKS ikke kunne håndtere på egen hånd, tenkte andre helt motsatt og mente AKS kunne være en medhjelper for legen, men at legen måtte ha behandleransvar og alltid tilse pasienten. De aller fleste hadde meninger midt mellom disse, nemlig at AKS kunne håndtere såkalt «grønne» pasienter i forhold til triage, samt noen «gule». De var ganske enige i hvilke pasienter AKS kunne ha selvstendig ansvar for, som skissert over. Deltagerne i en studien fra Irland, ble også spurt om hvilke kliniske oppgaver de følte AKS kunne utføre. Det var ingen signifikante forskjeller mellom sykepleiere og leger i forhold til de fleste oppgaver, selv om leger var mindre positive til at tolking av laboratorieprøver, tolkning av EKG og forskrivning av medisiner bør være en del av AKS-rollen (Norris & Melby, 2006). I vår studie foreslo ingen av legene at tolkning av EKG eller laboratorieprøver var oppgaver som kunne øverføres til AKS. Derimot var det noen som mente AKS kunne foreskrive noen typer antibiotika som kunne brukes til å behandle diagnosene de mente AKS kunne håndtere selvstendig, slik som nedre urinveisinfeksjoner og øvre luftveisinfeksjoner. Enkelte leger mente også at AKS kunne henvise til røntgenundersøkelser, som en del av det å håndtere enkle muskel- og skjelettskader. En lege mente det er viktig å se til andre land for å finne en modell som fungerer i legevakten, slik at man ikke må finne opp kruttet på nytt, men lære av andre lands erfaringer rundt implementering av AKS i legevakten.

Vi har sett på en review-studie med artikler fra 18 medisinske databaser i forhold til hvorvidt sykepleiere kan erstatte leger i primæromsorgen. Funnene viste at for noen akutte problemer og symptomer, samt for kroniske tilstander kan trente sykepleiere, som for eksempel AKS, behandle pasienter selvstendig, med like eller muligens bedre behandlingskvalitet enn leger. De kan også i denne behandlingen, oppnå like godt eller bedre helseutfall for pasientene. Sykepleiere oppnår sannsynligvis høyere

pasienttilfredshet, sammenlignet med leger i primærhelsetjenesten, kom det også frem i denne studien (Laurant, et al., 2018).

Flere av legene vi intervjuet mente det til en hver tid burde være en AKS på jobb, minst én på hver vakt. På den måten kunne legen jobbe mer effektivt, noe som igjen førte til kortere ventetider, som gir høyere pasientsikkerhet og videre bedre pasienttilfredshet. Det at lege og AKS jobbet i team gjorde at de kunne diskutere pasientsaker, lære av hverandre, utfylle hverandre og spille hverandre gode.

En studie gjort i Irland forsket på utfordringer med eksisterende AKS-rolle i akuttavdeling i Storbritannia. Studien viste at sykepleiere og leger identifiserte et behov for AKS, men at utydelige grenser mellom leger og sykepleiere kunne føre til tverrfaglige konflikter. De hevdet det var viktig at avklaring av roller var på plass før implementering av AKS. I samme studie fant man at leger var motvillige til å la sykepleiere praktisere visse avanserte oppgaver, og at vanskelighetene så ut til å dreie seg om autonomi og annet tilknyttet tverrfaglige konflikter rundt AKS-rollen (Norris & Melby, 2006). En pilotstudie gjort ved University of Leeds: «An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting» viste at AKS hadde en positiv innvirkning på pasientens opplevelse, utfall og sikkerhet. De forbedret personalkunnskap, ferdigheter og kompetanse, samt forbedret kvaliteten på arbeidsliv, fordeling av arbeidsmengde og teamarbeid (McDonnel, et al., 2014).

Legene i vår studie mente også det var viktig å avklare roller og ansvar mellom sykepleier og lege for at dette samarbeidet og glidning av oppgaver skulle bli vellykket. En lege påsto at det var helt essensielt for et godt samarbeid at begge profesjoner var bevisst på sitt ansvarsfelt, og hvilke oppgaver som var forventet av den enkelte. En studie presentert i «Nurse education in Practice», belyste roller og ansvarsfordeling mellom leger og sykepleierer. Studien fant blant annet at oppgaveglidning mellom lege og sykepleier må bli klarere definert. Selv om AKS har vært brukt i flere tradisjonelle legeoppgaver i flere år i Storbritannia, har andre land i Europa akkurat begynt å introdusere utvidede roller for AKS, og det er stort behov for reguleringer av denne rollen (McDonnel, et al., 2014). Noen europeiske land som har introdusert AKS, men den nåværende standarden for det

avanserte sykepleiernivået i disse landene er varierende, og overenstemmelse rundt rammeverk, rolle og definisjon mangler. Litteratur og forskning på området er også sparsomme, og synliggjøring av ferdigheter og kompetanser som kreves for AKS er nødvendig (Kaldan, et al., 2019).

I en studie fra Australia hvor forskerne så på leger i akuttmottak sin oppfatning av AKS, mente noen leger at rollene var veldefinerte, mens andre mente de nesten ikke var definert i det hele tatt. I den samme undersøkelsen kom det frem at enkelte leger mente AKS kunne brukes til det meste av oppgaver, men andre igjen var svært skeptiske til å bruke disse selvstendig i det hele tatt (Weiland, Mackinlay, & Jelinek, 2010). Det viser seg at det vi kom frem til i vår forskningsoppgave ikke er ulikt det internasjonale studier viser.

Legens erfaring med bruk av AKS i legevakt medførte både fordeler og utfordringer i forhold til oppgaveglidning, noe som kom klart frem i våre resultater.

4.1.1 Fordeler

Ifølge våre resultater erfarte legene flere fordeler ved oppgaveglidning mellom AKS og lege i legevakt. Legene mente bruk av AKS var både tidsbesparende og avlastende. De kunne jobbe mer effektivt når AKS kunne ta imot pasienter, gjennomføre anamneseopptak, og gjøre kliniske undersøkelser i forkant av legekonsultasjon. Dette var spesielt merkbart ved stor pasientpågang i legevakten. Legene kunne da tilse flere pasienter i løpet av vekten, fordi AKS lettet på arbeidsmengden ved å utføre enkelte oppgaver legen selv tradisjonelt hadde utført.

Fagerstrøm hevder i sin bok «Avansert klinisk sykepleie» at omfattende internasjonal forskning over mange år viser at modeller med AKS bidrar til å utvikle og forbedre helsetjenesten generelt sett (Fagerstrøm, 2019). Dette viser også en studie fra England hvor hensikten var å evaluere implementeringen av AKS i sykehusavdelinger. Et problem England står ovenfor nå, er at det er begrenset hvor mye LIS1² kan jobbe. Studien fant at

² Lege i spesialisering del 1 <https://www.legeforeningen.no/utdanning/spesialistutdanning/lis1/>

AKS som utfører oppgaver som tradisjonelt ble utført av LIS1 kan ha en positiv innvirkning på en rekke områder relatert til pasienter og ansatte, samt på pasientens opplevelse av oppholdet, utfall av behandlingen og pasientsikkerhet. De forbedret også personalets kunnskap, ferdigheter og kompetanse. I tillegg til dette bedret det også arbeidskvalitet, fordeling av arbeidsmengde og teamarbeid (McDonnel, et al., 2014)). Det at legene i vår studie mente de kunne overføre enkelte oppgaver til AKS, og at dette hadde positiv innvirkning både på legene selv ved at de opplevde lavere arbeidspress, og pasientene i forhold til at legene kunne tilse fler, og ventiden derfor ble mindre, underbygges av funnene i denne studien. Legene mente AKS også kunne bidra med å undervise og veilede de og øvrig personale i for eksempel smittevern og bruk av smitteutstyr, viser at AKS kan ha gunstig innvirkning relatert til både pasienter og ansatte i legevakten, og bidra til å forbedre helsetjenesten generelt sett, som Fagerstrøm hevder i boken sin.

Lang ventetid er et velkjent fenomen på legevakt, noe som kommer frem i studien til Holm-Hansen, Boman og Fagerstrøm. Det er mangel på fastleger i Norge, som i mange andre land, og arbeidsmengden på disse øker. En studie fra 2018 publisert i «Evidence and Practice» fastslår at fastlegenes arbeidsmengde har økt betydelig de siste årene og påvirket deres evne til å tilby tjenester av høy kvalitet, og det er derfor et økende fokus på at sykepleiere kan være en løsning (Yuill, 2018). Mangelen på fastleger fører igjen til at flere pasienter må oppsøke legevakten for helsehjelp. Det er lite forskning på bruk av AKS i legevakt, og innvirkning på ventetid ved bruk av disse, er lite beskrevet. Jennings et al. finner derimot at avansert klinisk sykepleiervirksomhet i akuttmottak har en positiv innvirkning på ventetiden (Jennings, Clifford, Fox, & O`Connell, 2014). Det at legene i vårt studie mente bruk av AKS kunne effektivisere deres måte å jobbe på, og føre til at de kunne ta flere pasienter på kortere tid, vil igjen bidra til at ventetiden per pasient vil bli kortere. Dette underbygges av Fagerstrøm, hvor hun i sin bok hevder at innføring av AKS i akuttmottak har ført til kortere ventetid og igjen til høyere pasienttilfredshet (Fagerström L. , 2019). Legevakt er ikke så ulikt akuttmottak i oppbygging og utforming, så vi mener disse funnene kan være overførbare for også å være gjeldende i legevakt. Dette vil være positivt for ventetiden på legevakten, da legene kan jobbe mer effektivt og tilse flere pasienter i løpet av vekten.

En lege vi intervjuet pekte på at AKS bruker bedre tid på hver pasient enn legene, og at dette igjen fører til høyere pasienttilfredshet. Legen mente AKS både har bedre mulighet til å disponere tiden sin, og at de i høyere grad enn legene ønsker å bruke mer tid på hver pasient. Legen utdypet videre at han tror pasientene blir mer fornøyde med konsultasjonen om behandleren tar seg god tid. En studie gjort av Byrne og medarbeidere (2000), viste at pasienter som hadde vært hos AKS, var mindre bekymret for sin helse og følte at de hadde bedre tid til å diskutere alle sine saker, enn pasienter som hadde vært tilsett av lege (Byrne, Richardson, Brunsdon, & Pate, 2000).

En annen fordel ved AKS som flere av legene i vår studie trakk frem, var faglig styrke. Flere mente AKS har høyere faglig kompetanse enn andre sykepleiere, og at dette kom frem gjennom journalnotater og utførelsen av kliniske undersøkelser av pasientene. Flere leger sa de brukte AKS sine notater i sitt eget journalnotat, ved å klippe og lime AKS notater inn i deres egne. Halvparten av legene pekte på fordelene med at AKS går mer i dybden i anamnesen, og at de har et bedre klinisk blikk enn andre sykepleiere. En lege påpekte at dette gir trygghet for både pasienter og leger. Legene er de som har det medisinske ansvaret, og det er lettere å være trygg på at AKS gjør en god nok faglig jobb og ivaretar pasientene på en forsvarlig måte, om de har positive erfaringer rundt dette.

I resultatene i vår studie kan vi se at det ble nevnt av en lege at han hadde sett AKS komme med behandlingsforslag og forslag til aktuelle differensialdiagnoser. Legen uttrykte begeistring rundt dette, og mente denne erfaringen styrket hans positive holdning til implementering av ASK i legevakten. En AKS skal etter utdanning ha en bredere kunnskapsbase enn sykepleiere og spesialsykepleiere, og er egnet til å kunne tolke, forstå og vurdere pasientens udiagnostiserte helseproblemer innenfor et bredere område (Fagerström L. , 2019). En Cochrane-oversikt konkluderte også med at spesialutdannede sykepleiere kan produsere like høy kvalitet og like gode helsemessige utfall for pasientene som en allmennlege (Phillips, 2012).

Det at legene mente AKS hadde høy faglig styrke og kompetanse, er positivt for AKS som jobber i legevakt. På denne måten kan ledelsen og kollegaer se nytteverdien av AKS bedre, og benytte seg av dens kunnskaper og kompetanse både i pasientarbeid og i

undervisning og veiledning. I Stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelstjenestenerhet og helhet» heter det at en klinisk videreutdanning på masternivå vil gi personellet mulighet til å utføre nye oppgaver, og det er nødvendig å vurdere om nye profesjoner skal få utvidede oppgaver. En slik oppgaveglidning skjer over tid, og mange oppgaver kan overføres uten endringer i regelverket (Regjeringen.no, 2015).

Det faglige bidraget og kompetansen legene mente AKS tilførte legevakten, kan vi se av liknende studier fra internasjonale miljøer, at dette ikke er så ulikt legenes bidrag og kompetanse. I 2012 hadde Elisabeth Stura (lege) et forskningsopphold ved Kansas University Medical Center School of nursing. Dette for å få innsikt i Nurse Practitioner rollen i USA, og for å reflektere over om denne yrkesrollen ville være et aktuelt tilskudd til det norske helsevesenet. Hun sier i sin artikkel at hun faglig sett ikke opplevde noen merkbare skiller fra det man ville forvente av en allmennlege, både via observasjon og samtaler med AKS og legene de jobbet sammen med (Stura, 2013).

I New Zealand er avansert klinisk sykepleie beskrevet som «*Det beste av sykepleie kombinert med noen ferdigheter fra medisin*» (Ministry of Health 2002). Omfattende internasjonal forskning over mange år viser at bruk av AKS fører til gode resultater for pasienter og bidrar til å utvikle og forbedre helsetjenesten. Innføring av AKS i akuttmottak har vist gode resultater i mange land, blant annet betydelig kortere ventetid, samt positiv effekt på kvaliteten av behandlingen og pasienttilfredsheten. Det viser seg at resultatene også er positive for sykepleierfaget, siden AKS har fått arbeide i en mer selvstendig og utvidet rolle, hvor de har erfart å få mer tillit og respekt fra leger og kollegaer, og de har blitt mer stolte av sine egne ferdigheter og egen kunnskap (Fagerstrøm, 2019). Vi tror på de samme resultatene i legevakt, da disse enhetene ikke er altfor ulike, og resultatene mener vi kan være overførbare. I rapporten fra Helsedirektoratet utgitt i 2019, sies det at kompetansen til en sykepleier med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie er relevant i en rekke tjenester, og flere kommuner som deltok i ressursgruppen for Helsedirektoratets arbeid, framhevet behov for denne kompetansen i legevakt (Helsedirektoratet, 2019).

4.1.2 utfordringer

Innføring av nye roller og funksjoner er krevende og gir ikke nødvendigvis bare fordeler. Like viktig mener vi er det å belyse og evaluere eventuelle utfordringer for å kunne videreutvikle rollen. I vår studie kom det frem hvordan bruk av AKS i legevakt medførte flere problemstillinger, og vårt inntrykk var at det var viktig for legene å få belyst dette.

En av de største utfordringene legene beskrev var at AKS burde vært satt bedre i system. Spesielt i forhold til avklaring av roller og ansvar. Noen leger uttrykte usikkerhet i forhold til hvilken kompetanse AKS hadde, hvilke pasienter de kunne håndtere, hvorvidt de kunne håndtere pasienter selvstendig eller det var legen ansvarlig for alle pasienter.

Dette er problemstillinger som også er erfart i andre land både i forkant av-, under og etter implementering av AKS. En britisk studie viser et godt eksempel på dette. Studien undersøkte holdninger blant fastleger, akuttleger og akuttstykkepleiere i forhold til utvikling av AKS i akuttmottak. Alle var generelt positive til innføring av AKS, men fastlegene som henviser pasienter til akuttmottaket var minst positiv. Noe av årsaken kan forklares med at kun 11% av deltagerne hadde en klar formening om hvilken rolle og funksjon AKS skulle ha. Det kom også frem at det i internasjonal litteratur eksisterte forskjellige modeller i forskjellige land på hvordan AKS ble benyttet i akuttmottak, og at det skapte usikkerhet rundt rollen. 76% trodde AKS kunne diagnostisere og behandle pasienter selvstendig. Sykepleierne var mer positive enn legene til dette, men de var alle samstemte om at blanding av roller kunne skape utfordringer. Derimot hadde de fleste en formening om at AKS skulle kunne henvise videre til røntgenundersøkelser. Det kom tydelig frem at det var behov for klare roller og retningslinjer før implementering. 89% mente AKS bør ha veiledning og oppfølging også etter oppstart (Griffin & Melby, 2006). Dette kom også fram i våre intervjuer, hvor noen av legene foreslo at AKS i legevakt bør ha en veileder, og at det organiseres likt som for LIS 1³ leger, hvor AKS har en veiledende lege hvor det benyttes læringsmål underveis for å bygge kompetanse.

³ LIS1- Lege i spesialisering trinn1, tidligere kalt turnuslege.

Lignende resultater ses i en norsk tverrsnitt studie fra Hansen et al. som omhandlet helsepersonell- og pasienters oppfatning om bruk av AKS i legevakt. Studien viste at over en tredjedel av legene var usikre på hvem som hadde det medisinske ansvaret for pasienter tilsett av AKS. De hadde heller ikke kjennskap til hverken AKS sin kompetanse eller hvilke oppgaver de var tiltenkt, noe som førte til manglende tillit. Legene var enig om at AKS kunne vurdere og undersøke pasientene frem til lege var tilgjengelig, men ikke gjennomføre selvstendige eller avsluttende pasientkonsultasjoner. Samtidig stilte 68% av legene seg positive til at AKS kunne henvise pasienter til røntgen, mens bare en tredjedel mente AKS har kompetanse til å behandle urinveisinfeksjoner, konjunktivitt og suturere mindre kuttskader. Studien mener dette kan skyldes uklar kompetanse- og rolleavklaring, men at det må ses i sammenheng med at legevakten på daværende tidspunkt var i en tidlig fase av implementering og at flere AKS fortsatt var i et utdanningsløp (Hansen, Boman, & Fagerström, 2021).

I vår studie fremstod legene mer positive til at AKS kunne utføre selvstendige oppgaver som å henvise til røntgenundersøkelser og suturere mindre alvorlige sår- og kuttskader. De følte det var lettere å gi AKS tillitt til utvidede oppgaver når de var kjent med den enkelte AKS og dens kompetanse. Henvise til røntgen var ikke en oppgave AKS utførte i legevakten, men AKS med fordypning i poliklinisk skadebehandling hadde anledning til å suturere subkutane sår etter at lege hadde vurdert skaden.

Etter vår forståelse ble implementering av AKS i legevakten «tvunget» kunstig fort frem grunnet pandemien, med raskt behov for nyteknisk og bruk av ressurser. Prosessen rundt innføringen av AKS ble nærmest besluttet og innført i løpet av få uker. Det var derfor ikke tid og rom for en nøye planlagt prosess. Oppgaver og håndtering av pasienter ble avtalt mellom lege og AKS på hver vakt. Konsekvensen av dette er slik vår studie viser, at legene ikke hadde oversikt eller kunnskap nok om AKS sin kompetanse, eller hvilken rolle og ansvar de var tiltenkt. I resultatene kom det frem at legene hadde lite kunnskap om AKS generelt. Noen hadde hørt noe om det, mens andre hadde sett eller jobbet med de mens de var i klinisk praksis under utdanning. Flertallet viste at AKS var en videreutdanning for sykepleiere. Utdannelsen er relativt ny i Norge sett i et internasjonalt perspektiv, og kan derfor være en medvirkende årsak. Vi ser at mangel på kunnskaper om en rolle eller

funksjon kan gå på bekostning av samarbeid, samhandling og oppgaveglidning. Manglende kunnskap førte til usikkerhet, skepsis og initialt tillitsbrudd *“Jeg må vite hva AKS kan, for å stole på de”*. Derimot forteller legene at når de fikk erfaring fra samarbeid med AKS, hvor de ble kjent med den enkelte AKS og dens kunnskap, økte tilliten og de følte de kunne stole på AKS og deres vurderinger i større grad. Indirekte kan man si at resultatene viser i hvilken grad implementeringen var vellykket. Ettersom legene viser manglende kunnskaper og forståelse for AKS rolle og funksjon i legevakten stiller vi spørsmålstegn ved om implementeringen av AKS i legevakten så langt har vært vellykket.

Et vanlig problem ved innføringen av AKS-modeller er mangel på innsikt hos ledere, kollegaer og til dels politikere. Det fører til utydelig formulering av nye roller, uklare stillingsbeskrivelser- og ansvarsfordeling. Det kan føre til motstand og manglende forståelse og dermed være til hinder for utvikling av rollen (Fagerström L. M., 2019). Internasjonal forskning viser ifølge Fagerström til flere vanskelige og mislykkede implementeringsprosesser, og med det et behov for referanserammer som hjelpemiddel for systematisk implementering av AKS. Forskere i Canada utviklet PEPPA-modellen for å veilede gjennomføring og evaluering av implementering. PEPPA er akronym for:

Engelsk	Norsk
Participatory	-Deltagelse
Evidence-based	-Kunnskapsbasert
Patientfocused	-Pasientfokusert
Prosess for...	-Prosess for...
Advanced nurse practitioner	Avansert klinisk sykepleie gjennom utvikling, gjennomføring og evaluering

PEPPA-modellen er et ni-trinns rammeverk som gir en systematisk tilnærming til utvikling av AKS. Trinn 1-6 fokuserer på etablering av strukturer for den nye rollen inkludert beslutningsprosesser. Trinn 7 beskriver den faktiske innføring, og trinn 8 og 9 inneholder kortsiktig og langsiktig målsetting og evaluering (Fagerström L. M., 2019).

Nøkkelen til suksess ligger i klargjøring av ny rolle og funksjon, hvilken nytteverdi rollen vil ha samt løpende støtte fra ledelse og kollegaer. For å oppnå en bærekraftig langsiktig utvikling av AKS-funksjon kreves god planlegging og konkret målsetning i forkant, og strategisk ledelse på alle nivåer. Motsatt vil inkonsekvent faglig og organisatorisk støtte føre til utfordring og problemer med implementering av nye AKS-modeller (Fagerstrøm, 2019). Erfaringer fra Sveits viser nettopp nytteverdien av å benytte et rammeverk for implementering av AKS. De valgt en forenklet PEPPA modell basert med tre trinn:

1: Introduksjon 2: Implementering 3: Langsiktig målsetting

En slik systematisk rammemodell førte til bedre forutsetninger i både planleggings- og implementeringsfasen. Et viktig element var kontinuerlig evaluering av prosessen. Ved bruk av modellen kunne de indentifisere utfordringer og problemområder, og istedenfor å erfare de underveis heller planlegge for mulige tiltak (Bryant-Lukosius, et al., 2016) og (Gysin, Sottas, Odermatt, & Essig, 2019).

Vår vurdering er at bruk av en slik modell ville ført til en bedre og mer systematisk innføring av AKS. Det ville sannsynlig involvert alle nødvendige aktører; ledelse, leger og sykepleiere, og vært med på å definere og tydeliggjøre roller og ansvar.

I tillegg til roller, funksjon og ansvarsfordeling var legene usikre på hvilken kompetanse AKS hadde eller skulle ha. Deres inntrykk var at AKS hadde forskjellig interesse, kunnskap og kompetanse, der noen kunne suturere sårskader, og andre virket flinkere på indremedisinske problemstillinger. Dette førte til at legene var usikre på hva som var AKS sitt grunnkompetansenivå. Noen av legene ønsket innsikt i faglitteratur og innhold i studieplan for bedre forståelse av utdanningen.

Etter oppstart av AKS-utdanning i Norge i 2011 har det vært flere høyskoler og universiteter som har tilbudt utdanning innen avansert klinisk sykepleie, men enkelte skoler har kun dekket deler av kravende i studieplanen for utdanningen (Helsedirektoratet, 2019). Dermed vil ikke AKS være en samkjørt utdanning, noe som vil kunne bidra til usikkerhet og forvirring omkring AKS-utdanning og deres kompetanse. I

en rapport fra Helsedirektoratet som omhandler masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, presiseres det at standardisering av utdanningen er viktig for pasientsikkerhet og for tjenestens og allmennhetens tillit til kompetansen hos AKS. Utdanningen må inneholde samme nivå over hele landet (Helsedirektoratet, 2019). Fra februar 2020 er AKS-utdanningen standardisert og regulert i forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (Kunnskapdepartementet, 2020). AKS ved legevakten var alle utdannet ved samme studiested, og hvor utdanningen følger definisjon og krav i nasjonal studieplan (Universitet i Sørøst-Norge, 2021).

Til tross for utdanning ved samme studiested kan utdanningen likevel ha bidratt til at legene opplever ulik kompetanse. AKS i legevakten hadde lang erfaring fra sykepleie og/eller fra legevakt før de tok masterutdanningen. Én AKS hadde også videreutdanning. Noen hadde derfor mer kompetanse innen akuttmedisin, mens andre hadde erfaring fra geriatri og demensomsorg. I tillegg til tidligere erfaring hos den enkelte AKS inneholder masterutdanningen 25 studiepoeng med valgfri fordypning som gir AKS en viss spisskompetanse. Dette ble tilbudt via forskjellige moduler som for eksempel geriatrisk vurderingskompetanse, poliklinisk skadebehandling og akuttmedisinsk vurderingskompetanse. AKS studenten kan selv velge fordypninger ut fra interesse, fagfelt og arbeidssted. Dette kan etter vår mening være en medvirkende årsak til at kompetansenivå hos den enkelte AKS oppleves forskjellig. Fra høsten 2021 tilbyr USN kun to fordypninger i AKS-utdanningen; geriatrisk vurderingskompetanse og akuttmedisinsk vurderingskompetanse (Universitet i Sørøst-Norge, 2021). Et mulig tiltak for å unngå eller minimere forskjeller kan være å sette kompetansekrav for AKS som skal arbeide i legevakt. Med det mener vi krav til fordypning i emner som er spesielt rettet mot akuttmedisinskykepleie, slik som akuttmedisinsk vurderingskompetanse. Samtidig er legevakt svært variert, og forskjellig kompetanse hos AKS kan være en styrke. AKS kan lære av hverandre og på den måten bygge kompetanse. En av AKS sine kjernekompetanser er undervisning og veiledning av annet helsepersonell. AKS skal også bidra til kunnskapsbasert fagutvikling og tjenesteforbedring (Helsedirektoratet, 2019). Vi har samtidig forståelse for at det i en implementeringsfase vil kunne oppleves mer usikkert og uoversiktlig for kollegaer ved at AKS har forskjellige spisskompetanse.

Et annet aspekt som kan ha betydning for hvordan legene opplevde AKS kompetanse er legenes tidligere erfaring fra andre videreutdanninger. I nesten samtlige akuttmottak i Norge utfører spesialsykepleiere og sykepleiere med bachelorutdanning de samme oppgavene. Erfaring er mer avgjørende for hvilken rolle man har og hvilke oppgaver som utføres, fremfor utdanning (Gaarde, Svahn, & Nylund, 2019, s. 148). Det samme mener vi gjelder for legevakt, hvor sykepleieoppgavene er tradisjonelle, som å måle vitalia, prøvetakning, observasjon, klargjøre pasienten før legetilsyn og utføre forordnede oppgaver.

AKS er et nytt begrep i Norge. Leger har deler av sin utdanning i sykehus, og derfra erfaring med sykepleiere med videre- og masterutdanninger innen anestesi og intensiv, eventuelt andre videreutdanninger, og vil kunne sammenligne AKS med disse utdanningene. Leger har ikke erfaring med at sykepleiere arbeider selvstendig, eller at de kan gjennomføre systematiske kliniske undersøkelser, vurdere helsebehov, diagnostisere og behandle (Gaarde, Svahn, & Nylund, 2019). Vi mener både kunnskap om, og erfaring med bruk av AKS vil kunne gjøre rollen mer tydelig. I tillegg må AKS-funksjonen settes i system med klare rolleavklaringer og funksjonsbeskrivelser. Det krever kunnskap og forståelse hos ledelse, men også lege- og sykepleierkollegaer.

Legene mente at det ville føre til et økonomisk tap for deres del, dersom AKS kunne jobbe selvstendig og ha rett til å takste for å yte helsehjelp og pasientbehandling. Det økonomiske grunnlaget for leger i vakt på kveldstid og i helg defineres av normaltariffen. Normaltariffen gir takster som legges til grunn for helsehjelp og pasientbehandling hvor legene får refusjon fra HELFO⁴. Ordningen gjelder for både fastleger og legevakt (Den norske legeforening, 2019). Det er i normaltariffen i liten grad lagt til rette for betaling av helsetjenester som utføres av annet helsepersonell. På kveldstid og i helg jobber legevaktlege som privatpraktiserende. Konsultasjonstakster og andre takster bifaller dermed legen. Medisiner og utstyr har andre takster og refunderes til legevakten (Den norske legeforening, 2019). Dersom AKS skal ha egne konsultasjoner på selvstendig

grunnlag, i samme tidsrom som legen er definert privatpraktiserende, vil det medføre færre pasientkonsultasjoner for lege, og med det redusert inntekt. En løsning på dette, kan være at AKS benyttes utenom tidsrom der lege har pliktig vakt, en annen at det kommer endringer i lovverket som tillater taksting for AKS.

Oppgaveglidning kan ses på som en rød tråd i vår forskning. Legenes refleksjon og erfaring knyttet bruk av AKS i legevakt har bidratt til å belyse både fordeler og utfordringer opp mot oppgaveglidning. Begge deler er viktig å ta med seg i det videre arbeidet, og for å utvikle rollen som AKS i legevakt.

4.2 Styrker og svakheter ved studien

Denne studien er den første i Norge som har belyst legenes erfaring med bruk av AKS i legevakt. Vi mener resultatene fra vår studie kan ha stor relevans og nytteverdi for videre utvikling av AKS i legevakt. Valg som blir tatt underveis i forskningsprosessen vil naturlig kunne påvirke studien.

En styrke ved studien mener vi er vår strategiske utvelgelse av informanter. De var alle godt kjent i legevaktsarbeid, og hadde jobbet sammen med AKS over tid. Informantene hadde variert ansiennitet som lege, og på den måten fikk vi perspektiver fra både erfarne og mindre erfarne leger. Inklusjonskriteriene ga oss derimot et begrenset utvalg, ettersom det ikke var så mange leger som hadde jobbet med AKS over tid. Likevel føler vi at vi fikk nok informasjon rundt legenes erfaringer til å få belyst problemstillingen. Det hadde vært interessant med flere informanter og på den måten kanskje fått et mer nyansert bilde.

Studien ble utført på eget arbeidssted hvor rollen som både kollega og forsker kan ha påvirket informanten og materialet. Dette var noe vi var bevisst på i forkant av intervjuene, og valgte å benytte spesifikke tiltak for å minimere risikoen for dette. Tiltakene er belyst i metodekapittelet under etikk.

En svakhet ved studien er at vi er noviser i kvalitativt forskning og bruk av intervju. Vi erfarte i etterkant av intervjuene at vi kunne ha hatt flere oppfølgingsspørsmål, og på den måten fått informantene til å utdype mere rundt enkelte av spørsmålene. Dette kan ha forårsaket at vi fikk litt tynnere materiale å jobbe med i noen av temaene. En annen utfordring som kan ses på som en svakhet ved oppgaven, er at det i samme tidsrom som AKS arbeidet i LVK og legevakt, også var AKS-studenter på jobb. Dette kan ha gjort det vanskelig for informantene å skille mellom hvem som var ferdig utdannet AKS og hvem som var under utdanning, siden de uttalte at de visste lite om hvor de ulike AKS var i forløpet.

5 Konklusjon

Resultatene i denne studien viser hvilke erfaringer leger har med bruk av AKS i legevakt, over en periode på seks måneder etter implementering; tanker og erfaringer rundt samarbeid med AKS, og meninger og holdninger til oppgaveglidningen mellom lege og AKS. Det er gjort lite forskning på bruk av AKS i legevakt, siden avanserte kliniske allmennsykepleiere er forholdsvis nytt i Norge. Vi er glade for at vi med vårt forskningsprosjekt, kan være med på å skaffe til veie ny forskning på området, som igjen kan gjøre det lettere for andre legevakter å ta i bruk AKS som en ressurs.

Studien vår viser at legene, i et unyansert bilde, er positive til bruk av AKS i legevakt. De ser på AKS som en ressurs de kan benytte seg av, men også i en selvstendig behandlerrolle til enkelte pasienter og problemstillinger. Legene var ganske enige i hvilke diagnoser AKS kunne tilse og behandle på et selvstendig grunnlag, hvilke pasienter legene håndterte, og hvor AKS kunne brukes som en ressurs gjennom samarbeid og oppgaveglidning. Utfordringer som dukket opp underveis i implementeringen, var blant annet mangel på kunnskaper om AKS hos legene, og utilfredsstillende avklaringer av roller- og ansvar mellom de to profesjonene.

Ut fra funn i vår studie kan det tyde på at implementering av AKS i legevakt ikke har vært godt nok planlagt og gjennomført. Det er tydelig behov for avklaringer av roller og ansvarsfordeling. Ved å se vår forskning opp imot internasjonal litteratur har vi erfart at implementering av AKS samsvarer med erfaringer fra andre land. Det skal også legges til grunn at pilotering av AKS i legevakt ble påvirket av pandemiutviklingen. Sannsynligvis kunne legenes erfaringer vært noe annerledes dersom det hadde vært bedre tid til implementering. Vi mener samtidig studien viser at legevakt er en arena hvor bruk av AKS er en ressurs for legene, andre kollegaer og ikke minst pasientene. I fremtiden bør det komme på plass reguleringer i forhold til foreskrivnings- og henvisningsrett for AKS, som kan være med på å muliggjøre større oppgaveglidning mellom lege og AKS, og utnytte AKS sitt fulle potensiale. Videre forskning bør se på effektene ved innføring av AKS i forhold til ventetid og pasienttilfredshet.

6 Referanser

- Biezen, M. v., Wensing, M., Burgt, R. v., & Laurant, M. (2017, April 20). Towards an optimal composition of general practitioners and nurse practitioners in out-of-hours primary care teams: a quasi-experimental study. *BMJ open*, ss. 1-12. doi:doi:10.1136/
- Biezen, M. v., Wensing, M., Poghosyan, L., Burgt, R. v., & Laurant, M. (2017). Collaboration in teams with nurse practitioner and general practitioners during out-of-hours and implications for patient care; a qualitative study. *BMC Health Services Research*, ss. 1-9. doi:DOI 10.1186/s12913-017-2548-x
- Bondevik, G. T. (2020). Norsk legevakt i et internasjonalt perspektiv. I E. H. Hansen, & S. Hunskaar, *Legevaktarbeid 2 utgave- En innføringsbok for leger og sykepleiere* (ss. 33-39). Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S. D., Fliedner, M., . . . Geest, S. D. (2016, Januar 7). Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. *World Health*, ss. 201-209.
- Byrne, G., Richardson, M., Brunson, J., & Pate, A. (2000). Patient satisfaction with emergency nurse practitioners in A & E. *Journal of Clinical Nursing*, ss. 83-93. doi:doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00351.x
- Campo, T., Carman, M., Evans, D., Hoyt, K., Kincaid, K., Ramirez, E., . . . Weltge, A. (2016, Desember). Scope of Practice for Emergency Nurse Practitioners. *Advanced emergency nursing journal*, ss. 252-254. doi:DOI: 10.1097/TME.000000000000126
- Den Norske Legeforening. (2013). *Polycynotat nr.5 Oppgaveglidning*. Samfunnspolitisk avdeling.
- Den norske legeforening. (2019). *Normaltariff for fastleger og legevakt 2019-2020*. Hentet fra Normaltariff for fastleger og legevakt 2019-2020: <https://normaltariffen.legeforeningen.no/asset/pdf/Fastlegetariffen-2019-2020.pdf>
- Den norske legeforening. (2020, Desember 2). *legeforeningen.no*. Hentet fra Veileder for luftveisklinikk: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/b4715ce623184512b9df7723ad8f0ba0/veileder-for-luftveisklinikker-per-02-12-2020.pdf>

- Fagerström, L. (2019). Avansert klinisk sykepleie- et begrunnet behov. I L. Fagerström, *Avansert klinisk sykepleie* (ss. 17-29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2019.
- Fagerström, L. (2019). Hva er avansert klinisk sykepleie? I L. M. Fagerström, *Avansert klinisk sykepleie* (ss. 39-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fagerström, L. M. (2019). *Avansert klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2021, Juni 2). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19*. Hentet fra FHI.no: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2021, Juni 22). *fhi.no*. Hentet fra Koronavirus-Fakta, råd og tiltak: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>
- Førland, O. (2018). Legevakten som samfunnsinstitusjon. I E. H. Hansen, & S. Hunskår, *Legevaktarbeid- En innføringsbok for leger og sykepleiere* (ss. 27-31). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Griffin, M., & Melby, V. (2006). Developing an advanced nurse practitioner service in emergency care: attitudes og nurses av doctors. *Journal of Advanced Nursing*, ss. 292-301. doi:doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04025.x
- 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*, ss. 1-11.
- Gaarde, K., Svahn, H., & Nylund, S. (2019). Ny sykepleiekompetanse i norske akuttmottak. I L. M. Fagerström, *Avansert klinisk sykepleie* (s. 153). Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Hansen, E. H., & Hunskår, S. (2016). Forord. I E. H. Hansen, & S. Hunskår, *Legevaktarbeid* (ss. 5-6). Oslo: Gyldendal Forlag AS.
- Hansen, E. H., & Hunskår, S. (2020). Medisin og sykepleie i legevakt- Egenart og samarbeid. I E. H. Hansen, & S. Hunskår, *Legevaktarbeid- en innføringsbok for leger og sykepleiere* (s. 65). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hansen, E. H., Boman, E., & Fagerström, L. (2020, april 30). Perception of the implementation of the nurse practitioner role in a Norwegian out-of-hours

primary clinic: An email survey among healthcare professionals and patients.

Nordic Journal of Nursing Research, ss. 54-60.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009, Juli 1). *Lovdata.no*. Hentet fra Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven): <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009, Juli 1). *Lovdata.no*. Hentet fra Helseforskningsloven: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL_5#%C2%A723

Helsedirektoratet. (2019, April 11). *Helsedirektoratet.no*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/statistikk-fra-npr/personskader>

Helsedirektoratet. (2019). *IS- 2822*. Helsedirektoratet. Hentet fra Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20Omasterutdanning%20i%20

Helsedirektoratet. (2019). *Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie: IS-2822*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hunskår, S. (2020). Organisering og bruk av legevakt i Norge. I E. H. Hansen, & S. Hunskår, *Legevaktarbeid- En innføringsbok for leger og sykepleiere* (ss. 40-53). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jennings, N., Clifford, S., Fox, A. R., & O`Connell, J. (2014, Juli 13). The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review. *International Journal of nursing studies*, ss. 421-435.

Johannessen, a., Christoffersen, L., & Tufte, P. (2015). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Johannessen, L. E., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2020). *Hvordan bruke teori? Nyttig verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget 2018.

- Justis- og beredskapsdepartementet. (2018, Juli 27). *Lovdata.no*. Hentet fra Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven):
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/*#KAPITTEL_1
- Kaldan, G., Nordentoft, S., Herling, S. F., Larsen, A., Thomsen, T., & Egerod, I. (2019, September 6). Evidence characterising skills, competencies and policies in advanced practice critical care nursing in Europe: a scoping review protocol. *BMJ Open*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6731915/>
- Klev, N. K. (2020, April 27). *Den norske legeforening*. Hentet fra Oppdatert veileder for etablering av luftveisklinikker:
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/nyheter/veileder-for-etablering-av-luftveisklinikker/>
- Kunnskapdepartementet. (2020, Februar 1). *Lovdata.no*. Hentet fra Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-45>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Laurant, M., Biezen, M. v., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & Vught, A. J. (2018, Juli 16). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Hentet fra
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001271.pub3/full>
- Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- McDonnel, A., Goodwin, E., Kennedy, F., Hawley, K., Gerrish, K., & Smith, C. (2014, Oktober 22). An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. Hentet fra
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12558>
- Nieminen, A.-L., Mannevaara, B., & Fagerström, L. (2011, Mars 3). Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Hentet fra
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2011.00876.x>

- Norris, T., & Melby, V. (2006, Februar 7). The Acute Care Nurse Practitioner: challenging existing boundaries of emergency nurses in the United Kingdom. *Journal of Clinical Nursing*. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01306.x>
- Norsk senter for forskningsdata. (2021, September 12). *NSD.no*. Hentet fra Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste: <https://www.nsd.no/>
- Norsk senter for forskningsdata. (2021, September 12). *NSD.no*. Hentet fra Forske på egen arbeidsplass: <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/forske-pa-egen-arbeidsplass/>
- Phillips, S. (2012, Januar 19). APRN consensus model implementation and planning. *The Nurse practitioner*. Hentet fra https://ovidsp-dc1-ovid-com.ezproxy2.usn.no/ovid-b/ovidweb.cgi?&S=EFMOFPAHOCACOLOHKPOJFFGJAOEKAA00&Link+Set=S.sh.22%7c1%7csl_10
- Regjeringen.no. (2015). *Meld. St. 26 (2014-2015)*. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2016). Legevaktens historie. I E. H. Hansen, & S. Hunskaar, *Legevaktarbeid* (ss. 20-24). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Sandvik, H., Hunskaar, S., & Diaz, E. (2012, Mai 25). Fastlegepasienters bruk av legevakt. *Tidsskriftet Den Norske Legerforening*, ss. 2272-2276. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2012/10/originalartikkel/fastlegepasienters-bruk-av-legevakt>
- Schober, M., & Affara, F. (2007). *International Council of Nurses- Advanced Nursing Practice*. Blackwell Publishing.
- Stura, E. M. (2013). Spesialutdannede sykepleiere til primærlegeoppgaver i USA. *Michael Journal*, ss. 350-356.
- Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse- En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Universitet i Sørøst-Norge. (2021). *USN.no*. Hentet fra Master i avansert klinisk allmennsykepleie: <https://www.usn.no/studier/finn-studier/master-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie/>

- Universitetet i Sørøst-Norge. (2021). *Akuttmedisinsk vurderingskompetanse*. Hentet fra USN.no: <https://www.usn.no/studier/finn-studier/masteremner-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie/>
- Weiland, T. J., Mackinlay, C., & Jelinek, G. A. (2010, August 26). Perceptions of nurse practitioners by emergency department doctors in Australia. *International Journal of Emergency Medicine*. Hentet fra <https://intjem.biomedcentral.com/articles/10.1007/s12245-010-0214-8>
- Welle-Nilsen, L. K., Morken, T., Hunskår, S., & Granas, A. (2011). Minor ailments in out-of-hours primary care: An observational study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, ss. 39-44. Hentet fra <https://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/02813432.2010.545209>
- Woo, B. F., Lee, J. X., & Tam, W. W. (2017, 15:63). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care setting: a systematic review. *Human Resources for Health*, ss. 2-22. doi:DOI 10.1186/s12960-017-0237-9
- Yuill, J. (2018, Mars 26). The role and experiences of advanced nurse practitioners working in out of hours urgent care services in a primary care setting. *Evidence and practice*. doi:DOI: 10.7748/nm.2018.e1745

7 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1: Infoskriv og samtykkeskjema til deltagerne

7.2 Vedlegg 2: Intervjuguide

7.3 Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD