

Hanne Jordell og Selma S.F. Yssen

Den avanserte kliniske allmennsykepleieren

En ny yrkesrolle i kommunale helse- og omsorgstjenester





Den avanserte kliniske allmennsykepleieren: en ny yrkesrolle i kommunale helse- og omsorgstjenester

I 2020 ble masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie den første utdanningen for sykepleiere som kvalifiserer til en spesialistgodkjenning. Dette var et viktig steg i etableringen av en ny yrkesrolle i de kommunale tjenestene, nemlig den avanserte kliniske allmennsykepleieren.

I denne rapporten kartlegger vi introduksjonen av denne yrkesrollen i kommune-Norge. Vi ser spesielt på: 1) omfanget av allmennsykepleiere i Norge, 2) allmennsykepleiernes roller og oppgaver i kommunen og 3) kommunenes strategiske planlegging for og bruk av allmennsykepleiernes kompetanse.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
1 Introduksjon	7
1.1 Definisjoner	7
1.2 Forskningsspørsmål	8
1.3 Gangen i rapporten.....	9
2 Utviklingen av utdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie i Norge.....	10
2.1 «Advanced practice nurse» og «Nurse practitioner» i Nord-Amerika	10
2.2 Etablering av nye masterutdanninger i Norge og økt politisk interesse	11
2.3 Utredning av utdannings- og kunnskapsbehov	12
2.4 Ny spesialistgodkjenning og overgang mot ny nasjonal utdanningsstandard	13
2.5 Dagens studietilbud	14
2.6 Kritikk av masterutdanningen	15
2.7 Hva er en avansert klinisk allmennsykepleier i dag?.....	16
3 Metode	18
3.1 Litteratur og dokumentgjennomgang	18
3.2 Kvalitative intervjuer i fem casekommuner	18
3.3 Spørreundersøkelser	20
3.4 Registerdata	23
4 Allmennsykepleiere: Hvem er de, og hvor jobber de?	24
4.1 Omfang av allmennsykepleiere i Norge.....	24
4.2 Overordnede kjennetegn ved allmennsykepleiere	26
4.3 Allmennsykepleiere i kommunal sektor	28
4.4 Allmennsykepleiere jobber også utenfor kommunal sektor.....	31
4.5 Oppsummering	32
5 Variasjon i strategisk kompetanseutvikling i kommunene	33
5.1 Sykepleiere tar selv initiativ til å ta utdannelse	33
5.2 Kommunenes tilrettelegging for videreutdannelse.....	35
5.3 Oppsummering	40
6 Allmennsykepleiere har påtatt seg mange nye arbeidsoppgaver i kommunen	41
6.1 Allmennsykepleierne har i stor grad påtatt seg nye oppgaver	41
6.2 Oppgavene allmennsykepleierne påtar seg spenner vidt.....	42
Kompetanse til nytte?.....	48
6.3 Allmennsykepleiere har i stor grad ført til forbedret kvalitet på tjenestene	51
6.4 Oppsummering	52
7 Uformaliserte og formaliserte oppgaveendringer	53
7.1 Under halvparten har fått nye stillingsbeskrivelser	53
7.2 Tid avsatt til oppgaver relatert til avansert klinisk allmennsykepleie	53
7.3 Ny plassering i organisasjonen og nye roller	54

7.4 Oppsummering.....	60
8 Forklaringer på variasjon i allmennsykepleierroller	61
8.1 Kommunene har ulike behov og forutsetninger	61
8.2 Allmennsykepleiere er drivere for å utvikle egen rolle.....	62
8.3 Manglende forankring hos ledere og andre aktører.....	65
8.4 Fortsatt manglende kjennskap til avansert klinisk allmennsykepleier både hos ledere og hos andre yrkesgrupper	66
8.5 Ulike forståelser av og ønsker for allmennsykepleierrollen	68
8.6 Oppsummering	69
9 Konklusjon	71
9.1 Omfang av og kjennetegn ved allmennsykepleiere	71
9.2 Allmennsykepleiernes arbeidsoppgaver og roller.....	71
9.3 Kommunens strategiske planlegging for og bruk av allmennsykepleiere.....	72
9.4 Vurderinger knyttet til veien videre	72
9.5 Konklusjon.....	74
Referanser.....	75

Forord

I denne rapporten kartlegger vi introduksjonen av en ny yrkesrolle for sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Norge: den avanserte kliniske allmennsykepleieren (AKS). Avansert klinisk allmennsykepleie er den eneste masterutdanningen for sykepleiere som kvalifiserer til en spesialistgodkjenning. I denne rapporten ser vi nærmere på hvem disse allmennsykepleierne er, hvor og hvordan de jobber, og hvordan og i hvilken grad norske kommuner har endret stillingsbeskrivelser og tjenesteutforming for å benytte seg av disse sykepleiernes kompetanse.

Prosjektet har vært et samarbeid mellom Samfunnsøkonomisk analyse AS (SØA) og Fafo. Hanne Jordell (SØA) og Selma S.F. Yssen (Fafo) har hatt hovedansvaret for de kvalitative casestudiene, litteratur- og dokumentgjennomgang, og å skrive rapporten. Marthe Norberg-Schulz (SØA) har gjennomført registerdataanalyser, og utformet spørreundersøkelsene i samarbeid med resten av prosjektteamet. Leif E. Moland (Fafo) har vært prosjektleder, og kvalitetssikret og veiledet alle prosjektets delfaser. Kari Ingstad (Nord Universitet) har gitt råd i litteratur- og dokumentgjennomgangen, og kvalitetssikret rapporten

Rapporten er skrevet på oppdrag av KS. Vi vil takke oppdragsgiver for et godt samarbeid, og for interessante diskusjoner og gode tilbakemeldinger underveis i prosjektet.

Vi vil også rette en takk til Helsedirektoratet ved Hyesun Lee som har gitt oss tilgang til tall over spesialistgodkjenning og lønnstilskudd, og til Kine Myhre Nilsen, leder for AKS-gruppa i Norsk sykepleierforbund, for gode innspill til relevante kommuner å intervju og for tilbakemeldinger på rapportutkast. En stor takk rettes også til alle informanter som har delt sine erfaringer og perspektiver med oss.

Takk også til Fafo-kollegaer Ketil Bråthen for kvalitetssikring, og til Sofie Steensnæs Engedal for språkvask og formatering av den endelige rapporten.

Oslo, november 2024

Hanne Jordell

Selma Yssen

Sammendrag

I denne rapporten presenteres resultatene fra en kartlegging av avanserte kliniske allmennsykepleiere i norske kommuner. Denne rapporten er den første brede kartleggingen av allmennsykepleiere i Norge etter at de to forskriftene om spesialistgodkjenning og nasjonal retningslinje for masterutdanningen kom på plass i 2020.

Den avanserte kliniske allmennsykepleieren er en relativt ny yrkesrolle og utdanning i Norge, men allmennsykepleieren som rolle kan spores helt tilbake til USA på 1960-tallet. Formålet med utdanningen er å gi sykepleiere en utvidet breddekompetanse til å gi avansert sykepleie til å ivareta alle pasienter, men spesielt de med kroniske eller sammensatte helsetilstander. I tillegg skal en allmennsykepleier kunne bidra til innovasjons-, endrings- og forbedringsarbeid i tjenestene. Formålet med å etablere utdanningen i Norge har vært å styrke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Problemstillingene vi har utforsket i prosjektet har vært følgende:

1. Hva er omfanget av allmennsykepleiere i dag, og hvor jobber de?
2. Hvilke arbeidsoppgaver og roller har allmennsykepleiere i kommunen, og hvordan benyttes kompetansen de har opparbeidet seg?
3. I hvilken grad er innføring av allmennsykepleiere i kommunen strategisk planlagt?

For å besvare disse problemstillingene, har vi samlet inn data – gjennom både kvalitativ og kvantitative metoder – og basert oss på: 1) dokument- og litteraturgjennomgang, 2) casestudier av seks kommuner, 3) spørreundersøkelser til allmennsykepleiere og kommunale ledere og 4) registerdata.

Vi definerer en allmennsykepleier som en sykepleier som har gjennomført en utdanning som kvalifiserer til spesialistgodkjenning. Kartleggingen omfatter også sykepleiere som var under utdanning mens datainnsamlingen pågikk.

Omfang og kjennetegn ved allmennsykepleiere

Registerdata om gruppen av sykepleiere som kvalifiserer til spesialistgodkjenning i avansert klinisk allmennsykepleie finnes kun fram til 2022 og ivaretar derfor ikke de siste årenes utvikling. Basert på en gjennomgang av ulike datakilder, kan vi likevel anslå at det i 2024 finnes mellom 205 og 220 allmennsykepleiere i Norge. I tillegg til disse kommer de som er under utdanning nå.

Allmennsykepleierne er spredt over hele landet, men det er klart færre i de nordligste fylkene – i Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark. Vår spørreundersøkelse indikerer at de aller fleste av allmennsykepleierne arbeider i kommunen. De er spredt mellom ulike tjenestesteder, men det er likevel flest som jobber i hjemmetjenesten og på institusjoner.

Videre finner vi at allmennsykepleierne i kommunene kjennetegnes av å være faglig dedikerte og stabile arbeidstakere. Mange har lang ansiennitet i kommunen, og de aller fleste jobber i store og hele stillinger. Når det gjelder arbeidstid, synes ordinær turnus

med dag-, kveld- og helgearbeid å være det vanligste, men vi finner også at en andel jobber kun dagtid eller i tredelt turnus med nattarbeid.

Oppgaver og utnyttelse av kompetanse

Når det gjelder oppgaver og ansvarsområder finner vi at det er stor variasjon i hvilke arbeidsoppgaver og roller allmennsykepleiere har i de kommunale tjenestene. Selv om det er variasjon, er både ledere og allmennsykepleiere omforent om at deres kompetanse bidrar til kvalitetsforbedring i tjenestene.

Spørreundersøkelsen viser at de fleste av våre respondenter har påtatt seg eller fått nye oppgaver og ansvar som følge av at de har tatt masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. Et flertall opplever å ha nytte av alle de sentrale kompetansefeltene i utdanningen i sitt daglige arbeid. Kliniske ferdigheter og kunnskap framstår som en spesielt viktig kompetanse, men mange oppgir samtidig også å ha oppgaver knyttet til fagutvikling og kollegaveiledning.

Selv om nærmest alle opplever å nyttiggjøre seg av kompetansen, har færre enn halvparten av allmennsykepleierne som vi har kartlagt fått en ny stillingsbeskrivelse. Med andre ord bærer dagens situasjon i mange kommuner preg av manglende formalisering og forankring av allmennsykepleierrollen. Dette legger, ifølge allmennsykepleierne selv og lederne, en demper på deres bidrag til kvalitets- og tjenesteutvikling i kommunen.

Det er likevel flere eksempler på kommuner som har gjort endringer i tjenesteorganisering og oppgavefordeling for å bedre utnytte seg av allmennsykepleiernes kompetanse. Vi har sett nærmere på tre varianter: fagsykepleier på sykehjem, allmennhelseteam på legekontor og tverrfaglig team i hjemmetjenesten. Disse tre variantene har til felles at de har løsninger eller funksjoner som er tilpasset lokale behov. De er utviklet over tid i samarbeid med allmennsykepleierne selv, ledere på flere nivåer og berørte yrkesgrupper eller avdelinger.

Mangel på strategisk planlegging rundt allmennsykepleierens kompetanse

Overordnet finner vi at kommuner i liten grad har gjort strategiske vurderinger av bruken av avanserte kliniske allmennsykepleiere. Initiativet til utdanningen synes å nærmest alltid ha kommet fra allmennsykepleierne selv, og ikke som et resultat av strategiske eller systematiske kompetansevurderinger. Samtidig indikerer våre data at kommunen som arbeidsgiver legger til rette for at sykepleiere kan ta utdanningen. Det statlige lønnstilskuddet synes å bidra til kommunens evne til å tilrettelegge.

Videre synes prosessen med å etablere nye stillinger eller funksjoner i stor grad å lene seg på allmennsykepleiernes eget initiativ. Gitt at utdanningen og sykepleierrollen er relativt ny, er det naturlig og forståelig at allmennsykepleierne selv må forklare sine ledere om hva som ligger i deres kompetanse.

Manglende kjennskap til eller forståelse av allmennsykepleiernes kompetanse synes fortsatt å være relativt utbredt blant kommunale ledere. Samtidig framstår det som at mange kommuner har en lite proaktiv strategi som kjennetegnes av svak eller treg involvering i å kartlegge hvilke behov man har og hvordan allmennsykepleierne kan bidra til å løse dette behovet. Dette kan nok delvis forklares av manglende økonomisk

handlingsrom og tid til å tenke strategisk rundt kompetanse- og tjenesteutvikling, spesielt på det enkelte tjenestestedet.

Veien videre

På bakgrunn av kartleggingen av allmennsykepleiere og bruk av disse i kommunene, er vår oppfatning at det ikke finnes én optimal modell for hvordan allmennsykepleieres kompetanse kan utnyttes best mulig i kommunale helse- og omsorgstjenester. Variasjon i lokale behov krever fleksible løsninger basert på kartlegging og samarbeid mellom ledere, faggrupper og allmennsykepleiere.

Vi konkluderer også med at det er behov for bedre forankring av utdannelsen og kompetansen allmennsykepleierne kan tilføre de kommunale tjenestene. Bedre forankring krever innsats fra kommunene selv, men også støtte fra nasjonale myndigheter gjennom informasjonsspredning.

Fordi mange ikke har fått nye, formaliserte stillinger, er det heller ikke så mange eksempler på større oppgave- eller ansvarsforskyvninger mellom allmennsykepleieren og andre fagpersoner, som leger. Vi har derfor ikke nok kunnskap om utvidede rettigheter står i veien for god utnyttelse av allmennsykepleiernes kompetanse. Å gi allmennsykepleiere utvidede rettigheter, som medisinforskrivning, bør vurderes basert på mer erfaring og et større kunnskapsgrunnlag enn vi har i dag.

Til sist finner vi at bredden i utdanningen er en fordel for å møte kommunenes økte ansvar for komplekse pasientgrupper. Samtidig bør kliniske ferdigheter også styrkes i grunnutdanningen. Framover bør man se på samordningen mellom bachelor- og masterutdanning for å sikre arbeidslivsrelevans og rom for spesialisering.

1 Introduksjon

I februar 2020 trådte to forskrifter om sykepleierutdanningen i kraft. Én forskrift omhandlet spesialistgodkjenning for sykepleiere med master i avansert klinisk allmennsykepleie, og den andre var en ny nasjonal retningslinje for denne masterutdanningen. Spesialistgodkjenningen var den første og eneste av sitt slag i Norge. Disse to forskriftene danner et utgangspunkt for å etablere en ny sykepleierrolle i kommunale helse- og omsorgstjenester, nemlig den avanserte kliniske allmennsykepleieren.¹ Formålet med denne nye yrkesrollen for sykepleiere var å styrke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Utdanningen er ment til å gi kandidatene en utvidet breddekompetanse til å ivareta alle pasienter, men spesielt de med kroniske eller sammensatte helsestilstander. I tillegg skal en allmennsykepleier kunne bidra til innovasjons-, endrings- og forbedringsarbeid i tjenestene (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020, § 2). I denne rapporten gir vi en oversikt over omfanget av allmennsykepleiere i Norge og drøfter utvikling av denne nye sykepleierollen. Dette innebærer kartlegging av hvor og hvordan disse sykepleierne jobber i dag, inklusive roller og oppgaver de utfører. Vi vektlegger i hovedsak allmennsykepleierne som jobber i kommunal sektor. Vi drøfter om kompetansen de har opparbeidet seg gjennom mastergraden oppleves som relevant for utviklingen av tjenestetilbudet og kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og om hvilke barrierer kommunene og sykepleierne selv har møtt på i introduksjonen av denne rollen.

Det har vært gjennomført studier av avanserte kliniske sykepleieres kompetanse, roller og barrierer knyttet til etablering av nye roller tidligere, men denne rapporten er den første brede kartleggingen av allmennsykepleiere i Norge etter at de to forskriftene kom på plass i 2020.² Rapporten er særlig aktuell i lys av at programgruppen for retningslinjene for avansert klinisk allmennsykepleie skal vurdere behov for revidering av retningslinjene for utdannelsen.³

1.1 Definisjoner

I rapporten lener vi oss på de to forskriftene som ble etablert i 2020; vi definerer allmennsykepleiere som sykepleiere som kvalifiserer til å bli spesialister i avansert klinisk

¹ Den avanserte kliniske allmennsykepleieren er i flere sammenhenger omtalt som en AKS – som er forkortelsen for Avansert Klinisk allmennsykepleier. Noen av våre informanter referer til seg selv som «AKS», mens andre bruker allmennsykepleier. I prosjektet bruker vi i hovedsak allmennsykepleier.

² Tidligere forskning har blant annet undersøkt utviklingen av klinisk kompetanse blant masterstudentene (Taylor, 2023), implementeringen av allmennsykepleieren på legevakt og akuttmottak (Hansen et al., 2021; Boman et al., 2021), samarbeid mellom fastleger og allmennsykepleiere (Lerstang et al., 2023), og muligheter og barrierer for utviklingen av allmennsykepleierollen i andre deler av primærhelsetjenesten (Bing-Jonsson, 2019; Hansen et al., 2020). Mange av disse forskningsstudiene kom ut av forskningsprosjekt kalt "Providing person-centred healthcare – by new models of advanced nursing practice in cooperation with patients, clinical field and education", ledet av Lisbeth Fagerstrøm ved Universitetet i Sørøst-Norge.

³ Dette arbeidet går under navnet RETHOS: RETningslinjer for Helse og Sosialfagene. RETHOS-arbeidet innebærer en endring av styringssystemet for alle helse- og sosialfag i UH-sektoren. Det ble etablert programgrupper, bestående av representanter for tjenester og UH-sektoren, for å utvikle retningslinjer (som senere ble forskrifter) for alle utdanningene innen helse og sosialfag. <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/programgruppe/id2569506/>

allmennsykepleie. Dette innebærer at en allmennsykepleier har tatt en *mastergrad* i avansert klinisk sykepleie mellom 2014 og 2020, eller i avansert klinisk allmennsykepleie etter 2020. Vi inkluderer også sykepleiere som er under utdanning til å kunne bli kvalifisert til å bli spesialister.

Dette innebærer også at dersom en sykepleier har tatt en utdanning med tilgrensende kompetansemål på masternivå eller en annen videreutdanning på lavere nivå, faller de utenfor definisjonen. Begrunnelsen for definisjonen utdypes ytterligere i kapittel 2.

I rapporten skiller vi videre mellom masterutdanning og videreutdanning. En videreutdanning er definert som en formell utdanning som ikke har stort nok omfang til å gi en grad. Det vil si at f.eks. en utdanning på 10 studiepoeng, enten på bachelornivå eller masternivå, omtales som videreutdanning. En mastergrad krever 120 studiepoeng. Det eksisterer flere videreutdanninger for sykepleiere som har fullført bachelorgrad. Disse videreutdanningene varierer fra enkeltemner i for eksempel sårbehandling til årstudier på 60 studiepoeng i for eksempel kreftsykepleie.

1.2 Forskningsspørsmål

I rapporten ser vi på tre dimensjoner av utviklingen av allmennsykepleieren:

- omfang av allmennsykepleiere i Norge
- allmennsykepleieres roller og oppgaver i kommunene
- kommunenes strategiske planlegging og bruk av allmennsykepleiere

På bakgrunn av disse tre overordnende temaene har vi definert tre hovedproblemstillinger og ti empiriske underproblemstillinger. Vi spør:

1. Hva er omfanget av allmennsykepleiere i dag, og hvor jobber de?
 - a) Hvilke stillingsprosjenter og turnover har de?
 - b) I hvilke kommuner og landsdeler jobber de?
 - c) Hvor mange jobber andre steder enn i kommunen?
2. Hvilke arbeidsoppgaver og roller har allmennsykepleiere i kommunene, og hvordan benyttes kompetansen de har opparbeidet seg?
 - a) I hvilke tjenesteområder jobber allmennsykepleierne?
 - b) Har de fått nye arbeidsoppgaver i etterkant av utdanningen?
 - c) Har de fått nye roller/stillinger i etterkant av utdanningen?
3. I hvilken grad er innføring av allmennsykepleiere i kommunene strategisk planlagt?
 - a) Er det sykepleieren selv eller kommunen som tar initiativet til å ta mastergraden?
 - b) I hvilken grad har masterutdannelse innen avansert klinisk allmennsykepleie ført til endringer i organiseringen av kommunale helse- og omsorgstjenester?
 - c) Hvilke planer for bruk av allmennsykepleiere og deres kompetanse er etablert i kommunene?
 - d) Hvilke barrierer opplever kommunesektoren for å nyttiggjøre seg allmennsykepleiere i tjenestene?

Omfangsbeskrivelsene danner grunnlaget for å undersøke hvilke arbeidsoppgaver og roller allmennsykepleiere har i kommunene. Analysen av hvilke (nye) roller og oppgaver allmennsykepleiere har danner utgangspunktet for å undersøke grad av strategisk tending og planlegging rundt bruken av allmennsykepleierne og deres kompetanse i kommunal sektor.

1.3 Gangen i rapporten

I kapittel 2 beskrives det siste tiårets utvikling av avansert klinisk allmennsykepleie som utdanning og rolle i kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne gjennomgangen ligger til grunn for vår definisjon av hva en avansert klinisk allmennsykepleier er i Norge i dag.

I kapittel 3 presenteres metodene vi har benyttet oss av for å utforske rapportens problemstillinger. Vi bygger på en metodetriangulering av spørreundersøkelser, kvalitative casestudier og dokumentanalyse.

I kapittel 4 beskriver vi kjennetegn ved gruppen av avanserte kliniske allmennsykepleiere i dag, i hovedsak kartlagt gjennom spørreundersøkelsen. Vi ser på disse sykepleierens alder, ansiennitet og stillingsstørrelse, samt i hvilke sektorer og tjenestesteder de arbeider. I siste del av kapitlet diskuterer vi også hva som kjennetegner de som jobber andre steder enn i kommunen.

I kapittel 5 drøfter vi i hvilken grad kommunene tenker strategisk rundt det å utdanne sykepleiere til å ta en master i avansert klinisk allmennsykepleie og/eller om de tilrettelegger for at det skal kunne gjøres.

Kapittel 6 omhandler hvilke arbeidsoppgaver allmennsykepleierne har i kommunen. Vi ser på i hvilke kompetanser de benytter seg av sitt daglige arbeid, og i hvilken grad de oppgir å ha nytte av ferdighetene og kunnskapene de har fått gjennom masterutdanningen.

I kapittel 7 ser vi nærmere på graden av formalisering rundt allmennsykepleiernes rolle i kommunen. Vi ser på om allmennsykepleierne har fått nye stillingsbeskrivelser og avsatt tid til oppgaver eller ansvarsområder tilknyttet deres kompetanse. Videre gir vi noen eksempler på hvilke roller eller funksjoner allmennsykepleiere har i ulike kommuner i dag.

I kapittel 8 drøfter vi mulige årsaker til at bruken av allmennsykepleiere er så forskjellig fra kommune til kommune. En særlig sentral årsak er at bruken er tilpasset lokale behov.

Kapittel 9 er et konklusjonskapittel, der vi også drøfter mulige grep for at allmennsykepleiere i framtida kan benyttes på en enda bedre måte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

2 Utviklingen av utdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie i Norge

I dette kapitlet beskriver vi hvordan etableringen av en masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie har utviklet seg i Norge og hvem som har vært sentrale aktører i denne utviklingen. Vi vil også drøfte bakgrunnen for introduksjonen av master i avansert klinisk allmennsykepleie, altså hvilke utfordringer i helse- og omsorgstjenestene allmennsykepleieren har blitt presentert som en løsning på.

2.1 «Advanced practice nurse» og «Nurse practitioner» i Nord-Amerika

Det som på norsk kalles avansert klinisk allmennsykepleier er overlappende med det opprinnelig amerikanske begrepet «nurse practitioner» – en sykepleierrolle som ble utviklet i USA på 1960-tallet. Sykepleiere i denne rollen arbeidet i primærhelsetjenesten og hadde et utvidet ansvar for å diagnostisere og behandle barn og for organisering av klinikken (ICN, 2008a). Tilsvarende rolle ble også utviklet i Canada og i andre land i Mellom-Amerika på 1970-tallet. Også her fikk sykepleierne utvidet ansvar og autonomi i primærhelsetjenesten (Delamaire & Lafortune, 2010; Fagerström, 2019). Donald et al. (2010) beskriver at bakteppet for utviklingen av en utvidet sykepleierrolle i Canada var legemangel i mange provinser.

Det internasjonale forbundet for sykepleiere (International Council of Nurses – ICN) omtaler Nurse practitioner (NP) som en type eller variant av en «advanced practice nurse» (APN). ICN definerer en APN som:

“[...] one who has acquired, through additional education, the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded nursing practice, the characteristics of which are shaped by the context in which they are credentialed to practice (ICN 2008a).”

APN kan forstås som en større paraply som dekker flere typer av sykepleiere med utvidet klinisk kunnskap og ferdigheter. NP har, ifølge ICN, også noen særtrekk som skiller denne rollen fra andre avanserte kliniske sykepleiere. NP-rollen kjennetegnes ved at de hovedsakelig jobber i primærhelsetjenesten og ved at de innehar en «klinisk breddekompetanse». Slike sykepleiere kan gjennomføre kartlegginger av nye pasienter, rutinemessige oppfølgninger av pasienter med kronisk sykdom og i noen land skrive ut medisiner og bestille tester (ICN, 2008a). I en OECD-rapport sammenligner forfatterne NP-rollen med en allmennlege, fordi en NP også er en spesialisert «generalist» og fordi de ofte overtar oppgaver fra allmenn- eller fastlegene (Delamaire & Lafortune, 2010).

Nurse practitioner-rollen har utviklet seg over tid i Nord-Amerika, og den har spredd seg til nye land i Europa og Asia. Kjernen i NP-rollen kan sies å være den kliniske breddekompetansen og at arbeidsplassen typisk er innenfor primærhelsetjenesten. Felles for flere av landene som har innført denne yrkesrollen for sykepleiere er et ønske om

bedre koordinerte tjenester, mer helhetlige pasientforløp og oppfølging av brukere med kroniske eller komplekse sykdommer. Et overordnet mål kan dermed sies å være å øke kompetansen rundt pasientbehandling i primærhelsetjenesten for å unngå reinnleggelser og henvisning til spesialisthelsetjenester (Fagerstrøm, 2019).

Det er variasjon i hvilke tjenester slike nurse practitionerer jobber i, hvor høyt nivået på videreutdanningen er og hvilke rettigheter eller arbeidsbeskrivelse (scope of practice) de har. Det internasjonale forbundet for sykepleiere (International Council of Nurses – ICN) definerer mastergrad som et minstekrav for å fungere som en NP, mens det i praksis varierer hvor lang videreutdanning sykepleiere som opererer som NP har i og mellom land. Videre varierer det i hvilken grad deres arbeidsbeskrivelser er klart definert, og om de er utvidet sammenlignet med en ordinær sykepleier. I noen land har lisensiert NP forskrivningsrett, mens i andre land har de det ikke.

2.2 Etablering av nye masterutdanninger i Norge og økt politisk interesse

På starten av 2010-tallet begynte norske utdanningsinstitusjoner å etablere master- og videreutdanninger innenfor avansert klinisk sykepleie. Høgskolen i Ålesund, Lovisenberg Diakonale høgskole og Universitet i Oslo var blant de første utdanningsinstitusjonene til å etablere masterstudier i avansert klinisk sykepleie og i avansert geriatrisk sykepleie. Disse utdanningene hadde, ifølge Fagerstrøm (2019), som formål å utdanne studenter til en mer selvstendig sykepleierrolle, og gi dem kompetanse til å kunne ta større ansvar i klinisk praksis. På Høgskolen i Ålesund vektla masterutdanningen spesielt kronisk syke, og den rettet seg mot både ansatte i de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten. Masterutdanningen ved Universitetet i Oslo vektla geriatri, altså eldre pasienter. Disse første utdanningene kan dermed sies å falle inn under den bredere paraplyen av «advanced practice nursing», altså avansert klinisk sykepleie.

Flere høyskoler fulgte etter og utviklet sine videreutdanningstilbud innen avansert klinisk sykepleie. Samtidig som videreutdanningstilbudet utviklet seg, økte den politiske interessen for rollen avansert klinisk allmennsykepleier i kommunale helse- og omsorgstjenester. I Meld. St. 26 (2014–2015, s. 60) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* framgår det at daværende regjering (Solberg I):

[...] mener at det etter modell av nurse practitionerer bør utredes etablering av nye kliniske videreutdanninger for sykepleiere på mastergradsnivå rettet mot oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I Stortingsmeldingen blir altså etableringen av en NP-lignende utdanning og rolle løftet fram som en løsning på kompetanseutfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Behovet for styrket kompetanse begrunnes videre av at kommunen har ansvar for flere brukere med mer komplekse og sammensatte sykdomstilstander og behov enn tidligere, som følge av økte behov i befolkningen og endringer i arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 26 (2014–2015)). I meldingen argumenterer regjeringen for at det er behov for «mer og bredere» klinisk kompetanse i tjenestene, og trekker spesielt fram «nurse practitionerer» som et eksempel på et kompetanseløft for sykepleiere i de kommunale helse- og

omsorgstjenestene. Det vises til erfaring fra andre europeiske og nord-amerikanske land, og framheves at en slik sykepleierutdanning og -rolle kan bidra til å sikre nødvendig breddekompetanse på et høyt nivå, i tillegg til å bygge opp under ny teamorganisering og oppgavedeling i tjenestene. I meldingen pekes det med andre ord spesielt mot en utdanning og rolle rettet mot utfordringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

I samme stortingsmelding framgår det også at den daværende regjeringen ville utrede en endring av offentlig spesialistgodkjenning slik at sykepleiere med kliniske videreutdanninger kunne bli offentlig godkjente spesialister (Meld.St. (2014–2015), s. 61). I meldingen beskrives spesialistgodkjenning som en mulighet til å gi nasjonale helsemyndigheter bedre styring over utdanningsinnholdet og til å etablere en enhetlig nasjonal standard for utdanningen. Dette kan igjen, ifølge regjeringen, bidra til å tydeliggjøre de masterutdannende sykepleiernes kompetanse for arbeidsgivere i kommunen (Meld.st. 2014–2015, s. 61).

I forlengelsen av Stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten ble det i 2015 etablert et lønnstilskudd for kommuner som utdannet sykepleiere innen avansert klinisk sykepleie. Formålet med lønnstilskuddet var å stimulere kommunene til å videreutdanne sykepleiere innen avansert klinisk sykepleie. Lønnstilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og brukes for å dekke lønnskostnader og andre studierelaterte utgifter. Siden 2015 har 120 kommuner mottatt midler til å utdanne avanserte kliniske (allmenn)sykepleiere.

2.3 Utredning av utdannings- og kunnskapsbehov

På bakgrunn av redegjørelsene i stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten fikk Helsedirektoratet i 2016 i oppdrag å utrede en videreutdanning for sykepleierne. Dette arbeidet innebar å

1. gjennomgå dagens (daværende) videreutdanningstilbud for sykepleiere
2. vurdere om disse møter dagens behov
3. drøfte behov for nye masterutdanninger

I første rapport fra 2017 beskriver Helsedirektoratet at de gjennomgikk forskning om avansert klinisk sykepleie og innhentet synspunkter fra berørte aktører for å vurdere behovet. Aktørene som ble konsultert var først og fremst fra universitets- og høyskolesektoren, helse- og omsorgssektoren og Norsk sykepleierforbund (NSF). Tilbakemeldingene fra aktørene bekreftet for Helsedirektoratet at

[...]de norske videreutdanningene i sykepleie er godt utbygget og svarer på viktige behov *primært i spesialisthelsetjenesten*. Endringer i sykdomsbilde og organisering av tjenestene gjør likevel at behovet for breddekompetanse, spesielt i kommunale helse- og omsorgstjenester, i begrenset grad imøtekommes av det nåværende utdanningstilbudet. (Helsedirektoratet, 2017, s. 7, egen utheving)

På bakgrunn av kartleggingene konkluderte Helsedirektoratet med at det er behov for en utvidet breddekompetanse, herunder avansert kunnskap om de mest alminnelige lidelsene samt utvidet vurderings- og handlingskompetanse (Helsedirektoratet, 2019).

Konklusjonen til direktoratet var at det bør innføres to nye videreutdanninger på master-nivå i avansert klinisk sykepleie, der en av dem var master i allmennsykepleie. Den andre var master i barn, unge og familie. Det utdypes at masteren i allmennsykepleie skal kunne gi kompetanse til å arbeide med brukere med sammensatte lidelser og komplekse behov. Disse gruppene inkluderer spesielt eldre pasienter, men også pasienter med psykiske helseutfordringer og rusproblematikk.

I 2018 fikk Helsedirektoratet et nytt oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utarbeide et forslag til nasjonal studieplan for ny master i avansert klinisk allmennsykepleie. Dette var en oppfølging av arbeidet fra 2016–2017, og innebar også en spissing mot én mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie. I oppdragsbeskrivelsen ble det også presisert at en slik utdanning skulle innrettes mot «de samlede behovene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten». Her skulle også pasient-/brukergruppen barn og unge inngå, men det skulle avgrenses opp mot innholdet i helsesykepleier- og jordmorutdanningene. Dette signaliserte dermed en politisk satsing på én bredere utdanning innen allmennsykepleie istedenfor to, slik som Helsedirektoratet foreslo i sin første rapport.

2.4 Ny spesialistgodkjenning og overgang mot ny nasjonal utdanningsstandard

På bakgrunn av Helsedirektoratets utredningsarbeid ble det i 2020 utarbeidet en forskrift om spesialistgodkjenning og en forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie.

Forslaget til innhold i masterutdanningen ble utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med universitets- og høyskolesektoren, KS, kommuner og NSF, mens utviklingen av selve forskriften var et samarbeid mellom Helsedirektoratet og RETHOS-sekretariatet.⁴ I den nasjonale retningslinjen for masterutdanningen står det at formålet med utdanningen er å bidra til «å styrke kvaliteten på helse- og omsorgstjenester i kommunen.» Fire kompetanseområder er løftet fram:

1. klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse
2. helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning
3. faglig ledelse og koordinering
4. kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og innovasjon

Av retningslinjen framgår det at sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie skal ha tilegnet seg omfattende klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse, og skal kunne arbeide selvstendig og i nært samarbeid med leger og annet helsepersonell.

⁴ RETHOS er et styringssystem/prosjekt som skal utvikle og revidere nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger. Organiseringen av RETHOS har som formål å styrke tjenestenes innflytelse på det faglige innholdet i utdanning, og slik sett sikre at utdanningene er utformet i tråd med tjenestenes kompetansebehov. RETHOS er et samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet (KD), Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID), Barne- og familiedepartementet (BFD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

2.5 Dagens studietilbud

Som tidligere beskrevet, ble masterutdanningene innen avansert klinisk sykeutviklet på 2010-tallet. Disse utdanningene har variert i både innhold og lengde, og de ble utviklet etter initiativ fra utdanningsinstitusjonene selv eller i samarbeid med tjenestene (Helse- direktoratet, 2019).

Da forskriften om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmenn- sykepleie kom på plass i 2020, hadde flere utdanningsinstitusjoner allerede etablert master- og videreutdanninger i avansert klinisk allmennsykepleie, eller tilgrensende felt, slik som geriatrik sykepleie eller kronisk sykdom. Noen av disse måtte følgelig revideres eller endres i tråd med retningslinjen for å kvalifisere studenter til spesialistgodkjen- ningen som avansert klinisk allmennsykepleier. Noen utdanningstilbud ble avviklet, mens andre er endret i tråd med forskriften. Det eksisterer fortsatt noen andre videre- og masterutdanninger innen det bredere feltet av avansert klinisk sykepleie, men som ikke kvalifiserer til spesialistgodkjenning. Et eksempel er Lovisenberg Diakonale Høys- koles masterprogram i avansert klinisk sykepleie med spesialisering i allmennsykepleie, som retter seg mot sykepleiere i sykehus som ønsker å utvikle sin kliniske vurderings- og handlingskompetanse. Denne mastergraden er med andre ord rettet mot arbeid i sy- kehus, ikke kommunale tjenester, og med et snevrere fokus på klinisk praksis og pasi- entbehandling enn det master i avansert klinisk allmennsykepleie har.

I 2024 tilbød åtte høyskoler og universiteter master i avansert klinisk allmennsykepleie. Noen av disse hadde allerede etablert en masterutdanning før 2020, mens andre har enten tilpasset tidligere mastertilbud i tråd med forskriften om master i klinisk allmenn- sykepleie eller etablert en ny masterutdanning etter 2020. På grunn av økonomiske ut- fordringer sliter flere av universitetene og høyskolene med å opprettholde dette studie- tilbudet. NTNU, med campus i Ålesund, Trondheim og Gjøvik, har for eksempel tilbudt masterutdanningen fram til i år, men tar nå ikke inn nye studenter (Dolonen, 2024).

Som tabell 2.1 viser, er alle masterutdannelsene lokalisert på Øst- eller Vestlandet, unn- tatt én i Agder. Det er ingen utdanningsinstitusjoner nord for Molde som per dags dato tilbyr masterutdanningen. Samtidig kjennetegnes studietilbudet av at de er samlingsba- serte deltidsstudier, med innslag av digital undervisning. Dette gjør at studietilbudet er mer tilgjengelig for sykepleiere bosatt i andre deler av landet, selv om lang reisevei og kostnader knyttet til reise nok gjør at utdanningen er mindre tilgjengelig for sykepleiere bosatt i Nord-Norge.⁵

Tabell 2.1 Oversikt over utdanningstilbud innen avansert klinisk allmennsykepleie

Utdanningsinstitusjon	Studiested	Studietakt (heltid/deltid)	Undervisningsform (digitalt/fysisk)
Høgskolen i Innlandet (INN)	Elverum, Innlandet	Deltid	Fysisk – samlingsbasert
Høgskolen i Molde	Molde, Møre og Romsdal	Deltid	Fysisk

⁵ To av informantene i prosjektet hadde tatt utdannelsen på et studiested langt unna bostedet.

Utdanningsinstitusjon	Stuedsted	Studietakt (heltid/deltid)	Undervisningsform (digitalt/fysisk)
Høgskolen på Vestlandet	Haugesund, Førde og Bergen, Vestland	Deltid	Digitalt og samlingsbasert
Høgskolen i Østfold	Fredrikstad, Østfold	Heltid	Fysisk
Lovisenberg diakonale høgskole	Oslo	Deltid / Heltid	Digitalt og samlingsbasert
Universitet i Agder	Kristiansand og Grimstad, Agder	Deltid	Fysisk
Universitet i Sørøst-Norge	Drammen og Borre, Vestfold og Buskerud	Deltid	Samplingsbasert
VID vitenskapelige høgskole	Bergen, Vestland	Deltid	Samplingsbasert

Den nasjonale retningslinjen for masterutdanningen og spesialistforskriften vil trolig over tid bidra til et mer enhetlig utdanningstilbud innen avansert klinisk allmennsykepleie. I skrivende stund finnes det også masterutdanninger som grenser til avansert klinisk allmennsykepleie. Perioden vi er inne i nå kan forstås som en overgangsfase, der et tidligere variert utdanningstilbud innen avansert klinisk sykepleie standardiseres etter et nasjonalt vedtak.

2.6 Kritikk av masterutdanningen

Deler av universitets- og høyskolesektoren, i tillegg til Den norske legeforening, har uttrykt skepsis til masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie. Tvilen ble tydelig da forskriften til masterutdanningen var på høring i 2019.

I sine høringsuttalelser var aktører i universitets- og høyskolesektoren positive til etableringen av en ny klinisk masterutdanning rettet mot behovene i primærhelsetjenesten. Samtidig pekte mange på at den ville favne for mange oppgaver og pasientgrupper til at det var mulig å sikre dybdekunnskap innenfor rammene av en masterutdanning. For eksempel skrev Høgskolen på Vestlandet og Universitetet i Oslo dette i sine høringssvar:

Det er urealistisk at alle de områdene som nå omhandles skal kunne ha et tilfredsstillende nivå innen ett og samme masterprogram. (Høgskolen på Vestlandet, 2019, s. 2)

Slik den presenteres, så vil den foreslåtte mastergraden vanskelig kunne gi tilstrekkelig fordypning til å dekke en slik bredde. All erfaring og praksis tilsier at en omfattende breddekompetanse blir for generell, og at mulighet for fordypning vil være avgjørende for at utdanningen skal kunne dekke brukernes behov. (UiO, 2019, s. 2)

Legeforeningens kritikk dreier seg også om at de synes at masterutdanningen er for bred og ambisiøs, og med uklare avgrensinger av læringsutbytte og ansvar. Dette gjelder både for grensene mellom AKS og andre profesjoner, slik som allmennlegene, og om de skal ha et selvstendig medisinsk behandlingsansvar. Legeforeningen mener at et utdanningsløp over to år ikke er tilstrekkelig for å tilegne seg kompetansen som kreves

for å fylle den foreslåtte AKS-rollen, og at AKS derfor ikke skal ha ansvar for å utrede, behandle eller henvise pasienter videre (Den norske legeforening, 2019a; 2019b).

Noen aktører foreslo også mulige avgrensninger. NSF la til grunn at AKS skal være avgrenset til den voksne befolkningen (Norsk sykepleierforbund, 2019). UiO og Lovisenberg mente at AKS burde avgrenses til pasienter eller brukere med komplekse sykdomstilstander (Lovisenberg Diakonale Høyskole, 2019; Universitetet i Oslo, 2019). Høgskolen på Vestlandet mente, i likhet med NSF, at masteren bør avgrenses tydeligere til voksne pasientgrupper, og at klinisk fagledelse burde være et gjennomgående fagområde (Høgskolen på Vestlandet, 2019).

Kort oppsummert har kritikken mot mastergraden i avansert klinisk allmennsykepleie handlet om at den er for omfattende og bred til å sikre dybde som en mastergrad skal gi.

2.7 Hva er en avansert klinisk allmennsykepleier i dag?

Som dette kapitlet har vist, har utdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie, og dermed også rollen som avansert klinisk allmennsykepleier, utviklet seg over tid i både norsk og internasjonal kontekst. I Norge bar den første perioden preg av at utdanningsinstitusjonene selv etablerte utdanningsprogrammer innenfor det bredere fagfeltet *avansert klinisk sykepleie*. *Allmennsykepleie* ble lagt til da Helsedirektoratet leverte sin anbefaling om videreutdanningstilbudet for sykepleiere i 2016, og var skrevet inn da regjeringen Solberg II sendte forskriften om ny nasjonal masterutdanning på høring i 2019.

Siden utdannelsene har utviklet seg over tid, har det skapt noe forvirring rundt akkurat hva en avansert klinisk (allmenn)sykepleier er – og hva det ikke er. Før de nasjonale forskriftene om masterutdanning og spesialistgodkjenning kom på plass, hadde man heller ikke en felles, nasjonal definisjon av hva som krevdes av utdanningsnivå og kvalifikasjoner for å defineres som en avansert klinisk (allmenn)sykepleier. I denne perioden ble begrepet avansert klinisk sykepleier oftest brukt, og hvis vi lener oss på den internasjonale definisjonen av «advanced practice nurse», er dette en tittel som favner noe bredere enn en avansert klinisk allmennsykepleier.

Som følge av endringene i 2020, har vi i dag en mer avgrenset definisjon for en avansert klinisk allmennsykepleier. De som kvalifiserer til spesialistgodkjenningen er sykepleiere som har mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie, eller som før 2020 har tatt mastergrad i avansert klinisk sykepleie. En mastergrad i avansert klinisk (allmenn)sykepleie innebærer at man har «breddekompetanse til å håndtere sykepleiefaglige problemstillinger på individ-, gruppe- og systemnivå» (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020, § 2).

En mastergrad innen avansert klinisk allmennsykepleie innebærer at man har en mer omfattende klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse enn en sykepleier med bachelorutdanning. En allmennsykepleier skal ha kunnskap og kompetanse til å gi avansert sykepleie til pasienter i alle aldre og med ulike helseutfordringer, men spesielt til pasienter med kronisk sykdom eller med sammensatte somatiske, psykiske og rusrelaterte tilstander. En allmennsykepleiers kompetanse skal være spesielt relevant

for å ivareta brukere og videreutvikle kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Basert på den nasjonale retningslinjen for masterutdanningen kan vi konkludere med at en avansert klinisk allmennsykepleier i norsk kontekst faller inn under den bredere paraplyen av «advanced practice nursing», og kan i den forbindelse spesielt sammenlignes med den opprinnelige amerikanske rollen «nurse practitioner».

I denne rapporten lener vi oss på de to forskriftene som ble etablert i 2020, og definerer avanserte kliniske allmennsykepleiere som sykepleiere som kvalifiserer til å bli spesialist i avansert klinisk allmennsykepleie.

3 Metode

For å finne svar på forskningsspørsmålene i dette prosjektet har vi benyttet oss av både kvalitative og kvantitative metoder. Metodetriangulering gir mulighet til å sammenligne og kryssjekke funn på tvers av ulike kilder (Yin, 2003). Vi har gjennomgått forskning og annen dokumentasjon som beskriver utvikling av allmennsykepleiere, vi har gjennomført en rekke intervjuer i fem casekommuner, vi har analysert registerdata og vi har gjennomført to spørreundersøkelser.

3.1 Litteratur og dokumentgjennomgang

Det første steget i datainnsamlingen var å gjennomgå forskningslitteratur og annen dokumentasjon om avansert klinisk sykepleie i en norsk og internasjonal kontekst.

Vi tok utgangspunkt i Helsedirektoratets oversikt over forskningslitteratur om avanserte kliniske allmennsykepleiere (Helsedirektoratet, uten dato). Denne har ikke blitt oppdatert siden 2021, og vi gjennomførte derfor også egne litteratursøk i Google Scholar og Oria.⁶ Videre har vi gjennomført såkalte «snøballsøk», som innebærer å hente ut referanser fra nøkkelpublikasjoner på feltet.

Vi etablerte ikke strenge relevanskriterier, men gjennomgikk først og fremst studier av norske caser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Siden vi identifiserte få studier som beskriver hvilke roller avanserte kliniske allmennsykepleiere *faktisk* har, valgte vi også å inkludere studier av *mulig* organisering. Vi har inkludert internasjonal forskning der det har vært formålstjenlig.

For å styrke forståelsen av bakgrunnen for å etablere en masterutdanning i klinisk allmennsykepleie, har vi også gjennomgått politiske dokumenter, eksempelvis stortingsmeldinger, strategier og bakgrunnsrapporter.

Forskningslitteraturen og de politiske dokumentene danner utgangspunktet for kapittel 2, som beskriver utviklingen av masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie i Norge. Denne litteraturen har også blitt brukt i utarbeidelse av intervjuguide og spørreundersøkelser, og også i analysen av empirien vi har samlet inn i løpet av prosjektet.

3.2 Kvalitative intervjuer i fem casekommuner

Formålet med intervjuer i casekommuner har vært å få innsikt i hvilke oppgaver og roller allmennsykepleiere har, hvordan kommunene har planlagt for strategisk bruk av allmennsykepleiere og i hvilken grad tilgang på allmennsykepleiere har påvirket organisering av tjenestene. I intervjuene fulgte vi en semistrukturert intervjuguide (Yin, 2003). Med en kombinasjon av lukkede og åpne spørsmål sikret vi at de mest sentrale temaene

⁶ **Oria** er en felles søkemotor for norske fag- og forskningsbibliotek. Her finnes vitenskapelige artikler, bøker, rapporter og master- og phd-avhandlinger fra norske universiteter. Oria inkluderer Idunn, Brage og NORART. **Google Scholar** er en søkemotor som favner internasjonale vitenskapelige dokumenter, forskningsrapporter fra instituttsektoren og annen grålitteratur.

ble dekket i intervjuene, samtidig som vi åpnet for å utforske temaer som informantene selv syntes var viktige.

Det sentrale kriteriet for valg av casekommuner var at kommunene har ansatt sykepleiere som har tatt master i avansert klinisk allmennsykepleie. Ved å gjennomgå registerdata og Helsedirektoratets oversikt over kommuner som har mottatt lønnstilskudd for sykepleiere som tar master i klinisk allmennsykepleie⁷, fikk vi oversikt over hvilke kommuner som hadde mottatt lønnstilskudd, og som dermed trolig hadde allmennsykepleiere ansatt eller i utdanning. Denne oversikten kombinerte vi med egen og oppdragsgivers (KS) kjennskap, mediedekning og tidligere forskning. Dette ga mer innsikt i kommuner som kunne være særlig aktuelle som caser. Videre har vi tilstrebet variasjon i casene med tanke på tjenestesteder der sykepleierne jobber og hvilke roller de har. Til sist har vi også ønsket variasjon i befolkningsstørrelse og geografisk plassering i Norge.

Vi tok kontakt med seks kommuner. Noen av kommunene var kjente foregangskommuner som hadde hatt allmennsykepleiere ansatt i tjenesten over lengre tid og gjort større endringer i tjenesteorganiseringen som følge av dette. Én av kommunene hadde ikke gjort seg så mange erfaringer med allmennsykepleiere ennå. Vi valgte derfor å heller intervju flere informanter i de øvrige fem kommunene framfor å ha et sjettede case.

I hver kommune har vi intervjuet 1) ledere, enten allmennsykepleierens nærmeste leder eller kommunalsjef, 2) allmennsykepleiere, og 3) kollegaer av allmennsykepleierne. Alle intervjuene har vært gjennomført digitalt på Teams. Basert på informantenes eget ønske har vi gjennomført noen individuelle intervjuer og noen gruppeintervjuer. Hvem vi har intervjuet og hvor mange vi har intervjuet i hver kommune, varierer. I noen kommuner har allmennsykepleierne arbeidet spredt rundt på ulike tjenestesteder og -områder. Her har vi følgelig gjennomført intervjuer med flere informanter enn i kommuner der allmennsykepleieren(e) jobber fast på en avdeling. Det har også variert hvor mange som har vært involvert i utviklingen av allmennsykepleiernes roller og oppgaver. Tabell 1.1 gir en oversikt over antall og type informanter per kommune.

⁷ I 2015 ble det etablert en tilskuddsordning som hadde som formål å stimulere til videreutdanning av sykepleiere i norske kommuner, og da spesifikt mastergrader innen avansert klinisk (allmenn)sykepleie. Denne ordningen har vært videreført siden. Tilskuddet skal brukes til å dekke lønnskostnader og andre studierelaterte utgifter og administreres av Helsedirektoratet. Hentet fra Helsedirektoratets hjemmeside: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/lonnstilskudd-for-masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie#regelverk-hvem-kan-fa-tilskudd>

Tabell 3.1 Oversikt over casekommuner

Tjenestested	Kjennetegn ved kommune ⁸	Én eller flere allmennsykepleiere ansatt?	Informanter	Antall informanter
Kommune 1: hjemmesykepleie, fag-team	Østlandet, stor kommune	Flere, samlet i team	Allmennsykepleier med lederansvar, avdelingsledere og virksomhetsleder	4
Kommune 2: AKS-team, samlokalisert med fastlegekontor	Østlandet, mellomstor kommune	Flere, samlet i team	Allmennsykepleier med lederansvar, avdelingsledere omsorgsbolig, sykepleieansatte i omsorgsbolig	5
Kommune 3: legevakt og korttidsavdeling	Nord-Norge, liten kommune	Flere, spredt	Allmennsykepleiere, kommunalsjef	3
Kommune 4: hjemmetjeneste/intermediær avdeling	Østlandet, stor kommune	Flere, spredt	Allmennsykepleiere, sykepleierkollegaer, seksjonsledere	6
Kommune 5: to sykehjem	Vestlandet, stor kommune	Flere, spredt	Allmennsykepleiere, avdelings- og enhetsledere	5

Med dette utvalget har vi forsøkt å fange en del av bredden i kommunale erfaringer med avanserte kliniske allmennsykepleiere, samtidig som vi har fått god innsikt i de lokale forholdene som har påvirket introduksjonen av allmennsykepleiere i hver av kommunene. En styrke ved utvalget er at vi dekker ulike geografiske regioner, og både store, mellomstore og små kommuner. Som tidligere nevnt har noen av kommunene hatt allmennsykepleiere i tjenesten i lengre tid, rundt fem år eller lengre, mens i andre kommuner var det knapt ett år siden de var ferdige med utdanningen.

3.3 Spørreundersøkelser

Vi har gjennomført to spørreundersøkelser. Den ene er rettet mot allmennsykepleiere og den andre er rettet mot ledere på ulike nivåer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet med spørreundersøkelsene var todelt: For det første skulle spørreundersøkelsene bidra til å besvare forskningsspørsmålene om omfangsbeskrivelser og kjennetegn ved allmennsykepleiere. For det andre ønsket vi innsikt i om de kvalitative funnene hadde gyldighet ut over de seks casekommunene. Begge spørreundersøkelsene var digitale, og link ble sendt på e-post gjennom spørreskjemaprogrammet Enalyzer.

Analysen av de lukkede spørsmålene er gjennomført i Excel og presenteres som figurer eller tabeller i rapporten. Fordi utvalgene i begge spørreundersøkelsene er relativt små, har vi valgt å presentere resultater som absolutte tall istedenfor prosenter.

⁸ Beskrivelse av kommunestørrelse er basert på SSBs tredeling av små, mellomstore og store kommuner. Små kommuner har mellom 0 og 4999 innbyggere, mellomstore har mellom 5000 og 19 999 innbyggere og store kommuner har minst 20 000 innbyggere (Kringebotten & Langøren, 2020).

I begge spørreundersøkelsene inkluderte vi flere spørsmål med fritekstsvar. Gjennom å analysere og systematisere fritekstsvarene har vi kryssjekket om funnene fra caseundersøkelsene virker å være typiske, utover disse fem kommunene. En fil med fritekstsvarene er importert og analysert i Nvivo. Nvivo er et kvalitativt dataanalyseprogram, som bidrar med bedre oversikt og systematikk i analysen av kvalitativ tekstdata. Sitater fra spørreundersøkelsenes fritekstsvar er merket med «Fritekstsvar, leder» eller «Fritekstsvar, allmennsykepleiere».

Selv om vi ikke vet hvor representative undersøkelsene er, har de vært svært nyttige for å kartlegge ulike erfaringer med avansert klinisk allmennsykepleie fra ulike ståsteder i et bredt utvalg av norske kommuner.⁹ Spørreskjemaene er lagt ved i sin helhet som et vedlegg.

Undersøkelse rettet mot allmennsykepleiere

For å identifisere respondenter til spørreundersøkelsen rettet mot allmennsykepleiere, fikk vi hjelp av Norsk Sykepleierforbund. NSF har etablert en egen faggruppe for allmennsykepleiere, og de delte kontaktinformasjonen sin om denne med oss. Faggruppen er imidlertid åpen for alle medlemmene i NSF som har interesse for avansert klinisk allmennsykepleie. Det medfører at ikke alle medlemmer i faggruppen er allmennsykepleiere, og ikke alle allmennsykepleiere er nødvendigvis medlemmer i faggruppen. Etter vår vurdering, var bruk av kontaktinformasjonen om medlemmer i denne faggruppen like fullt den mest effektive framgangsmåten for å identifisere allmennsykepleiere til en spørreundersøkelse.

Spørreundersøkelsen ble sendt til totalt 349 respondenter. Første utsendelse skjedde 28. juni 2024. Vi sendte påminnelser to ganger i august. Undersøkelsen ble avsluttet 23. august. Av de 349 respondentene har 151 fullført og 16 gjennomført delvis. Det vil si en responsrate på ca. 48 prosent.

Tabell 1.2 Responsrate, spørreundersøkelse til allmennsykepleiere

Status	Antall respondenter
Avvist	2
Gjennomført	151
Ikke svart	180
Ufullstendig	16
Totalsum	349

Kun elleve respondenter svarte at de ikke hadde tatt eller var i gang med en masterutdanning som kvalifiserer til å bli allmennsykepleier. Disse ble utelatt i den videre analysen. Av respondentene som bare delvis har fullført undersøkelsen, hadde fem kun åpnet

⁹ Vi anslår omtrent 205–220 allmennsykepleiere totalt. Det innebærer at vår undersøkelse har fått svar fra omtrent 40 pst. av ferdigutdannede allmennsykepleiere. Se nærmere omtale i kapittel 4.

undersøkelsen og ikke besvart noen spørsmål eller kun besvart det første spørsmålet. Disse fem respondentene er også ekskludert fra den videre analysen.

Totalt har 151 respondenter, som vi identifiserer som allmennsykepleiere, svart på undersøkelsen, men med noe frafall underveis. Av disse 151 respondentene jobber 114 i kommunal sektor. Respondentene som jobber i kommunal sektor har fått noen flere spørsmål enn de øvrige respondentene.

Spørreundersøkelse rettet mot ledere

Undersøkelsen rettet mot lederne ble sendt til 3017 respondenter. Respondentene er alle medlemmer i NSF sine lister, som har registrert at de har en lederstilling. Undersøkelsen ble sendt 8. august 2024, og vi purret én gang. Undersøkelsen ble avsluttet 30. august 2024.

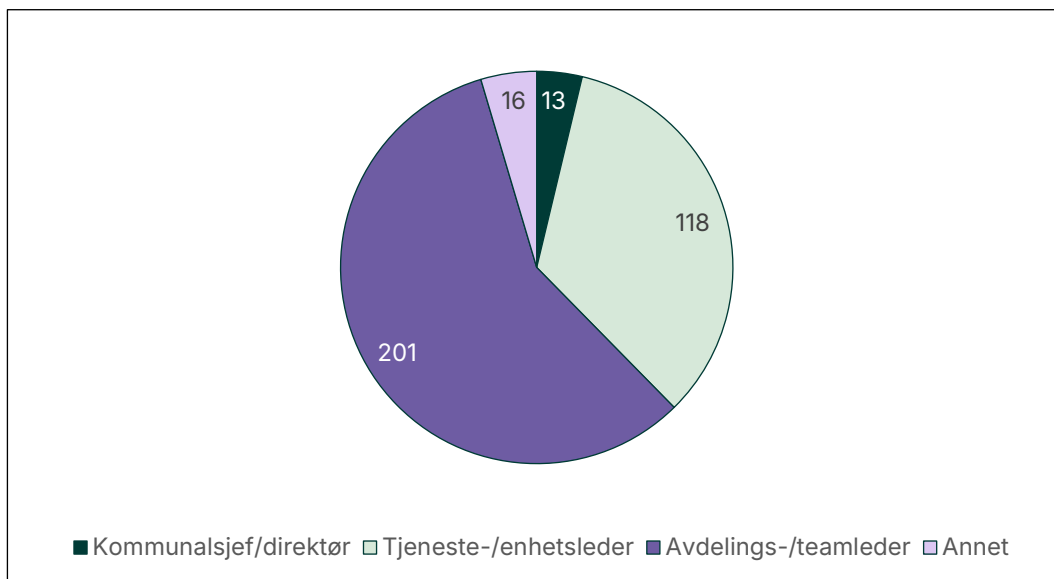
Av de 3017 respondentene, har 319 gjennomført hele undersøkelsen og 60 har gjennomført delvis. Det gir en responsrate på ca. 13 prosent.

Tabell 1.3 Responsrate, spørreundersøkelse til kommunale ledere

Status	Antall respondenter
Avvist	22
Gjennomført	319
Ikke svart	2616
Ufullstendig	60
Totalsum	3017

Av de ufullstendige svarene har 13 bare åpnet undersøkelsen eller kun svart på spørsmålet om hvilket ledernivå de tilhører. Disse er ekskludert fra den videre analysen. Det er i hovedsak tjeneste- eller enhetsledere og avdelings- eller teamledere som har besvart undersøkelsen, ref. figur 1.1. Vi er dessverre ikke kjent med kommunetilhørigheten til disse respondentene. Det innebærer at det for en enkelt kommune vil kunne være flere ledere, og på ulike nivåer, som har besvart undersøkelsen.

Figur 1.1 Ledernivå (n = 319)



3.4 Registerdata

Registerdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB) om utdannings- og arbeidslivsforhold er tatt i bruk for å belyse omfanget av allmennsykepleiere. Datasettet dekker perioden fra 2015 fram til 2022 og inneholder data om samtlige personer mellom 15 og 74 år (arbeidsfør alder). Alle individer er registrert med sin høyeste fullførte utdanning. Ved å bruke NUS-koder¹⁰ kan vi skille ut utdanningsnivåer og utdanningsretninger innen sykepleie. Det er registrert 33 videre- og spesialiseringstudanninger på lavere høyskolenivå (bachelor) og 23 høyere sykepleierutdanninger på høyskole- og universitetsnivå (master). I den siste gruppen finner vi både teoretiske og kliniske masterutdanninger, foruten fem avanserte, kliniske.¹¹ Helsedirektoratet bruker tre NUS-koder når de definerer allmennsykepleiere.¹²

Siden det er et etterslep i registerdata, har vi i hovedsak brukt registerdata sammen med annen data for å anslå omfanget av allmennsykepleiere i Norge.

¹⁰ Norsk standard for utdanningsgruppering (NUS2000) brukes for å gruppere personers utdanningsaktiviteter og personers utdanningsbakgrunn i SSBs utdanningsstatistikk og i andre statistikker der utdanning inngår som en variabel.

¹¹ De fem avanserte sykepleierutdanningene er (NUS-kode i parentes): geriatri (761106), sykepleie (761108), kronisk sykdom (761114), nyfødtsykepleie (761117), anestesi, intensiv- og operasjonssykepleie (761119), allmennsykepleie (761121). Det viser seg at ingen er registrert i kodene 761119 og 761121.

¹² Master, avansert geriatriisk sykepleie (761106), Master, avansert klinisk sykepleie, toårig (761108), Videreutdanning i avansert klinisk sykepleie i kommune- og spesialisthelsetjenesten (661135). Det viser seg at ingen er registrert i koden 661135.

4 Allmennsykepleiere: Hvem er de, og hvor jobber de?

I dette kapitlet beskriver vi omfanget av og kjennetegn ved gruppen avanserte kliniske allmennsykepleiere (allmennsykepleiere). I tråd med problemstillingene ser vi spesielt på allmennsykepleiere som jobber i kommunen, men kapitlet inneholder også et avsnitt om allmennsykepleiere som jobber utenfor sektoren – primært i spesialisthelsetjenesten.

4.1 Omfang av allmennsykepleiere i Norge

Statistisk sentralbyrå fører statistikk (registerdata) over høyeste fullførte utdanning per individ. Det er flere utdanninger som kvalifiserer til spesialistgodkjenning i allmennsykepleiere. I NUS-klassifiseringen er disse 761108 – *Master, avansert klinisk sykepleie, toårig* og 761121 – *Master, avansert klinisk allmennsykepleie, toårig*. Som vi har vært inne på tidligere, så ble master i avansert klinisk allmennsykepleie (toårig) etablert i 2020. Masteren inngår imidlertid ikke i registerdata før mai 2022. Siste tilgjengelige utdanningsdata fra Statistisk sentralbyrå er fra oktober 2022. Det er derfor svært få som er registrert med en pågående master, og ingen med fullført master i avansert klinisk allmennsykepleie i den perioden data dekker.

Samtidig er det et stort sprang i antallet individer som har en pågående master i avansert klinisk sykepleie fra og med 2021, som tabell 3.1 viser. Dette spranget kan delvis skyldes at den nye masteren ble etablert (men ikke fått tildelt ny kode i registerdata ennå), og delvis av at noen utdanningsinstitusjoner økte antallet studieplasser betraktelig. Spranget er likevel såpass høyt at dette neppe forklarer alt.

Mastergrader som i registerdata har koden 761108 (*Master, avansert klinisk sykepleie, toårig*) omfatter flere ulike mastergrader, men trolig er det kun et utvalg av gradene (og derfor individene) som kvalifiserer til spesialistgodkjenning i avansert klinisk allmennsykepleiere. Dette innebærer at registerdata ikke gir oss presis informasjon om omfanget av allmennsykepleiere per i dag – slik vi har definert allmennsykepleiere i rapporten.

Tabell 3.1 Antall personer med pågående utdanning på masternivå i avansert klinisk sykepleie (NUS 761108) og avansert klinisk allmennsykepleie (NUS 761121). 2015-2023

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
761108	221	437	301	266	252	274	717	776	:
761121								22	:

Kilde: Statistisk sentralbyrå

En noe bedre kilde til vurdering av omfanget av allmennsykepleiere er å se til antallet som har søkt og fått spesialistgodkjenning i avansert klinisk allmennsykepleie. Tabellen nedenfor gjengir en oversikt fra Helsedirektoratet over utviklingen av spesialister fra 2021 til og med 2024. Her framgår det at 205 sykepleiere har søkt og kvalifisert seg til spesialistgodkjenning i avansert klinisk allmennsykepleie. Samtidig kan det være sykepleiere med relevant mastergrad som ikke har søkt om spesialistgodkjenning.

Tabell 3.3 Antall med spesialistgodkjenning i avansert klinisk allmennsykepleie 2021–2024. Kilde: Helsedirektoratet

Årstall	Antall spesialistgodkjenninger
2021	24
2022	68
2023	63
2024	50
Totalt	205

Den siste kilden vi har for å vurdere omfanget av allmennsykepleiere i Norge, er Sykepleierforbundets oversikt over medlemmer i faggruppen Allmennsykepleiere NSF.¹³ Sompekt på innledningsvis, er det ca. 350 personer som er medlemmer. Sykepleierforbundet har imidlertid orientert om at ikke alle allmennsykepleiere er medlemmer i faggruppa, og ikke alle medlemmer i faggruppa er allmennsykepleiere – ut fra vår definisjon. Faggruppa er åpen for alle forbundets medlemmer som ønsker å fremme allmennsykepleieres kompetanse i helse- og omsorgstjenestene.

I spørreundersøkelsen stilte vi et innledningsspørsmål for å sikre oss at respondenten vi henvendte oss til faktisk var allmennsykepleier. Fordelingen på ulike kategorier var følgende:

Tabell 3.4 Fordeling av respondenter på ulike kategorier

Kategori	Antall
Jeg er AKS-er med fullført master i avansert klinisk allmennsykepleie (etter 2020)	36
Jeg er AKS-er med fullført master i avansert klinisk sykepleie (påbegynt før 31.12.2020)	54
Jeg er i gang med en master i avansert klinisk allmennsykepleie for å bli AKS-er	61
Øvrige	11
Totalsum	162

Dersom vi legger til grunn samme fordeling av svar på *hele* populasjonen (349), kommer vi fram til 194 respondenter med fullført master som kvalifiserer til spesialist. Dette er et antall som ikke avviker stort fra antallet som har fått godkjent spesialistutdanning, ref. tabell 3.3.

I spørreundersøkelsen spurte vi om respondentene hadde søkt om spesialistgodkjenning. Omtrent ¼ av respondentene hadde ikke søkt. Halvparten av disse ble ferdig med

¹³ <https://www.nsf.no/fq/allmennsykepleierne-nsf>. Det er medlemmene i denne gruppa som har fått tilsendt spørreundersøkelsen ref. kap. 3

utdannelsen i 2024 og har trolig bare ikke kommet så langt. Dette tilsier at det er noen flere allmennsykepleiere enn Helsedirektoratets oversikt viser.

På bakgrunn av ovenstående kan vi anslå at det i 2024 finnes mellom 205 og 220 allmennsykepleiere (altså sykepleiere som har fullført en grad).

Vi har lagt til grunn at sykepleiere som er i gang med å ta en master i avansert klinisk allmennsykepleie planlegger å fullføre utdannelsen. Disse respondentene er derfor inkludert i en rekke av figurene og tabellene som vi kommer tilbake til i senere kapitler.

4.2 Overordnede kjennetegn ved allmennsykepleiere

Blant mottakere av spørreundersøkelsen er det 151 respondenter som enten har fullført eller er i gang med en master i avansert klinisk allmennsykepleie. Det er svarene til disse respondentene vi analyserer i det følgende.

I tabell 3.4 ser vi at 90 respondenter har fullført en mastergrad som kvalifiserer til spesialist i avansert klinisk allmennsykepleie, enten før eller etter 2020. Hvis vi legger til grunn Helsedirektoratets oversikt over antall med spesialistgodkjenning, innebærer det at vi har svar fra 44 prosent av alle som tar fullført utdanningen.

Tabell 3.4 Fordeling av respondenter basert på utdanningsstatus

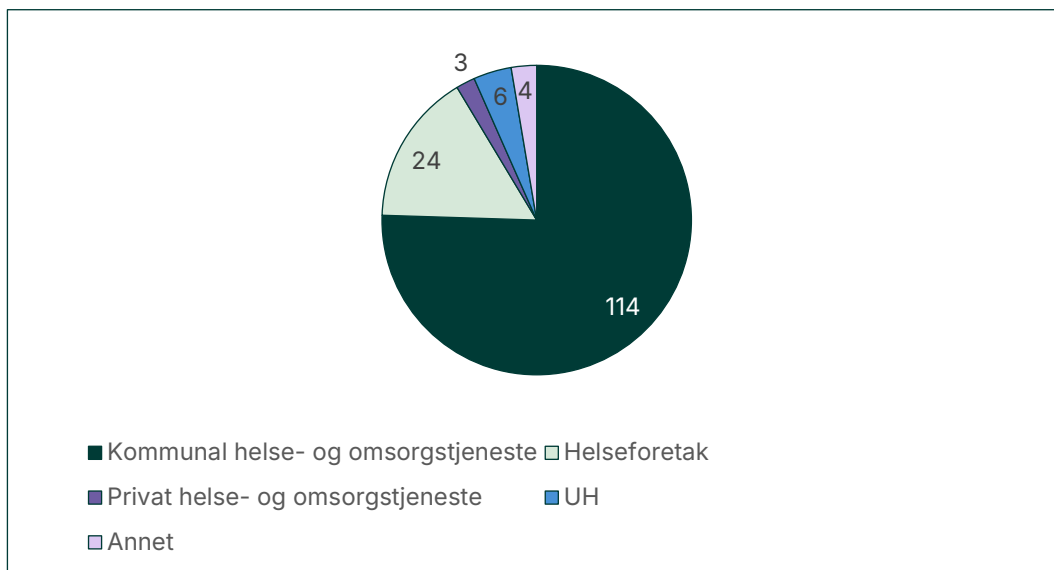
Kategori	Antall
Fullført mastergrad etter 2020	36
Fullført mastergrad før 2020	54
Under utdanning	61
Totalt	151

Det store flertallet allmennsykepleiere jobber i kommunen

De aller fleste respondentene i spørreundersøkelsen jobber i kommunal helse- og omsorgstjeneste: Om lag $\frac{3}{4}$ av respondentene jobber her. De resterende jobber hovedsakelig i spesialisthelsetjenesten, mens en lavere andel jobber i privat helse- og omsorgstjeneste eller i universitets- og høyskolesektoren.

I lys av at master i avansert klinisk allmennsykepleie er utviklet med tanke på behov i kommunal sektor, er det noe overraskende at en så stor andel av allmennsykepleiere jobber i andre sektorer. Vi kommer tilbake til dette i siste del av kapitlet, der vi ser på mulige forklaringer til denne «lekkasjen» av allmennsykepleiere til andre sektorer, og da spesielt sykehusene.

Figur 3.1 Oversikt over hvilke sektorer allmennsykepleiere jobber i (n = 151)

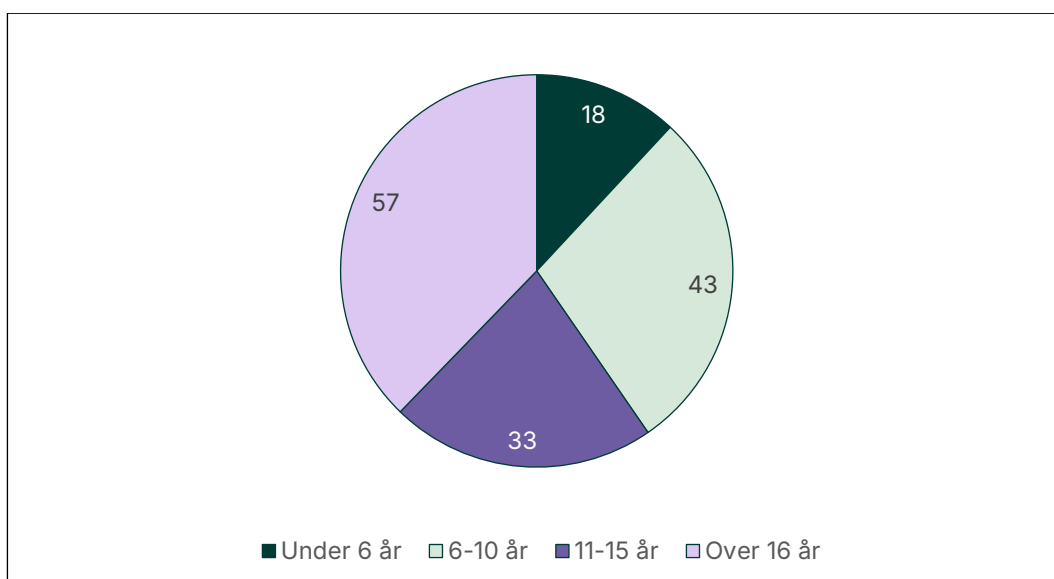


Note: Tallene omfatter også sykepleiere som holdt på med master i avansert klinisk allmennsykepleie da undersøkelsen ble gjennomført.

Allmennsykepleiere har relativt lang ansiennitet

Data fra spørreundersøkelsen tyder på at allmennsykepleiere og sykepleiere som holder på med mastergraden i 2024 har lang praksiserfaring. De aller færreste har under seks års ansiennitet, og det er flest (57) som tilhører kategorien for 16 år eller mer når det kommer til ansiennitet. De fleste av respondentene med under seks års ansiennitet holder på med masterutdannelsen på det tidspunktet spørreundersøkelsen ble gjennomført.

Figur 3.2 Ansiennitet (n = 151)



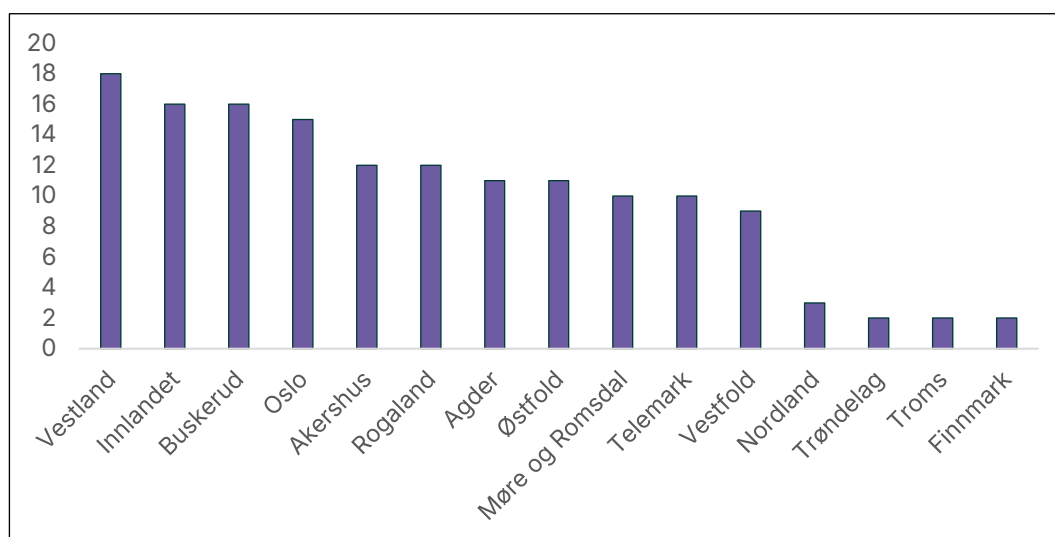
Note: Tallene omfatter også sykepleiere som holdt på med master i avansert klinisk allmennsykepleie da undersøkelsen ble gjennomført.

Få allmennsykepleiere i de nordligste fylkene

I undersøkelsen stilte vi spørsmål om fylket de arbeidet i. Som figur 3.3 viser, er det en relativt jevn fordeling av allmennsykepleiere mellom de ulike fylkene som ligger sør for Trøndelag. Det er aller flest i Vestland, Innlandet, Buskerud og Oslo, men de andre fylkene i Øst-, Sør- og Vestlandet følger relativt tett bak. Deretter er det et relativt stort gap ned til de fire nordligste fylkene. Kun to respondenter har oppgitt at de jobber i Troms, Finnmark og Trøndelag.

En mulig forklaring på at det er så få allmennsykepleiere i nord, er at det ikke finnes et studietilbud innen avansert klinisk allmennsykepleie nord for Molde. Selv om flere av studiene i de andre fylkene er samlingsbaserte og delvis nettbasert, krever det både mer tid og ressurser for sykepleierne i disse regionene å ta masterutdanningen. Det kan dessuten være slik at utdanningen er mindre kjent der, ettersom det ikke er et tilbud ved universitetene eller høyskolene i fylkene.

Figur 3.3 Allmennsykepleiere fordelt på fylker (n = 149)



Note: Tallene omfatter sykepleiere som holdt på med master i avansert klinisk allmennsykepleie da undersøkelsen ble gjennomført.

4.3 Allmennsykepleiere i kommunal sektor

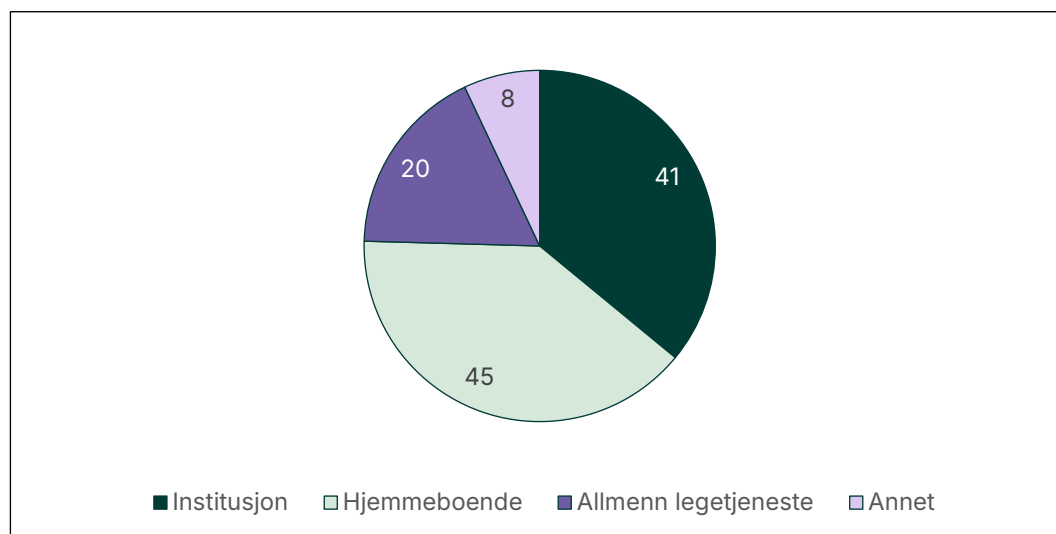
I det følgende vil vi se nærmere på kjennetegn ved arbeidssted og arbeidstid for allmennsykepleiere som jobber i kommunal sektor.

Allmennsykepleiere i kommunal sektor jobber i hovedsak i hjemmetjenesten eller på institusjon

Allmennsykepleiere og sykepleiere som holder på med mastergraden i avansert klinisk allmennsykepleie jobber som nevnt i hovedsak i kommunal sektor. Som figur 3.4 viser, fordeler de seg på flere tjenesteområder. Det er klart flest som jobber i tjenester for hjemmeboende eller på institusjon, mens en viss andel jobber i allmenn legetjeneste. Allmenn legetjeneste inkluderer både legevakt og legekantor. Basert på analyser av fri-tekstsvaret er det mye som tyder på at en stor andel jobber på sykehjem. Av de åtte som oppgir å jobbe andre steder, beskriver flere å ha stillinger som er delt mellom flere

tjenesteområder. Andre jobber i ambulerende team eller andre typer av tjenesteovergripende team, mens et par jobber i kommuneadministrasjonen.

Figur 3.4 Allmennsykepleiere i kommunal sektor, fordelt på tjenesteområder (n = 114)

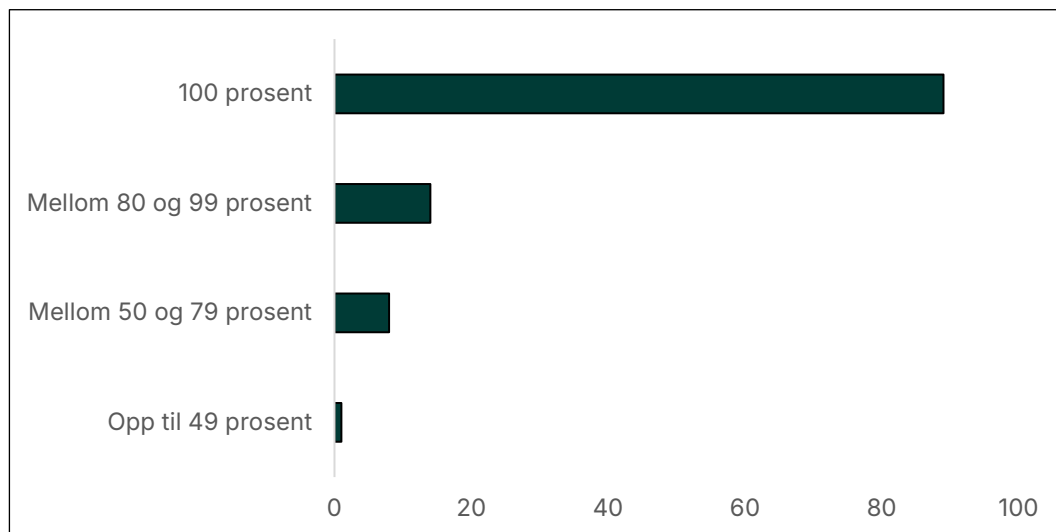


Note: Tallene omfatter sykepleiere som holdt på med master i avansert klinisk allmennsykepleie da undersøkelsen ble gjennomført.

Allmennsykepleiere har i hovedsak fulle stillinger

Allmennsykepleierne i kommunal sektor og sykepleiere som er under utdanning for å bli allmennsykepleier er i hovedsak ansatt i fulle stillinger, som figur 3.5 viser. Kun 9 av 112 er ansatt i stillinger under 80 prosent. Dette utvalget skiller seg dermed fra resten av sykepleiergruppen i helse- og sosialtjenestene, for i 2023 var heltidsandelen blant sykepleiere på 64 prosent (SSB, 2024). At allmennsykepleierne i større grad arbeider heltid enn andre sykepleiere, kan sees i sammenheng med tidligere forskning om heltid, mobilitet og utdanning i helse- og omsorgssektoren. Nielsen og Moland (2023) finner for eksempel at sykepleiere med master- eller doktorgrad er mer stabile enn sykepleiere uten. Sykepleiere som tar mastergrad innen sitt fagfelt er sannsynligvis både faglig dedikert, interessert og har god arbeidskapasitet. Som følge av dette har de både ønske og evne til å arbeide i hel eller stor stilling.

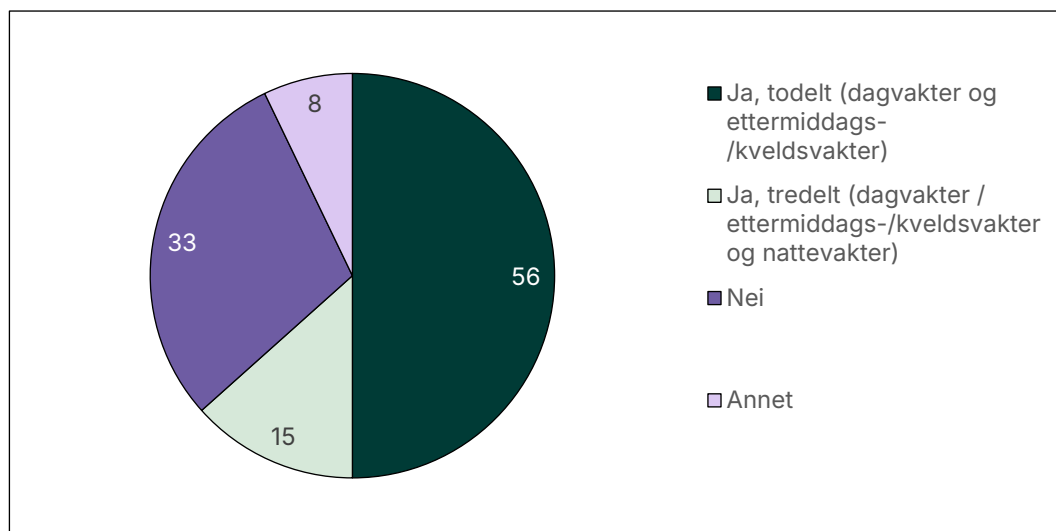
Figur 3.5 Allmennsykepleiere i kommunal sektor, fordelt på stillingsstørrelser (n = 112)



Note: Tallene omfatter sykepleiere som holdt på med master i avansert klinisk allmennsykepleie da undersøkelsen ble gjennomført.

Videre finner vi at de fleste av allmennsykepleierne i sektoren jobber i fast turnus, og som hovedregel med todelt vakter (dag og kveld) med faste helgevakter i turnus. 56 av totalt 114 jobber fast dag og kveld, mens langt færre jobber dag, kveld og natt (15). 9 av de 15 jobber tredelt turnus, som inkluderer nattevakter og arbeider på legevakt.

Figur 3.6 Allmennsykepleiere i kommunal sektor, fordelt på turnusordning (n = 112)



Note: Tallene omfatter sykepleiere som holdt på med master i avansert klinisk allmennsykepleie da undersøkelsen ble gjennomført.

Selv om de fleste allmennsykepleierne og sykepleierne under utdanning jobber todelt turnus, er det også en betydelig andel som kun jobber dagtid. 33 av respondentene har svart at de kun jobber dagtid. Når det gjelder helgearbeid har hele 80 av 114 faste helgevakter i turnus, mens 31 har det ikke.

Tallene tyder på at de aller fleste allmennsykepleiere i kommunal sektor jobber i stillinger som inkluderer både helge- og kveldsarbeid. Det er samtidig en viss andel som jobber i stillinger uten helge- og kveldsarbeid. Dette stemmer godt overens med inntrykket fra casestudiene. Vi intervjuet både allmennsykepleiere som kun jobbet dagtid, og i stillinger som involverer andre arbeidsoppgaver og ansvarsforhold enn det pasientnære pleie- og omsorgsarbeidet, og allmennsykepleiere som gikk i ordinær turnus med helge- og kveldsarbeid.

4.4 Allmennsykepleiere jobber også utenfor kommunal sektor

I henhold til spørreundersøkelsen er det et betydelig antall allmennsykepleiere som jobber utenfor kommunal sektor. Av de 24 respondentene i spørreundersøkelsen som jobber i helseforetak, tok 15 utdannelsen sin før 2020, altså før den nasjonale retningslinjen etablerte at masterutdanningen skulle være spesielt rettet mot behov i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette kan være en forklaring på at det er flere allmennsykepleiere som jobber i spesialisthelsetjenesten.

I spørreundersøkelsen spurte vi allmennsykepleierne som ikke jobbet i kommunal sektor om de hadde jobbet der tidligere. 23 av 37 respondenter svarte at de hadde jobbet i kommunen tidligere, mens 14 hadde ikke det. Det betyr at 14 av 37 startet på utdanningen mens de jobbet på sykehus, og fortsatte å jobbe på sykehus etter fullført mastergrad. Selv om retningslinjen for masterutdanningen vektlegger at masterutdanningen skal gi en kompetanse med særlig vekt på «behov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene», har kompetansen fortsatt relevans for spesialisthelsetjenesten. Universitetet i Sørøst-Norge beskriver eksempelvis at «utdanningen vil også være relevant i andre deler av helsetjenesten der det er behov for sykepleiere med bred observasjons- og vurderingskompetanse».¹⁴

I spørreundersøkelsen stilte vi oppfølgingsspørsmål til disse respondentene om årsaker til at de ikke lenger jobbet i kommunen. Av de 23 respondentene som tidligere hadde jobbet i kommunen, sluttet omtrent halvparten (11) etter at de var ferdige med utdannelsen. Dermed gjelder ikke svarene nødvendigvis for deres erfaringer som *allmennsykepleiere* i kommunen, men heller som sykepleier i kommunen. Alternativene de kunne velge mellom var:

- lønn, arbeidstid mv.
- fikk ikke benyttet kompetansen min
- fikk ikke nok ansvar, utfordringer
- arbeidsbelastningen ble for stor
- annet

Svarene indikerer at det ikke er en bestemt årsak som peker seg ut; respondentenes svar fordeler seg helt jevnt.

¹⁴ Hentet fra hjemmesiden for AKS-utdanningen på USN, tilgjengelig her: <https://www.usn.no/studier/master-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie/>

I spørreundersøkelsen fikk respondentene mulighet til å utdype forklaringene sine i et fritekstfelt. Sitatene som er gjengitt under stammer fra allmennsykepleiere som sluttet i kommunen etter at de var ferdige med masterutdanningen. Noen av disse forklaringene har en negativ betoning, og peker mot opplevelser av manglende anerkjennelse av kompetansen i det kommunale arbeidsforholdet, både med tanke på oppgaver og lønn:

Ble ikke tilbudt verken spesialistlønn eller andre arbeidsoppgaver som passer min kompetanse. Byttet til overvåkningsavdelingen på intensiv/sykehus. (Fritekstvar, allmennsykepleier)

Uryddig og stressende arbeidsforhold, med ustabile personalressurser. Forhandlet om noe mer lønn enn spesialsykepleier (som jeg var før jeg tok master), men jobbet som ordinær sykepleier på sykehjemsavdeling. (Fritekstvar, allmennsykepleier)

Andre forklaringer har en positiv betoning, som vektlegger positive sider ved den nye stillingen utenfor kommunen. Disse sykepleierne hadde stort sett fått seg nye jobber i universitet- og høyskolesektoren:

Etter flere år som AKS i kommunehelsetjenesten med bijobber i UH-sektoren, ønsket jeg å jobbe med utdanning av allmennsykepleiere på fulltid. (Fritekstvar, allmennsykepleier)

Basert på spørreundersøkelsesdata framstår det som at det er en kombinasjon av ulike årsaker som ligger til grunn for at allmennsykepleierne i undersøkelsen ikke lenger jobber i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

4.5 Oppsummering

Oppsummert finner vi at det er mellom 205 og 220 allmennsykepleiere i Norge. Flesteparten av disse jobber i kommunal sektor, og først og fremst innen hjemmetjenesten eller på institusjon. Allmennsykepleiere som ikke jobber kommunalt, jobber i hovedsak på sykehus. Vi finner videre at allmennsykepleierne har en viss ansiennitet.

Allmennsykepleierne i kommunen jobber i all hovedsak i store stillinger. De fleste jobber også i ordinær turnus, men vi ser innslag av både dagarbeid og tredelt turnus.

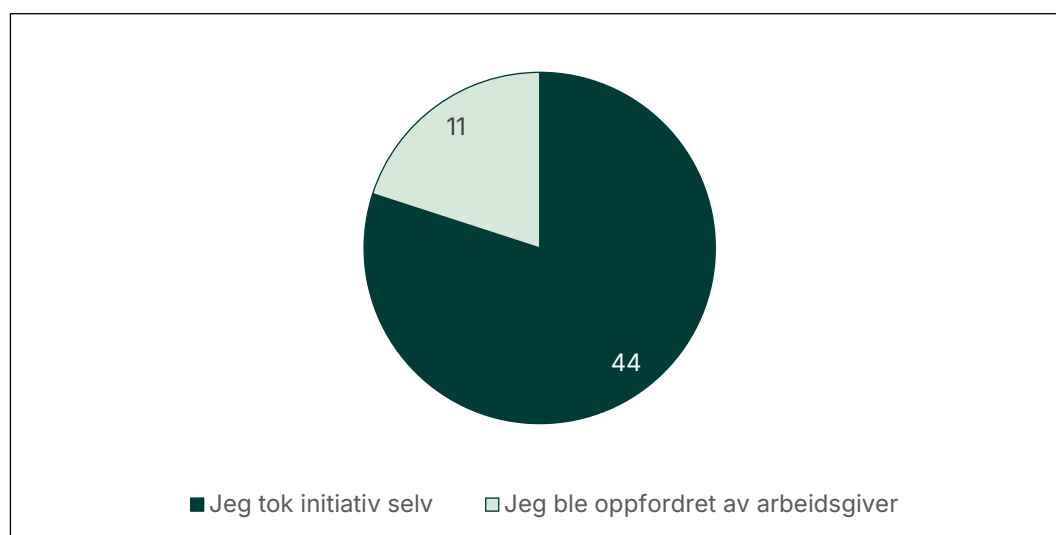
5 Variasjon i strategisk kompetanseutvikling i kommunene

Strategisk eller systematisk kompetanseutvikling refererer til at kommunen som arbeidsgiver har en strategi eller bevisst tilnærming til hvordan de skal utvikle organisasjonens kompetanse for å nå organisasjonens mål. Utviklingen av kompetanse kan enten skje gjennom rekruttering eller gjennom videreutvikling av de ansattes kompetanse gjennom utdanning eller andre læringsaktiviteter (Aspøy et al., 2013; Hilsen & Tønder, 2013). I dette kapitlet ser vi nærmere på i hvilken grad kommunene har tenkt strategisk rundt utdanning av avansert kliniske allmennsykepleiere, altså om de har planlagt for å utvikle denne kompetansen og om de har tilrettelagt for at sine ansatte kan ta masterutdanningen.

5.1 Sykepleiere tar selv initiativ til å ta utdanning

En indikator på om utdanning til avansert klinisk allmennsykepleier er en del av strategisk kompetanseutvikling, er hvem som har tatt initiativ til å ta utdannelsen. Både caseintervjuer og spørreundersøkelsen viser at initiativet til å ta utdannelsen i hovedsak har kommet fra sykepleieren selv. Omtrent tre av fire av allmennsykepleierne i kommunal sektor som har fullført utdannelsen svarer at initiativet har kommet fra dem selv, som figur 5.1 viser.

Figur 5.1 Hvem tok initiativ til at du skulle ta en master i avansert klinisk allmennsykepleie / avansert klinisk sykepleie? N = 55. Viser kun allmennsykepleiere i kommunal sektor.



Dette underbygges også av casestudiene. Alle sykepleierne vi intervjuet fortalte at de selv hadde tatt initiativ til å ta utdanningen, fordi de var interessert i å utvikle sin kompetanse i møte med behovene i tjenestene:

Vi kjente på at det er langt til sykehus, og ofte værutfordringer. Vi står ofte med dårlige pasienter. Så vi kjente på at vi trenger mer kjøtt på beinet for å ta imot disse pasientene. (Intervju, allmennsykepleier)

På tvers av kommunene har allmennsykepleierne vi har intervjuet framstått som engasjerte og faglig interesserte sykepleiere, og de har selv hatt et ønske og behov for faglig påfyll:

Følte at jeg trengte mer kompetanse selv. Følte at jeg kom til kort, hadde for lite kunnskap om de komplekse pasientene og de pasientsituasjonene man ofte stod i. Ville bli tryggere i sykepleierrollen. Men ser, særlig med pasientgruppa her, at behovet for min kompetanse er viktig. (Intervju, allmennsykepleier)

Fra intervjuene våre framstår ønsket om å lære mer og øke kompetansen sin som den viktigste forklaringen på hvorfor sykepleierne har ønsket å ta masterutdanningen. Noen har også nevnt muligheten for nye, spennende arbeidsoppgaver. Tidligere forskning har vist at også mulighet for økt lønn og å arbeide på dagtid er viktige motivasjonsfaktorer for å ta videreutdanning blant sykepleiere (Dæhlen & Seip, 2009). Ingen av våre informanter har nevnt dette som forklaring på hvorfor de tok initiativ til denne videreutdanningen.

Som vist i kapittel 4, kjennetegnes allmennsykepleierne av å være stabile og engasjerte arbeidstakere i kommunen. De arbeider i store og fulle stillinger, og har lang ansiennitet i sykepleieryrket. Mange av våre informanter har også tatt annen videreutdanning innen sykepleie tidligere, eksempelvis innenfor kreftsykepleie eller smerte- og sårbehandling. Tidligere forskning på deltakelse i videreutdanning har vist at ansatte med lavere høyere utdanning, altså på bachelornivå, og høyere ansiennitet i større grad deltar i videreutdanning enn ansatte uten høyere utdanning (Børing et al., 2013).

Allmennsykepleierne vi intervjuet hadde alle en indre driv eller et ønske om å ta videreutdanning, men det var ikke alle som hadde sett seg ut akkurat mastergraden i avansert klinisk allmennsykepleie. Noen beskrev at det var tilfeldig at de landet på akkurat denne utdanningen:

Det var litt tilfeldig, egentlig. Jeg hadde lyst til å ta en master, og så gikk jeg inn på studiestedets sine nettsider for å se hva de hadde å tilby. (Intervju, allmennsykepleier)

En annen beskrev at det først og fremst var kort reisevei til høyskolen som var viktig, og at vedkommende så på utdanningstilbudet til sin nærmeste høyskole og fant ut at mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie var mest relevant for hennes jobb på sykehjemmet.

At initiativet til utdanningen har kommet fra sykepleierne selv, og at det i noen tilfeller har vært tilfeldig at de landet på denne mastergraden, tyder på at det i liten grad er gjort grundige vurderinger i kommunene om avansert klinisk allmennsykepleie er en ønsket og viktig kompetanse i kommunene.

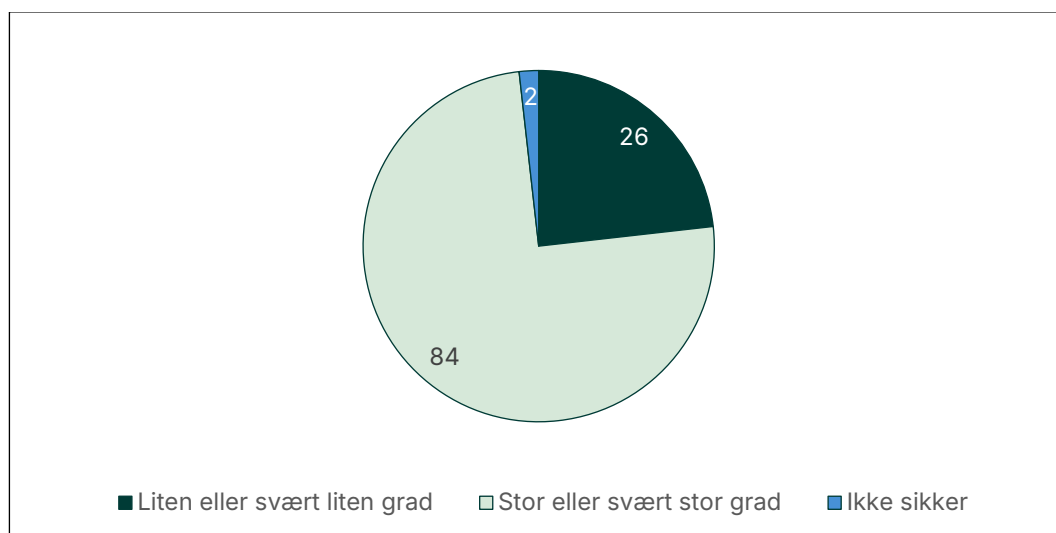
Samtidig har vi også eksempler på det motsatte, der det har blitt gjort grundige vurderinger i forkant. Noen av casekommunene har satset på å utdanne flere allmennsykepleiere etter at den første, initiativtakende allmennsykepleieren har bidratt til å synliggjøre kompetansen. I en annen casekommune var enhetslederen for sykehjemmet engasjert fra start, altså både i å motivere og kartlegge med sykepleieren hvilken

masterutdanning som ville være relevant. Dette framstår likevel som et unntak, for i de fleste av våre casekommuner har sykepleieren i stor grad kommet fram til og tatt initiativ til masterutdanningen selv.

5.2 Kommunenes tilrettelegging for videreutdanning

Selv om kommunene i liten grad har tatt initiativet til å videreutdanne sine ansatte innen avansert klinisk allmennsykepleie, virker det som at kommunene har tilrettelagt for at sykepleiere kan ta denne utdannelsen. Mindre enn én av fire oppgir at arbeidsgiver i liten eller svært liten grad har lagt til rette for at de kunne ta masterutdanningen. Dette indikerer at ledere som har allmennsykepleiere i sin kommune er positivt innstilt til at deres sykepleieransatte tar videre- og masterutdanninger som er relevant for tjenesten. At kommunene har vært velvillige til å legge til rette for sykepleiernes kompetanseutvikling, nyanserer inntrykket om at kommunene i liten grad har vært engasjert i å få tilført denne kompetansen til sin kommune.

Figur 5.2. Grad av tilrettelegging for masterutdannelsen. N = 112.



Note: Tallene omfatter sykepleiere som holdt på med master i avansert klinisk allmennsykepleie da undersøkelsen ble gjennomført.

Studiepermisjon med lønnskompensasjon er vanlig

Våre casestudier indikerer samtidig at det er variasjon i graden av tilrettelegging under utdanningen. I en av kommunene beskrev allmennsykepleierne at de i stor grad brukte fritiden på å ta utdanningen:

Vi fikk ikke permisjon med lønn. Vi tok permisjoner uten lønn, og brukte feriedager.

Vi fikk heller ikke noe støtte til å reise til studiestedet. Betalte alt fra egen lomme. (Intervju, allmennsykepleier)

Denne casekommunen skiller seg ut fra de andre casekommunene ved at de har fått svært lite tilrettelegging fra sin arbeidsgiver til å ta utdanningen. I andre kommuner hadde sykepleierne fått lønnet permisjon for å ta utdanningen. Også tall fra spørreundersøkelsen indikerer at denne kommunen skiller seg ut med tanke på

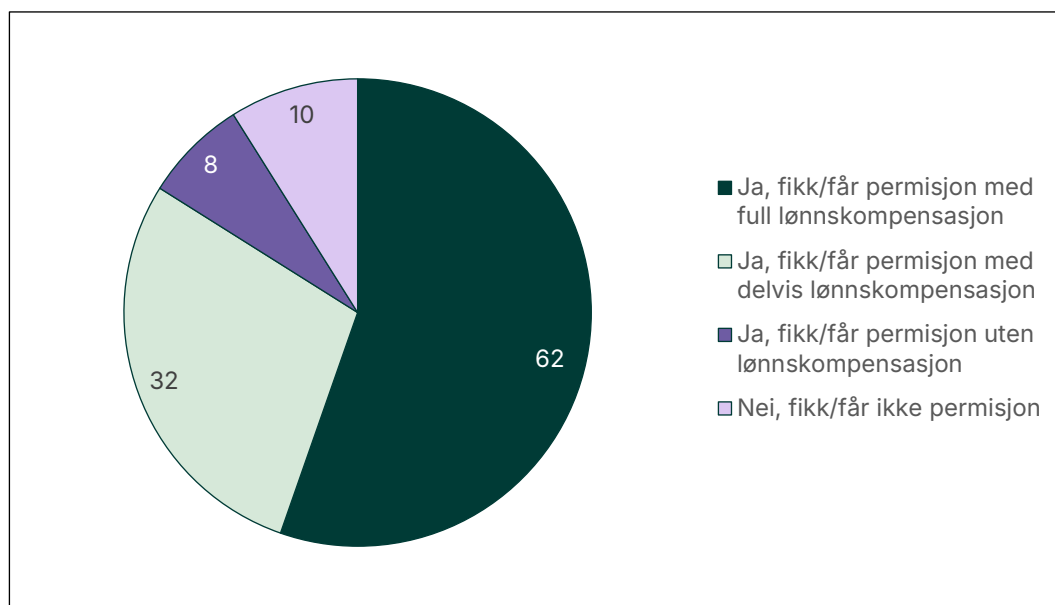
permisjonsordninger. Som tabell 5.1 viser, oppgir et flertall av lederne at sykepleiere som tar eller har tatt mastergraden får permisjon, enten med full eller delvis lønnskompensasjon. Kun 5 ledere oppgir at disse sykepleierne ikke har fått permisjon, mens 16 oppgir å ha gitt permisjon uten kompensasjon for lønn. Dette stemmer godt overens med allmennsykepleiernes svar.

Tabell 5.1 Permisjon for utdanning. Respondenter er ledere for allmennsykepleiere som er ferdig utdannede eller under utdanning. N = 175.

Kategori	Antall
Ja, får permisjon med full lønnskompensasjon	69
Ja, får permisjon med delvis lønnskompensasjon	38
Ja, får permisjon uten lønnskompensasjon	16
Nei, får ikke permisjon	5
Ikke sikker	47
Totalt	175

Dette stemmer godt overens med allmennsykepleiernes svar i spørreundersøkelsen. På spørsmål om de har fått permisjon for å ta masterutdanning, oppgir i overkant av tre av fire at de har fått permisjon med delvis eller full lønnskompensasjon. Over halvparten av allmennsykepleierne har fått full lønnskompensasjon mens de har hatt studiepermisjon.

Tabell 5.3 Permisjon for utdanning. N = 112.

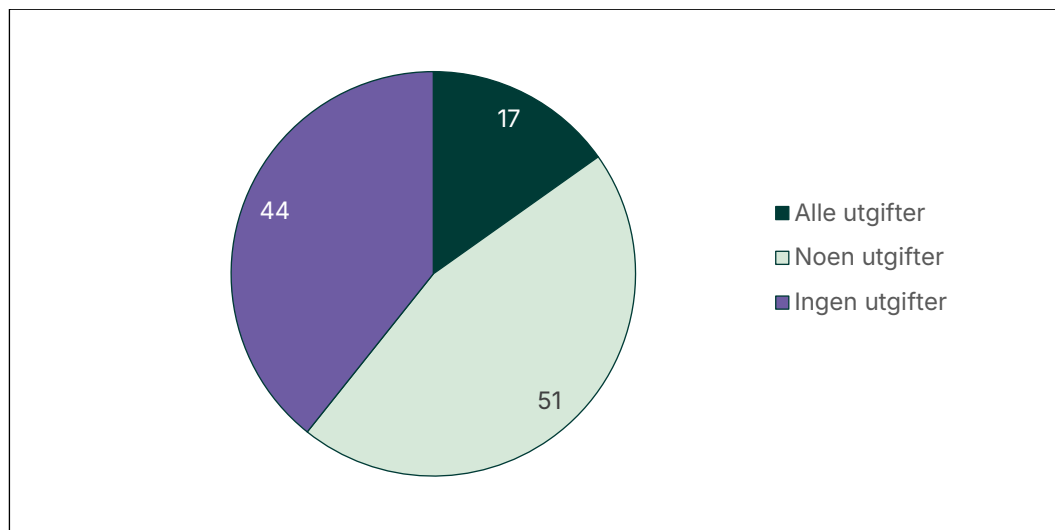


Note: Tallene omfatter sykepleiere som holdt på med master i avansert klinisk allmennsykepleie da undersøkelsen ble gjennomført.

Variasjon i dekning av studierelaterte utgifter

Vi har også spurt sykepleierne som er under utdanning om de har fått dekket studierelaterte utgifter av sin arbeidsgiver. Dette kan for eksempel innebære at arbeidsgiver dekker reiseutgifter til studiestedet eller kostnader knyttet til lærebøker og lignende.

Figur 5.4 Har din arbeidsgiver dekket utgifter tilknyttet studiet (reiseutgifter, studiemateriell mv.)? (N = 112)



Note: Tallene omfatter sykepleiere som holdt på med master i avansert klinisk allmennsykepleie da undersøkelsen ble gjennomført.

Som figur 5.4 viser, har de aller fleste av allmennsykepleierne fått dekket noen eller alle studierelaterte utgifter. Det vanligste synes å være at arbeidsgiver dekker en andel av utgiftene. Samtidig er det også en betydelig andel, over en tredjedel, som har dekket alle studierelaterte utgifter selv. De aller fleste får permisjon med lønn for å ta utdanningen, men det er større variasjon når det gjelder spørsmålet om arbeidsgivers dekking av studierelaterte utgifter.

Samlet sett framstår det likevel som at kommunene tilrettelegger for at sykepleiere kan ta masterutdanningen. De fleste kommunene synes å bidra til å minske den økonomiske belastningen det kan være for den enkelte å ta videreutdanning, ved at de gir permisjon med lønn og delvis også bidrar til å dekke studierelaterte utgifter.

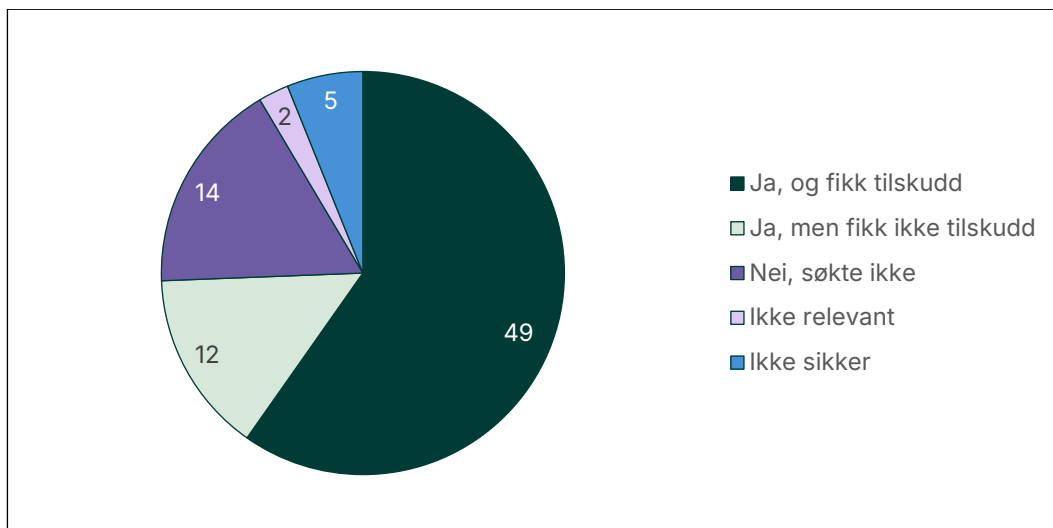
Verdien av nasjonal lønnstilskuddsordning

Som beskrevet i kapittel 2, fikk Helsedirektoratet i 2015 ansvar for en tilskuddsordning som har til hensikt å stimulere til at flere tar en master i avansert klinisk allmennsykepleie.¹⁵ Kommuner som søker tilskuddet kan få kompensering for lønnsutgiftene til en sykepleier i utdanning. I spørreundersøkelsen spurte vi både lederne og allmennsykepleierne om hvilken betydning dette tilskuddet hadde hatt. 71 av lederne i undersøkelsen oppga at de hadde søkt om lønnstilskuddet for masterutdanningen, og av disse hadde 51 fått godkjent søknaden og mottatt midler. 30 hadde ikke søkt, og hele 77 respondenter oppga at de ikke var sikre på om deres kommune hadde søkt.

¹⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/lonnstilskudd-for-masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie>

Vi stilte det samme spørsmålet til allmennsykepleierne. Her oppga et klart flertall, 49 av 82, at de hadde søkt og mottatt tilskudd. Samtidig oppga til sammen 26 av respondene at de ikke hadde mottatt lønnstilskuddet. Disse har likevel startet på utdannelsen.

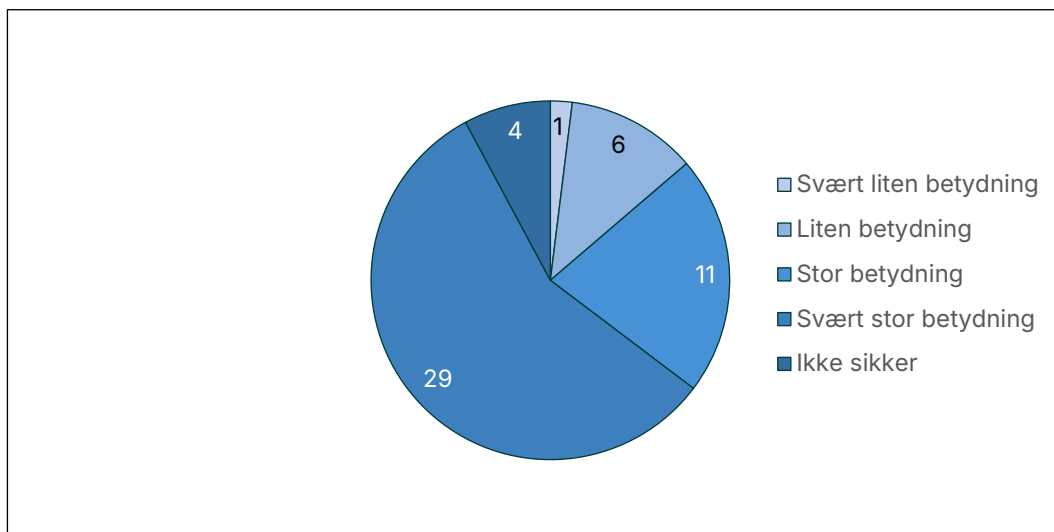
Figur 5.5 Har din arbeidsgiver søkt lønnstilskudd for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie fra Helsedirektoratet? N = 82.



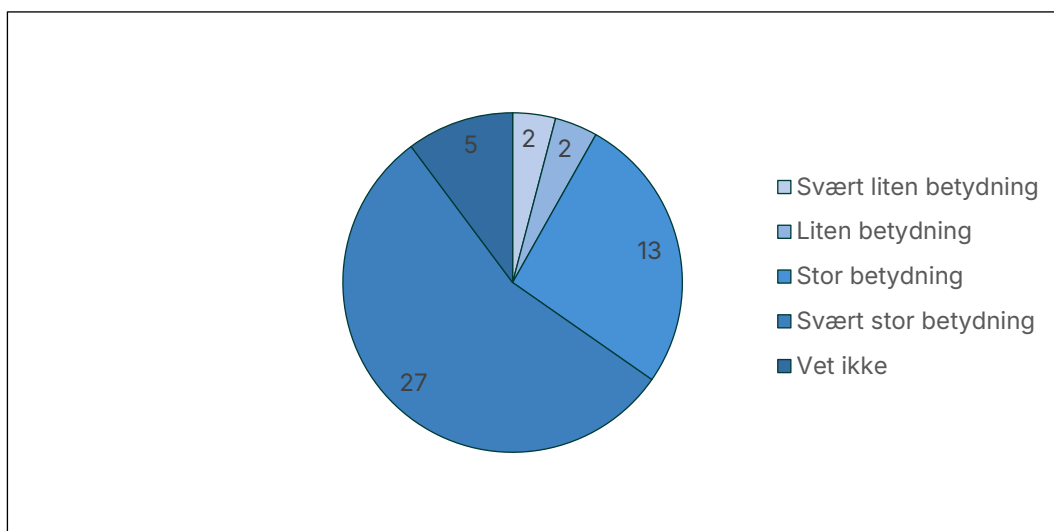
Note: Omfatter allmennsykepleiere under utdanning eller som tok utdanning etter 2020 som arbeider i kommunal sektor.

De 51 lederne og 49 allmennsykepleierne som svarte at de hadde mottatt lønnstilskuddet fra Helsedirektoratet fikk et oppfølgingsspørsmål om hvilken betydning dette hadde for muligheten til å ta eller tilrettelegge for masterutdannelsen. Som figur 5.6 og 5.7 viser, er lederne og allmennsykepleierne svært samstemte. Et stort flertall svarte at det hadde stor eller svært stor betydning for muligheten til å tilrettelegge for videreutdanning. Dette indikerer at lønnstilskuddsordningen bidrar til kommunens evne til å tilrettelegge for videreutdanning innen avansert klinisk allmennsykepleie. Det er likevel viktig å legge merke til at disse spørsmålene kun gikk til kommuner eller allmennsykepleiere som oppga at de hadde fått tilskuddet.

Figur 5.6 Betydningen av lønnstilskudd for AKS-utdannelse. Fra lederundersøkelsen. N = 51.



Figur 5.7. Betydningen av lønnstilskudd for AKS-utdannelse. Allmennsykepleiernes svar. N = 49.



I spørreundersøkelsens fritekstsvar er det også noen ledere som har framhevet lønnstilskuddet som avgjørende for at sykepleieren har kunnet ta utdanningen:

Har ingen som per i dag som har startet på utdanning grunnet avslag på tilskudd! Så lokalt har jeg ingen. (Fritekstsvar, avdelingsleder)

Av denne lederens fritekstsvar framstår det som at de hadde ønske om at en eller flere sykepleiere skulle ta mastergraden, men kommunen valgte å ikke dekke utgifter knyttet til videreutdanning av sine sykepleiere når de ikke fikk tilslag på sin søknad om lønnstilskuddet. Andre ledere bekrefter også betydningen av lønnstilskuddet for å tilrettelegge for utdanningen:

Kostbare utdanninger for oss her nord, og er avhengig av støtte for å få ansatte til å ta slik utdanning. (Fritekstsvar, leder)

På grunn av trang kommuneøkonomi har det vært stort behov for statlig støtte til utdanningen. [...] (Fritekstsvar, leder)

Disse fritekstsvarene indikerer at lønnstilskuddet i noen kommuner er avgjørende for kommunens mulighet til å legge til rette for utdanningen i det hele tatt.

Lønnstilskuddet innebærer at det koster relativt lite for en kommune at en sykepleier utdanner seg til å bli allmennsykepleier. Dette gir igjen få insentiver til å gjøre grundige forhåndsvurderinger av hvordan kompetansen skal nyttiggjøres når de er ferdig utdannede og kommer tilbake til arbeidsplassen sin. På denne måten kan tilskuddsordningen virke mot sin hensikt, ved at kommuner får utdannet allmennsykepleiere, men legger liten innsats i å vurdere hva som ligger i kompetansen til en allmennsykepleier og hvordan de kan nyttiggjøre seg av denne. Som vi vil se nærmere på i de neste kapitlene, er det stor variasjon i hvordan kompetansen brukes i kommunene, og i hvilken grad allmennsykepleierne har fått nye, formaliserte stillinger og roller.

5.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett nærmere på i hvilken grad utdanningen av allmennsykepleiere er en del av strategisk eller systematisk kompetanseutvikling i norske kommuner. Våre funn viser at det i all hovedsak er sykepleierne selv som tar initiativ til utdanningen, og ikke lederne deres. Dette indikerer at kommunene ikke systematisk har vurdert behovet for kompetanse i klinisk allmennsykepleie i helse- og omsorgstjenestene, for å deretter oppfordre sine ansatte til å ta denne utdanningen. Vi finner samtidig at kommunene i stor grad tilrettelegger for at sine ansatte kan ta masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie, gjennom å gi dem fullt eller delvis lønnet permisjon og/eller dekker noen studierelaterte utgifter. At kommunene tilrettelegger i så stor grad for at sykepleierne kan ta en mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie, kan tolkes som at de kommunale lederne anser denne utdanningen som relevant eller nyttig for helse- og omsorgstjenestene. Samtidig kan det kanskje også forklares av at det nasjonale lønnstilskuddet for master i avansert klinisk allmennsykepleie gjør at kostnadene for kommunene er små, og at de er positive til å legge til rette for at sykepleiere tar utdanningen av den grunn.

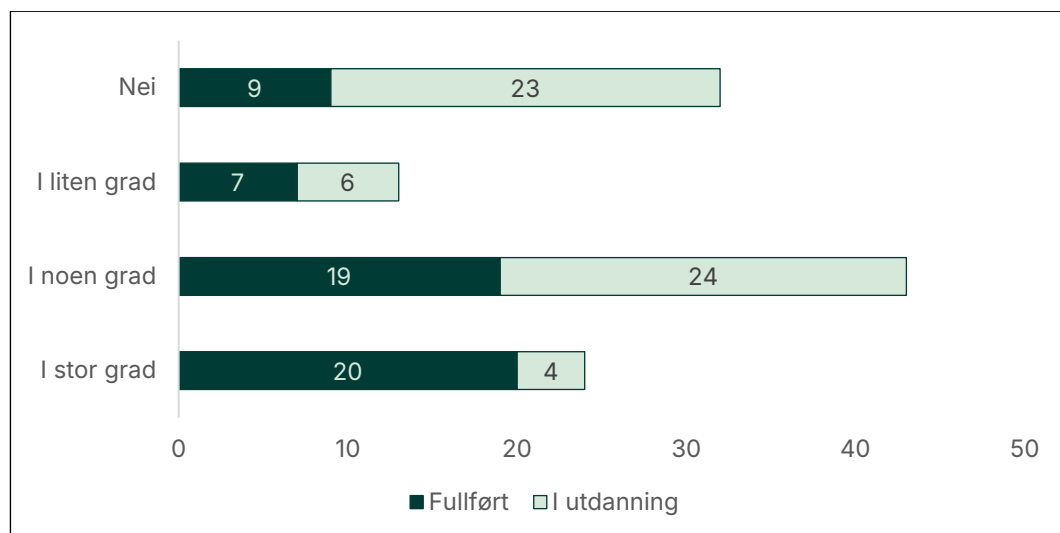
6 Allmennsykepleiere har påtatt seg mange nye arbeidsoppgaver i kommunen

I dette kapitlet ser vi nærmere på om allmennsykepleierne i kommunen har påtatt seg nye arbeidsoppgaver, og hvilke oppgaver dette i så fall er. Videre drøfter vi i hvilken grad de opplever å få brukt kompetansen de har opparbeidet seg gjennom studiet.

6.1 Allmennsykepleierne har i stor grad påtatt seg nye oppgaver

I spørreundersøkelsen spurte vi allmennsykepleierne om de hadde *påtatt* seg nye oppgaver eller mer ansvar som følge av at de hadde blitt eller var under utdanning til å bli en avansert klinisk allmennsykepleier.¹⁶ Tabell 4.1 viser i hvilken grad allmennsykepleiere som jobber i kommunen mener de har påtatt seg nye oppgaver som følge av at de har tatt mastergraden. Som det framgår av tabellen, oppgir et stort flertall av de som har fullført mastergrad at de har det: 39 av 55 respondenter oppgir at de har påtatt seg nye oppgaver i noen eller stor grad.

Figur 6.1 Har du påtatt deg nye oppgaver som følge av AKS-utdannelsen? (N = 112).



Note: Tallene omfatter sykepleiere som holdt på med master i avansert klinisk allmennsykepleie da vi gjennomførte undersøkelsen.

Allmennsykepleiere som er under utdanning oppgir i mindre grad å ha tatt på seg nye oppgaver. Dette er ikke så overraskende. Samtidig ser vi at nærmere halvparten av de under utdanning også mener at de har tatt ansvar for noen nye oppgaver som følge av at de tar utdannelsen, som tyder på at de underveis i utdanningen opplever å ha ervervet seg kompetanse til å ta ansvar for eller løse nye oppgaver.

¹⁶ Merk at oppgaver kan ha blitt pålagt fra leder, eller så kan sykepleieren selv ha tatt initiativ til å påta seg nye oppgaver. Formuleringen ble valgt på bakgrunn av innsikt fra caseintervjuene, der noen allmennsykepleiere beskrev at de fikk nye oppgaver som følge av en ny stillingsinstruks eller samtale med leder, mens andre beskrev at de selv tok større ansvar for noen oppgaver på sin avdeling uten å ha fått en tydelig instruks om dette.

6.2 Oppgavene allmennsykepleierne påtar seg spanner vidt

Allmennsykepleierne som svarte at de i noen eller stor grad hadde tatt på seg nye oppgaver fikk et oppfølgingsspørsmål for å beskrive hvilke oppgaver det dreide seg om. 48 respondenter svarte på dette. Fritekstsvarene er kodet tematisk i Nvivo, og vi kom fram til følgende ti kategorier av oppgaver:

Oppgavekategorier

- fagutvikling og undervisning
- ledelse
- tjeneste- og kvalitetsutvikling
- samhandling og koordinering på tvers av tjenesteområder
- veiledning av kollegaer
- veiledning av pårørende og pasienter/brukere
- kartlegging av (nye) pasienter/brukere
- spesielt ansvar for oppfølging av sårbare og/eller komplekse brukere
- nye kliniske oppgaver
- annet

Kategoriene er til dels overlappende. Kartlegging av nye brukere kan for eksempel også betegnes som en ny, klinisk oppgave, og veiledning av kollegaer kan falle inn under kategorien «fagutvikling og undervisning». Kategoriseringen er valgt på bakgrunn av at disse oppgavene var framhevet eksplisitt av mange. Tabell 5.1 gir en oversikt over hvilke oppgaver flest oppgir at de har påtatt seg ansvar for, og i tillegg noen eksempler fra de ulike kategoriene. Det er ikke et én-til-én-forhold mellom antall respondenter og antall svar per kategori.

Kategorien «Annet» handler først og fremst om allmennsykepleiere som har fått andre stillinger i kommunene enn i de brukerrettede tjenestene og dermed har andre ansvarsområder og oppgaver.

Tabell 6.1 Oversikt over nye oppgaver. Kun kommunalt ansatte allmennsykepleiere.

Kategori	Antall kodede svar	Eksempel
Fagutvikling og undervisning	31	<i>Kompetansehevende tiltak for ansatte i form av simulering/kursing/prosjekter</i>
Nye kliniske oppgaver	22	<i>Hovedansvar for å utføre klinisk undersøkelse ved akutt funksjonsnedsettelse</i> <i>Årskontroller hos kronikere: diabetes, kols, hypertensjon og hjertesvikt/nyresvikt</i>
Samhandling og koordinering	18	<i>Bindeledd mellom sykepleiere og tilsynslegen</i> <i>Koordinering av helsetjenester opp mot pasient og pårørende</i>
Ansvar for sårbare/komplekse brukere	15	<i>Jeg går til komplekse/palliative/ustabile/utfordrende/ ernæringsproblematikk/ kognitive/ så pasienter/</i> <i>Tverrfaglig oppfølging av nye brukere, samt de med komplekse og sammensatte behov</i>
Kartlegging av (nye) brukere	14	<i>Kartlegging av nye pasienter i tjenesten</i> <i>Helhetlige kartlegginger av skrøpelige eldre / multisyke personer</i>
Veiledning av kollegaer	12	<i>Veileder andre ansatte uten at dette er satt i system</i> <i>Blir også spurt om å konferere enkelte caser som er vanskelige å løse for andre kolleger</i>
Tjeneste- og kvalitetsutvikling	11	<i>Utarbeider nye prosedyrer, rutiner og arbeidsmetoder</i> <i>Er med i ulike prosjekter med ulike samarbeidspartnere (Integrerte helsetjenester, klinisk ernæringsfysiologi og velferdsteknologi)</i>
Ledelse	9	<i>Tar en lederrolle når vår leder er borte</i> <i>Opprettet fagteam og er faglig leder for flere sykepleierspesialiteter (kreft, demens og AKS)</i>
Annet	8	<i>Saksbehandling i kommunen</i>
Veiledning og opplæring av pårørende og brukere	7	<i>Deltar også på pårørendemøter for å snakke om faglige vurderinger rundt aktuelle temaer (ernæring, behandlingsavklaring osv.)</i> <i>Pårørendekontakt hos sammensatte pasienter</i>

Fagutvikling

Som tabell 4.1 viser, er det oppgaver som omhandler fagutvikling som flest allmennsykepleiere beskriver at de har tatt eller fått ansvar for (31 svar). Fagutvikling er et begrep som spenner bredt, og som kan relateres til både kompetanseområdene «faglig ledelse og koordinering» og «kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og innovasjon» i masterutdanningen. Disse to kompetanseområdene henger uløselig sammen, siden fagutvikling dreier seg både om å anvende kunnskap og forskning for å oppdatere og utvikle praksis, i tillegg til å lære bort dette til andre ansatte.

Flere av allmennsykepleierne i spørreundersøkelsen beskriver at de har roller som fagsykepleier eller fagutviklingssykepleier ved sin avdeling eller tjenestested. Andre oppgir ikke om de har en slik stilling, men beskriver at de har oppgaver knyttet til intern undervisning og opplæring:

Blir brukt til å undervise kollegaer for å bidra til kompetanseheving. (Fritekstsvar, allmennsykepleier)

Er fagutviklingssykepleier. Intern undervisning og fagdager. (Fritekstsvar, allmennsykepleier)

Har ansvar for å gi opplæring til kollegaer i NEWS [skåringssystem], internundervisning. (Fritekstsvar, allmennsykepleier)

Kompetansehevende tiltak i form av simulering/kursing/prosjekter. (Fritekstsvar, allmennsykepleier)

Fagutvikling var også et oppgavefelt som nærmest alle de intervjuede allmennsykepleierne i casekommunene hadde fått eller tatt ansvar for. Fagutviklingsoppgavene kunne både være avgrenset til deres egen avdeling, men også gå på tvers av ulike avdelinger. I en av casekommunene hadde de to allmennsykepleierne ansvar for et opplæringsprogram for alle som jobbet i helse- og omsorgstjenester i kommunen. Det innebar at de reiste ut til ulike avdelinger og ledet undervisningsøkter for både sykepleiere, fagarbeidere og assistenter. Dette er et eksempel på en fagutviklingsoppgave som er «satt i system», og som går utover den enkelte avdeling. Av fritekstsvarene synes det som at det vanligste er å ha fagutviklingsoppgaver på egen avdeling, men det er også eksempler på opplærings- og undervisningsoppgaver som går utover deres egen avdeling.

Kollegaveiledning

Videre oppgir flere av respondentene, 12 totalt, at de tar ansvar for collegaveiledning. Noen viser til collegaveiledning i forlengelse av andre opplærings- og undervisningsoppgaver, men det framstår som at mange tar større ansvar for veiledning av sine kollegaer i det daglige arbeidet uten at de har fått tildelt ansvar for det:

Veileder andre ansatte, uten at dette er satt i system. (Fritekstsvar, allmennsykepleier)

Blir også spurt om å konferere enkelte caser som er vanskelig å løse for andre kolleger. (Fritekstsva, allmennsykepleier)

Kollegastøtte, rettleiing. (Fritekstsva, allmennsykepleier)

I Pedersens (2021) masteroppgave om avanserte kliniske allmennsykepleieres pedagogiske funksjon i hjemmetjenesten framstår kollegaveiledning i pasientsituasjoner som viktig og nyttig fra de øvrige sykepleiernes ståsted. At allmennsykepleierne deltok i det kliniske arbeidet og var tilgjengelige for veiledning i pasientsituasjoner, ble trukket fram som viktig for kompetanse- og kunnskapsutvikling av flere av de «vanlige» sykepleierinformantene. Dette innebar at allmennsykepleierfunksjonen var plassert nær de ansatte i hjemmetjenesten og hadde tid til korte og lengre samtaler. Dette var også noe som ble løftet fram i noen av intervjuene vi hadde med avdelingsledere og sykepleierkollegaer. En avdelingsleder for en omsorgsbolig beskrev samarbeidet med allmennsykepleierne slik:

Det er mer kompetanseoverføring. [...] Sykepleierne og alle andre kan få veiledning og råd. Gjerne etisk refleksjon rundt krevende pasienter [...]. (Intervju, leder)

Sykepleierne beskriver at de tar på seg å veilede andre ansatte, og dette kan sees i sammenheng med at de opplever å ha nye kliniske ferdigheter og kunnskap som de kan dele med sine kollegaer.

Nye kliniske oppgaver

Det framstår som at allmennsykepleierne opplever å ha fått en økt klinisk kompetanse, for den kategorien nest flest av respondentene oppgir å ha påtatt seg ansvar for, omfatter nye, kliniske oppgaver. I læringsutbytte for kompetanseområdet klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse er det blant annet beskrevet at en avansert klinisk allmennsykepleier skal ha bred kunnskap om farmakologi og legemiddelbehandling og -håndtering. I tillegg kommer ferdigheter til å gjennomføre «systematiske og sykepleiefaglige undersøkelser» av pasienter (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020, § 5). Dette er ferdigheter og kunnskaper som går igjen blant de som beskriver hvilke spesifikke kliniske oppgaver de har fått eller påtatt seg:

Hovedansvar for å utføre klinisk undersøkelse ved akutt funksjonsnedsettelse. (Fritekstsva, allmennsykepleier)

Delegert autonomi fra lege som omhandler palliativ omsorg. (Fritekstsva, allmennsykepleier)

[...] rekvirerer blodprøver, vurderer blodprøver, ordinerer medisiner på delegering, oppdaterer legemiddelkort, svarer PLO fra sykepleietjenesten, tar årskontroller, kliniske undersøkelser og legemiddelgjennomganger. (Fritekstsva, allmennsykepleier)

Kartlegging og klinisk us. av pasienter med endret tilstand. (Fritekstsva, allmennsykepleier)

Legemiddelgjennomgang. (Fritekstsva, allmennsykepleier)

Som sitatene illustrerer, oppgir flere av respondentene at de gjennomfører flere kliniske undersøkelser og at de tar flere selvstendige vurderinger av pasientene eller brukernes helsetilstand. Noen beskriver at de har fått delegert oppgaver som tidligere lå under legenes ansvar. Som vi vil drøfte i de neste to avsnittene, viser flere av informantene at de har kliniske oppgaver som dreier seg spesifikt om noen bruker- eller pasientgrupper.

Kartlegging av (nye) brukere

Videre nevner 14 av allmennsykepleiere kartlegging av brukere, og da særlig nye brukere, som en oppgave de har påtatt seg. Når det gjelder kartlegging av nye brukere, synes dette å dreie seg om en helhetlig kartlegging av helsetilstanden deres og behov ved for eksempel det første besøket hos en ny bruker i hjemmetjenesten. Flere nevner at de har ansvar for slike innkomstundersøkelser. Få av respondentene nevner eksplisitt at de kartlegger pasientene eller brukernes egne ressurser og helsekompetanse, men slike oppgaver kan tenkes å høre til i beskrivelsen deres av kartlegging av nye brukere. I tillegg til kartlegging av nye brukere oppgir noen av allmennsykepleierne at de har ansvar for årskontroller. Dette var også noe allmennsykepleierne i en av casekommunene hadde ansvar for i omsorgsboliger. Her innebar en årskontroll blant annet gjennomgang av medisinalisten, blodprøver og andre kliniske undersøkelser, ernæring og vektstatus m.m.

Ansvar for sårbare og komplekse pasientgrupper

I forlengelse av nye kliniske oppgaver oppgir også en andel å ha spesielt ansvar for oppfølging av noen pasientgrupper. Her nevnes spesielt pasienter med komplekse sykdommer eller kronikere, men også pasienter med sammensatte utfordringer og behov:

Jeg går til komplekse/palliative/ustabile/ utfordrende/ ernæringsproblematikk/ kognitive/ sårpasienter. (Fritekstsva, allmennsykepleier)

Større ansvar for pasienter med komplekse behov. (Fritekstsva, allmennsykepleier)

Kartlegging og vurdering av sammensatte pasienter. (Fritekstsva, allmennsykepleier)

Er ressursperson for alvorlig sykdom. (Fritekstsva, allmennsykepleier)

Selv om målgruppen for allmennsykepleiere er «pasienter i alle aldre med helseutfordringer og sykdommer», vektlegger utdannelsen pasienter med kroniske sykdommer eller med sammensatte tilstander – slik som for eksempel en kombinasjon av somatiske, psykiske og rusrelaterte utfordringer (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020, § 2). Det er ingen som har nevnt at de har spesielt ansvar for pasienter med rusrelaterte eller psykiske utfordringer, men flere bruker begreper som «sammensatte» og «utfordrende». Det er i tråd med deres

spisskompetanse at en andel av allmennsykepleierne har spesielt ansvar for oppfølging av slike pasient- eller brukergrupper.

Samhandling og koordinering

I tillegg til fagutvikling, veiledning og nye kliniske oppgaver oppgir litt under halvparten av respondentene å ha oppgaver tilknyttet samhandling med ulike yrkesgrupper og koordinering av tjenester. Når det gjelder samhandling med ulike yrkesgrupper kan en del av svarene tolkes som at allmennsykepleierne tar større del i å kommunisere og koordinere med de ulike fagpersonene og -instansene som er involvert i pleien og behandlingen av brukerne på avdelingen deres. Én beskriver seg selv som «bindeledd» mellom sykepleierne og tilsynslegen på institusjonen, mens én allmennsykepleier i hjemmetjenesten beskriver at vedkommende i større grad enn tidligere holder i kontakten med fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Dette er eksempler på allmennsykepleiere som har påtatt seg mer ansvar på sin avdeling. Andre synes å ha mer definerte roller når det gjelder koordinering og samhandling på et mer overordnet systemnivå i kommunen, gjennom at de er en del av tverrfaglige team som for eksempel har ansvar for vurdering og koordinering av tjenestetilbud.

Tjeneste- og kvalitetsutvikling

11 av 48 respondenter beskriver at de har påtatt seg nye oppgaver som omhandler tjeneste- og kvalitetsutvikling. Innenfor denne kategorien er det også et sprik i hvilket nivå disse oppgavene kan knyttes til. Noen beskriver for eksempel at de har tatt eller fått ansvar for å oppdatere eller implementere nye metoder og verktøy på sin avdeling. En allmennsykepleier i hjemmetjenesten beskriver for eksempel at vedkommende «utarbeider nye prosedyrer, rutiner og arbeidsmetoder» på sin avdeling. Andre igjen oppgir at de er del av større prosjekter innad i kommunen som for eksempel omhandler implementering av digital hjemmeoppfølging og annen velferdsteknologi.

Ledelse

Flere av allmennsykepleierne, 9 totalt, beskriver at de er ledere eller har lederansvar for noen områder ved sin avdeling. Et par beskriver at de allerede var avdelingsledere eller fagledere før de tok master, mens andre har fått denne rollen i senere tid. Noen nevner at de har en delt stilling som prosjektledere for kommunale prosjekter knyttet til områder som fagutvikling, samhandling eller velferdsteknologi. Flere beskriver utdannelsen som relevant for oppgavene eller ansvarsområdene de har som leder:

Er fra før av fagleder ved institusjonen. Opplever at jeg fyller rollen bedre etter fullført AKS utdanning. Skulle dog ønske at det var mere tid til faglig ledelse. (Allmennsykepleier, fritekstsvar)

Fått rolle som avdelingssykepleier og har i den anledning fått mulighet til å jobbe mer administrativt. Til dømes med pasientflyt (tverrsektorielt samarbeid, tverprofesjonelt samarbeid, pårørende), oppdatering av prosedyrer, undervisning for kollega og til å arbeide med fag og kvalitetsutvikling. (Allmennsykepleier, fritekstsvar)

Mens noen har fått nye roller og stillinger med lederansvar, beskriver andre at de tar og/eller blir gitt et større ansvar for å ta beslutninger og være et ledende eksempel ved sin avdeling:

Tar en lederrolle når vår leder er borte. (Allmennsykepleier, fritekstsvaer)

Noe mer lederansvar: Opplæring av kollegaer, ansvarsdeling, legemiddelgjennomgang. (Allmennsykepleier, fritekstsvaer)

Veiledning og opplæring av brukere og pårørende

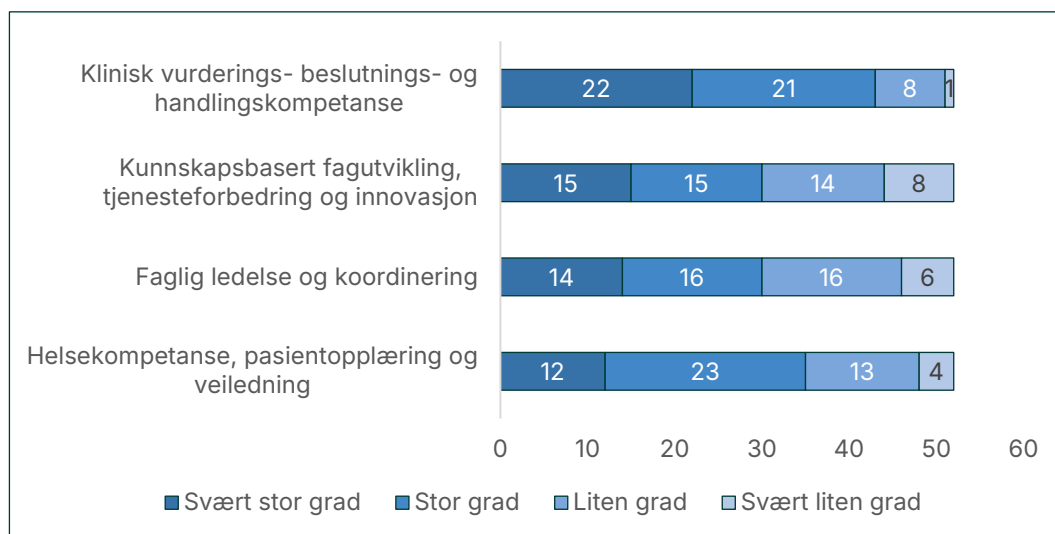
Ett av de fire sentrale kompetanseområdene i masterutdanningen er «Helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning». I dette kompetanseområdet ligger det blant annet at en allmennsykepleier skal kunne bruke «kartleggingsverktøy for å vurdere ressurser, helsekompetanse, og [...] grad av mestring» og ulike «metoder for å undervise og veilede pasienter, brukere og pårørende» (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020, §8). Det er dette kompetansefeltet færrest respondenter synes å ha oppgaver knyttet til. Kun 7 av 48 respondenter oppgir å ha oppgaver eller ansvarsområder som for eksempel å være pårørendekontakt eller å gjennomføre undervisning for pasienter og pårørende. Som tidligere nevnt, kan det likevel tenkes at flere enn det vi har kodet her har slike typer av oppgaver i tråd med at de har ansvar for komplekse og sårbare brukergrupper eller kartlegging av nye brukere, uten at dette er nevnt eksplisitt i fritekstsvarene deres i undersøkelsen. Det er like fullt et noe overraskende funn, gitt at kunnskap og ferdigheter som omhandler veiledning og opplæring av brukere og pårørende er en så sentral del av masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie.

Kompetanse til nytte?

Til nå har vi sett at det er stor bredde i hvilke oppgaver allmennsykepleiere har tatt eller fått ansvar for i kommunene. Mange av oppgavene henger tett sammen med de fire sentrale kompetanseområdene i mastergraden: 1) klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse, 2) kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og innovasjon, 3) faglig ledelse og koordinering og 4) helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning. I tillegg til å spørre om hvilke arbeidsoppgaver de hadde, spurte vi også sykepleierne om i hvilken grad de dro nytte av disse ulike kompetansene i sitt daglig arbeid.

Som figur 4.3 viser, oppgir allmennsykepleierne at de i stor grad har nytte av alle de fire kompetansefeltene i sitt daglige arbeid. For alle kompetanseområdene oppgir over halvparten av respondentene at de har svært stor eller stor nytte av den gitte kompetansen.

Figur 4.3 Nytte av kompetanse i daglig arbeid. N = 54.



Selv om over halvparten av respondentene oppgir å ha stor eller svært stor nytte av alle kompetanseområdene, er det noe variasjon mellom de fire områdene. Det er flest som opplever å ha nytte av klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse; hele 43 av 52 respondenter har svart dette. Dette samsvarer med at nye kliniske oppgaver, slik som pasientkartlegginger og -vurderinger, er blant de oppgavene flest beskriver at de har påtatt seg.

Samtidig er det en mindre andel, 30 respondenter totalt, som opplever å ha stor nytte av sin kompetanse innenfor «Kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og koordinering» og «Faglig ledelse og koordinering». Dette står i kontrast til at flest oppga å ha arbeidsoppgaver knyttet til fagutvikling.

Ulikhetene mellom opplevelsen av nytte av de ulike kompetanseområdene kan sees i sammenheng med grad av formalisering og endring av stilling, som vi vil se nærmere på i neste kapittel. Klinisk vurderingskompetanse, for eksempel, er noe man kan dra nytte av i det daglige arbeidet som «vanlig» sykepleier på en avdeling i hjemmetjenesten eller på sykehus. Oppgaver som krever kompetanse innen faglig koordinering eller innovasjon, på den andre siden, er noe sykepleiere i mindre grad kan benytte seg av i det daglige arbeidet. For å dra nytte av slik kompetanse, må man nok ha fått spesifikt ansvar og sannsynligvis en ny stilling.

At kliniske ferdigheter og kunnskaper kommer til nytte i deres virke som sykepleiere, var et tema i intervjuer i casekommuner der de ikke hadde gjort større endringer rundt allmennsykepleierens roller. I en av casene intervjuet vi allmennsykepleiere som jobbet på intermediære avdelinger. Det er i praksis en mellomstasjon mellom å være på sykehus og i hjemmetjenesten, og i noen sammenhenger kan et opphold på intermediær avdeling forhindre sykehusinnleggelse. I andre sammenhenger er det pasienter som fortsatt er så syke at de ikke kan flytte hjem enda. I så måte framstår en intermediær avdeling som et egnet sted for en sykepleier med master i klinisk allmennsykepleie. I nevnte kommune hadde allmennsykepleierne i stor grad gått tilbake til sine ordinære stillinger. Allmennsykepleierne mente imidlertid like fullt at utdanning deres kom til gode – både fordi de selv var i stand til å yte en bedre jobb, men også fordi det i det daglige, kliniske,

arbeidet var kompetanseoverføring mellom allmennsykepleiere og sykepleiere uten videreutdanning. Det var også en forventning om at man skulle dele kunnskapen, slik denne informanten er inne på:

Det kan tenkes det finnes bedre måter å organisere det på, men det er aldri feil med mer kompetanse. Jeg føler jeg bruker [kompetansen] hver dag, selv om det ikke nødvendigvis står på arbeidsplanen. (Intervju, allmennsykepleier)

En kollega som var nylig utdannet sykepleier bekreftet at denne kompetansen kommer til nytte:

Jeg syns i alle fall det er veldig betryggende for meg å ha AKS-kompetanse på huset, særlig i de komplekse tilfellene, med plutselig forverringer. Og noen ganger er ikke legen til stede. Veldig flott å ha den kompetansen. Jeg merker nivåforskjellen. De er veldig trygge f.eks. i kliniske undersøkelser. (Intervju, sykepleierkollega)

En allmennsykepleier vi intervjuet hadde beholdt sin gamle stilling på sykehjemmet. Selv om hun ikke hadde fått mange nye oppgaver som følge av utdannelsen, opplevde hun at hun i større grad kunne observere endringer i beboernes helse, og dermed enklere kommunisere disse endringene til sykehjemslegen:

Jeg observerer, undersøker og vurderer mer og bedre, mer utdypende. Føler meg mer selvstendig og selvsikker i vurderinger og behandling. (Intervju, allmennsykepleier)

Dette løftet også hennes ledere og kollegaer:

Jeg ser i personalgruppa at hun har tillit, og at hun har blitt tryggere. Hun kan mye og kan bidra i diskusjoner om innleggelse av pasienter, for eksempel. Da er hun en nøkkelperson fordi hun har den ekstra kunnskapen. (Intervju, leder)

Jeg tenker at hun har en spesialkompetanse. [...] Hun ser hele bildet og har blitt tryggere på egne vurderinger, og har lært nye teknikker for å avdekke sykdom. (Intervju, leder)

Andre allmennsykepleiere trakk også fram i spørreundersøkelsen at ny klinisk fagkunnskap og ferdigheter kommer til nytte i det daglige arbeidet. En respondent som jobbet på institusjon beskrev det slik i sitt fritekstsvar i undersøkelsen:

Føler en trygghet i rollen som sykepleier [...] Tar mer kartlegginger, kontakt med fastleger og spesialisthelsetjenesten. Veileder ansatte uten at dette er satt i system. (Intervju, allmennsykepleier)

Dette samstemmer med Henni et al. (2018) sin studie av avansert kliniske sykepleieres arbeidsstrategier. De intervjuet 21 avanserte kliniske sykepleiere, som alle opplevde å ha utviklet et nytt klinisk «blikk» og en faglig selvtilit i sitt sykepleiefaglige arbeid. Dette viser at de mer pasientnære kompetansene, knyttet til klinisk kunnskap og ferdigheter,

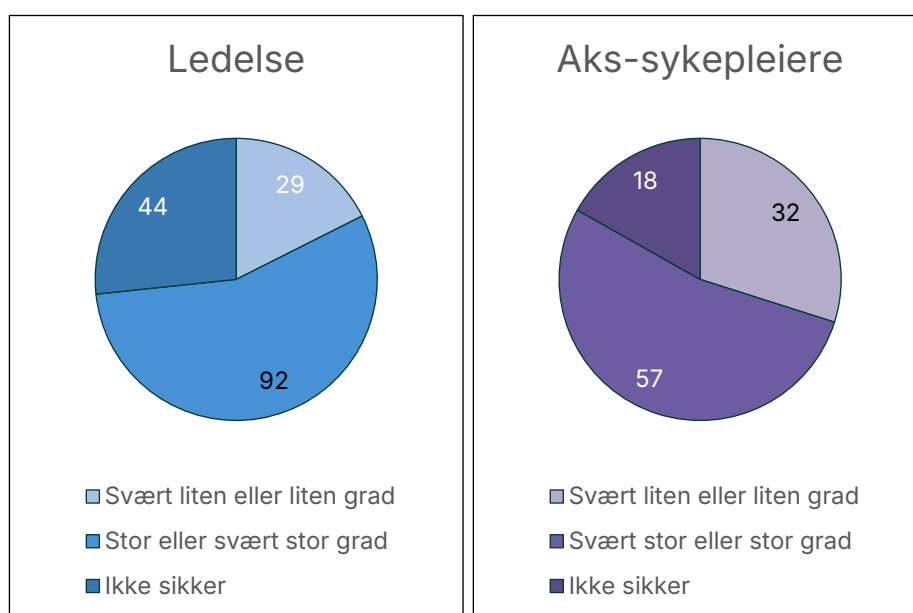
men også veiledning, kommer til nytte «uansett». Dette bidrar til å forklare at flere av allmennsykepleierne i undersøkelsen oppgir at de har noe mer nytte av disse kompetansene enn andre, selv om forskjellene er små.

6.3 Allmennsykepleiere har i stor grad ført til forbedret kvalitet på tjenestene

Allmennsykepleierne selv beskriver å i stor grad ha nytte av og bruke kompetansen sin i det daglige arbeidet. Gitt at denne kompetansen er relevant for arbeidet i tjenesten, burde bruken av denne kompetansen medføre en kvalitetsforbedring ved de avdelingene der allmennsykepleierne jobber. I spørreundersøkelsen stilte vi både ledere og allmennsykepleiere spørsmål om i hvilken grad de mente at allmennsykepleierne bidro til kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene i sin kommune. Det er kun ledere som har oppgitt å ha ansatte med utdannelsen som har svart på spørsmålet.

Som figurene under viser, er lederne og allmennsykepleierne samstemte: Et flertall av både lederne for allmennsykepleierne og allmennsykepleierne selv svarer at det har ført til kvalitetsforbedring i stor eller svært stor grad.

Figur 6.4 og 6.5. Bidrag til kvalitetsforbedring. Figur 6.4 N = 165, ledere med allmennsykepleiere ansatt enten i eller med fullført utdanning. Figur 6.5 N = 107, allmennsykepleiere i kommunal sektor.



Det er samtidig en betydelig andel, spesielt blant lederne, som oppgir at de er usikre samt en mindre andel som oppgir at de ikke mener kompetansen til allmennsykepleiere bidrar til kvalitetsforbedring. Av fritekstsvarene framstår det som at en forklaring på dette, er at en andel av lederne har ansatte som er under utdanning eller nettopp er ferdige, og dermed har for lite erfaring å bygge vurderingen sin på. Andre oppgir at det er for få allmennsykepleiere i kommunen, eller at de er ansatt i andre tjenester enn der de selv er ledere. Noen ledere beskriver at allmennsykepleiere arbeider i feil stilling og dermed ikke får utnyttet kompetansen sin på en måte som fører til kvalitetsforbedring. Med feil mener noen at de har gått tilbake til gamle stillinger, mens andre beskriver at stillingene til allmennsykepleierne burde vært innrettet på en annen måte. Dette vil vi komme tilbake til i kapittel 8.

Det er, kanskje noe overaskende, en større andel av allmennsykepleierne enn lederne som oppgir at tilføringen av kompetansen de har opparbeidet seg fører til kvalitetsforbedring i kommunen. Fra fritekstsvarene deres kan vi lese at en viktig forklaring er mangelen på stillinger eller endringer i organisering som gjør at de får tatt i bruk kompetansen sin til det fulle. Graden av formalisering og utvikling av nye roller for allmennsykepleierne vil vi se nærmere på i neste kapittel (kapittel 7).

Alt i alt er likevel lederne og allmennsykepleierne enige om at tilføringen av allmennsykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fører til kvalitetsforbedring.

6.4 Oppsummering

De aller fleste av respondentene våre har påtatt seg eller fått nye oppgaver og ansvar som følge av at de har tatt masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. Det er stor bredde i hvilke oppgaver de beskriver å ha påtatt seg, og flere beskriver å ha påtatt seg en rekke nye oppgaver innenfor flere kompetansefelt. Dette gjenspeiles også i at et flertall opplever å ha nytte av alle de fire kompetansefeltene i utdanningen i sitt daglige arbeid. Kliniske ferdigheter og kunnskap framstår som en spesielt viktig kompetanse, men mange oppgir samtidig også å ha oppgaver knyttet til fagutvikling og kollegaveiledning.

Allmennsykepleiernes egne beskrivelser av hvilke oppgaver de har som følge av utdanningen viser også at det er varierende om deres nye oppgaver er formalisert og forankret hos ledelsen. Noen beskriver å ha oppgaver som tilsier at de har fått en ny stilling, mens andre beskriver at de i større grad enn tidligere påtar seg å for eksempel veilede kollegaer eller holde i dialogen med tilsynslegen i sitt daglige arbeid. Dette tyder med andre ord på varierende grad av formalisering av nye roller og stillinger, som vi vil utforske videre i neste del.

7 Uformaliserte og formaliserte oppgaveendringer

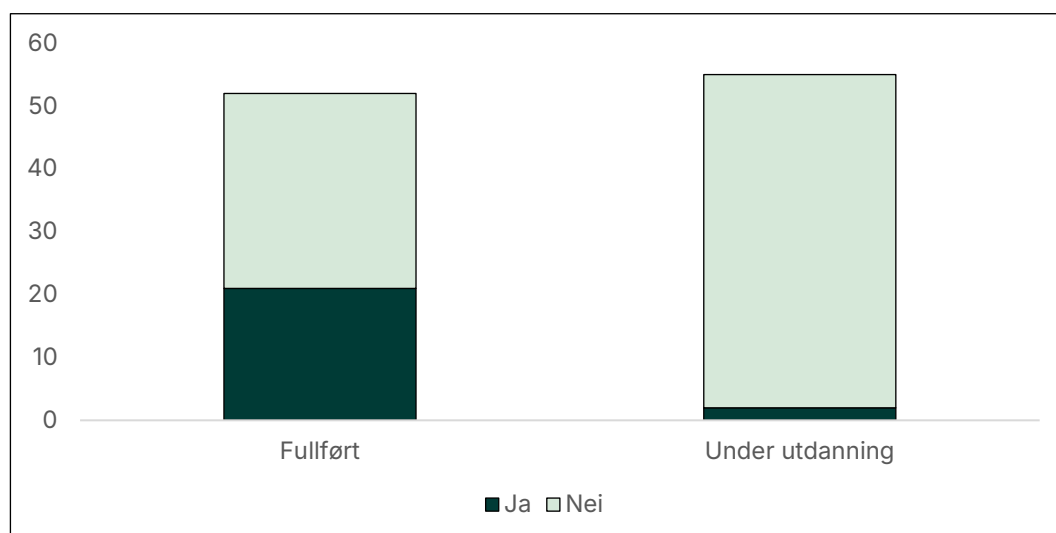
Som omtalt i kapittel 6, oppgir mange allmennsykepleiere at de har påtatt seg nye oppgaver som følge av sin masterutdanning. Det er like fullt ulikheter i graden av formalisering av disse oppgaveendringene. Noen beskriver at de tar ansvar for nye oppgaver uten at disse formelt har blitt tildelt, mens andre har fått nye oppgaver definert i en ny stilling. I dette kapitlet ser vi nærmere på graden av formalisering av oppgaveendringene til allmennsykepleiere i kommunal sektor.

7.1 Under halvparten har fått nye stillingsbeskrivelser

For å undersøke i hvilken grad oppgaveendringer har blitt formalisert, spurte vi allmennsykepleiere i kommunene om de har fått en ny stillingsbeskrivelse som følge av at de hadde tatt master i avansert klinisk allmennsykepleie.

Som figur 4.1 viser, har 21 av de 52 allmennsykepleierne i kommunen, som har fullført en master, fått ny stillingsbeskrivelse som følge av at de har utdannet seg til å bli allmennsykepleier. Nærmere halvparten av allmennsykepleierne ansatt i kommunen har dermed *ikke* formaliserte oppgaver eller ansvarsområder gjennom nye stillingsbeskrivelser. Blant de 55 respondentene som fortsatt er i utdanning, har ikke overraskende, svært få fått en ny stillingsbeskrivelse.

Figur 7.1 Har du fått en ny stillingsbeskrivelse som følge av at du har blitt eller utdanner deg til å bli AKS-er?
N = 108.



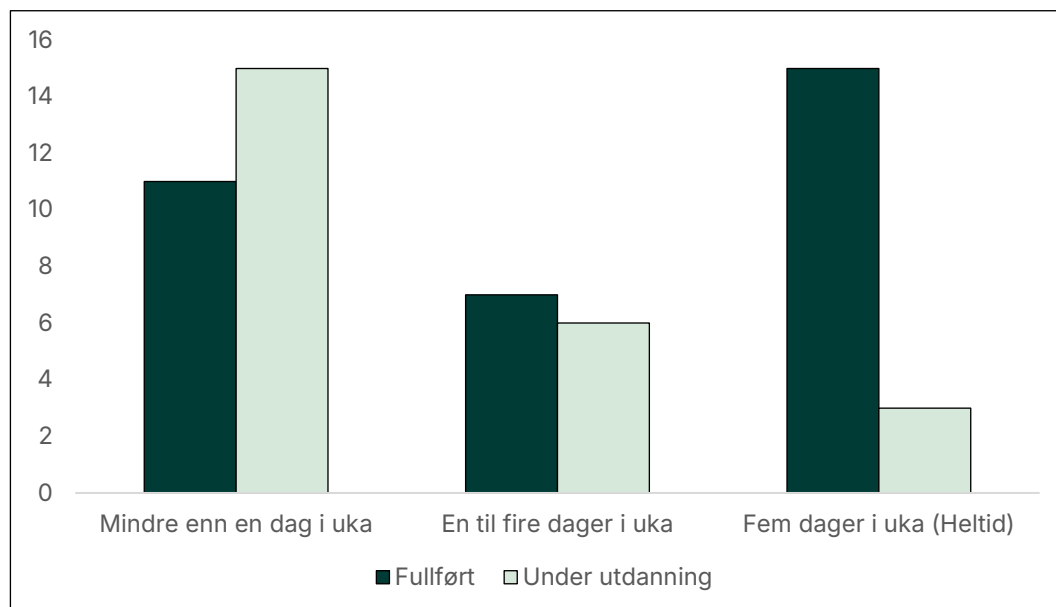
Note: Tallene omfatter sykepleiere som holdt på med master i avansert klinisk allmennsykepleie da undersøkelsen ble gjennomført.

7.2 Tid avsatt til oppgaver relatert til avansert klinisk allmennsykepleie

Videre spurte vi om hvor mye tid respondentene har avsatt til oppgaver relatert til avansert klinisk allmennsykepleie. Vi legger til grunn at avsatt tid til spesifikke oppgaver og ansvarsområder innebærer ledelsesforankring. Som det framgår i figur 7.2, jobber de

fleste som har fullført mastergraden fulltid med oppgaver relatert til kompetansen de har opparbeidet seg (15 totalt). Dette stemmer relativt godt overens med antallet som oppgir å ha fått nye stillingsbeskrivelser. Det er også mange som jobber inntil én dag i uka med oppgaver relatert til avansert klinisk allmennsykepleie.

Figur 7.2 Tid avsatt til AKS-relaterte oppgaver. (N = 64)

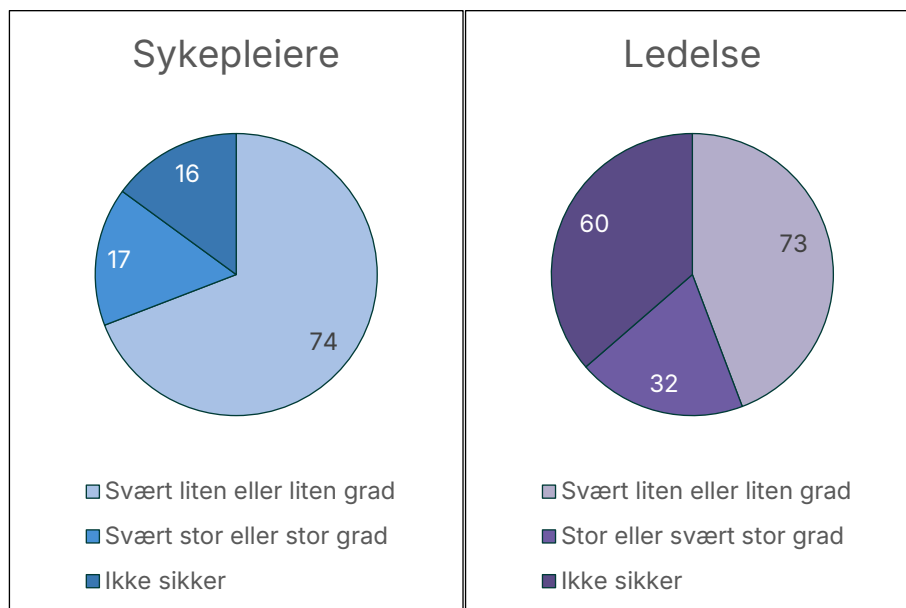


Note: Tallene omfatter sykepleiere som holdt på med master i avansert klinisk allmennsykepleie da undersøkelsen ble gjennomført. Spørsmålet gikk kun til de allmennsykepleierne som oppga at de hadde påtatt seg nye oppgaver som følge av utdanningen sin.

7.3 Ny plassering i organisasjonen og nye roller

Spørreundersøkelsene indikerer at økt omfang av allmennsykepleiere ikke har bidratt noe særlig til ny oppgave- og arbeidsfordeling i de fleste kommuner. Blant allmennsykepleierne svarte kun 17 av 107 at innføringen har påvirket oppgave- og arbeidsfordelingen i kommunen. Av ledere i kommuner som har allmennsykepleiere, svarte 32 av 165 at tilføringen av allmennsykepleier har ført til endringer i oppgave- og arbeidsfordeling.

Figur 7.3 og 7.4: I hvilken grad har økt AKS-kompetanse i kommunen påvirket oppgave- og arbeidsfordelingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene? Figur 7.3 N = 107, allmennsykepleiere i kommunal sektor. Figur 7.4 N = 165, ledere som har allmennsykepleiere ansatt enten i eller med fullført utdanning.



Gjennom de kvalitative intervjuene fant vi imidlertid eksempler der allmennsykepleiere hadde fått en annen plassering i organisasjonen. I det følgende presenterer vi tre eksempler på nye roller som har innebåret nye organisasjonsformer i tjenestene.

Fagsykepleier – sykehjem

Ved et sykehjem i en av casekommunene hadde de én avansert klinisk allmennsykepleier. Allmennsykepleieren arbeidet ved sykehjemmet samtidig som han fullførte mastergraden, og i masteroppgaven hadde han fordypet seg i bruk av tvang og makt mot brukere med demens. Dette var kompetanse virksomhetslederen, som var leder for to sykehjem og to bokollektiv (omsorgsboliger), anså som svært tiltrengt:

Vi hadde noen folk som hadde kompetanse på det, men det var få. Det er ikke bare vi som mangler kompetanse på dette: Det var et hull som fantes i alle sykehjem. (Intervju, leder)

Innenfor sine virksomheter hadde denne lederen to avdelinger for personer med demens, inkludert noen bogrupper med spesielt utagerende beboere. Underveis i utdanningen samarbeidet lederen og den kommende allmennsykepleieren om å utvikle en fagutviklingsrolle med særlig vektlegging av kompetanseheving rundt tvang og makt. Dette ble til en stilling på 50 prosent på tvers av virksomheten, men særlig rettet mot avdelingene med beboere med demens. Den resterende delen av arbeidstiden går han i vanlig turnus på én av demensavdelingene.

Da vi spurte om hvordan en vanlig dag i rollen som fagsykepleier ser ut, beskrev informanten at det varierer, men en dag kan for eksempel se slik ut:

I går, for eksempel, hadde vi en situasjon med en pasient som er utagerende. Da leser jeg meg opp, og så møter jeg avdelingen for å bli enige om tiltak. Da diskuterer vi

hvilke tiltak vi kan innføre og hvordan vi kan dokumentere situasjonen. På slutten av dagen hadde jeg intern undervisning. I tillegg oppdaterer jeg meg på ulike systemer – som Helseplattformen, alarmsystemet og andre velferdsteknologier. Så samarbeider jeg med legene, og holder i dialogen med dem. (Intervju, allmennsykepleier)

Som sitatet illustrerer, inneholder en vanlig arbeidsdag oppgaver utover fagutvikling. Allmennsykepleieren har spesielt ansvar for oppfølging av pasienter, eller beboere, med demens og utagerende adferd, og veileder avdelingene i hvordan de kan ivareta denne gruppen best mulig. Også virksomhetslederen beskriver dette som en sentral oppgave som bidrar til kvalitetsforbedring:

[Fagutviklingssykepleieren] driver med veiledning og rådgivning, og en del med kursing – en proaktiv instruktør. Det er veldig bra. Hvis vi får en [pasient]case snakker vi med han, og han legger en plan med de ansatte og pårørende. [...] Han er inne i mange veiledningsprosesser. Det er en trygghet og en ro. [...] Å ha en person med kompetanse og tid. (Intervju, leder)

Veiledning, fagutvikling og kvalitetssikring av rutiner rundt tvang og makt er kjerneoppgavene i denne rollen. Denne rollen innebærer, ifølge allmennsykepleieren selv, lite kliniske undersøkelser. Allmennsykepleieren beskrev at beboerne ofte er «ferdig utredede» når de kommer til sykehjemmet. I tillegg vurderte informanten at kompetansen hans ikke strakk til for å gjøre selvstendige kliniske vurderinger. Informanten hadde tidligere bodd og jobbet i et annet land der Nurse practitioner var en utbredt rolle, og sammenlignet sin kompetanse med disse:

Der har man Nurse practitioner (NP) som kan gjøre undersøkelser og skrive ut legemidler. Det fordrer at man har mer klinisk undervisning. Jeg er ikke helt trygg på det. (Intervju, allmennsykepleier)

Den opplevde kompetansemangelen kan delvis forklares av at denne informanten tok utdanningen under koronapandemien og derfor mistet en del av undervisningen i kliniske undersøkelser som skulle foregått på plass ved studiestedet. Samtidig mener han at mastergraden har for få kliniske fag til at de gir reell verdi og at utvidet klinisk praksis fordrer kontinuerlig oppdatering:

Det å fordype seg i forskning, og se verdien av å dra forskningen inn i klinisk praksis. Det er viktigere enn de kliniske fagene. Dette er en bransje der de [kliniske metoder/undersøkelser] endrer seg hele tiden. Så det har gitt aller mest – å forstå metode, bruke og vurdere forskning. (Intervju, allmennsykepleier)

Dette sykehjemmet er et eksempel på en lokal tilpasning av rollen til allmennsykepleieren basert på brukerbehov, kompetansebehov blant de ansatte og allmennsykepleierens egen spisskompetanse. Gjennom masterutdanningen hadde han fått en bred kompetanse, men også spisset seg inn på et spesifikt fagfelt som lå nært hans egen praksis/arbeidshverdag på sykehjemmet.

Allmennhelseteam på legekantor: oppfølging av beboere i omsorgsbolig

En annen casekommune hadde utfordringer med oppfølgingen av beboerne i omsorgsboliger. Beboerne i omsorgsbolig var i all hovedsak like syke som beboerne på sykehjem, men hadde ikke tilgang på de samme legeressursene som sykehjemsbeboerne, slik som denne informanten forklarer:

[Kommunen] har omtrent halvparten av sykehjemspopulasjonen boende i heldøgns-bemannede omsorgsboliger. De er like syke som sykehjemsbeboerne. De er skrøpelige. (Intervju, leder)

Beboerne i omsorgsboliger hadde med andre ord behov for tettere oppfølging, men de hadde ikke den samme faste, medisinske oppfølgingen eller tilsynet som det en sykehjemslege sto for på sykehjem. Hver beboer hadde sin fastlege, men på grunn av høy turnover og stort arbeidspress på fastlegene, opplevde de ansatte på sykehjemmet lite kontinuitet i behandlingen og oppfølgingen av beboerne. Fastlegene hadde sjelden tid til å komme på visitt, og hvis de kunne komme, skjedde dette ofte på ettermiddagen. Da var som regel den vakthavende sykepleieren som hadde sendt en forespørsel til legen ferdig på vakt. Ifølge informantene i omsorgsboligene bidro dette til at utvekslingen av detaljer om pasientens tilstand ble svekket, og oppklaringen av uklarheter var mer utfordrende.

Kommunen hadde først kun én allmennsykepleier, men rundt 2022 ble det ansatt eller utdannet tre allmennsykepleiere. Kommunen hadde testet ut flere ulike organiseringer av allmennsykepleierne, og i 2022–2023 bestemte de seg for å teste ut en ny løsning eller modell. Allmennsykepleierne ble organisert i et team, og de ble samlokalisert med det kommunale legesenteret. Allmennhelseteamet fikk større ansvar for oppfølging av beboerne i omsorgsbolig, og de skulle være bindeleddet mellom fastlegekontoret og omsorgsboligavdelingene. Hver beboer på tre av fire omsorgsboliger fikk tilbud om en «tilsynsfunksjon» bestående av én avansert klinisk allmennsykepleier og én fastlege. Dette kan også beskrives som et allmennhelseteam. Disse parene med allmennsykepleiere og fastleger delte omsorgsboligavdelingene mellom seg, slik at alle som takket ja på en avdeling fikk den samme allmennsykepleieren og fastlegen. Dermed fikk de ansatte i omsorgsboligene færre fastleger og andre ansatte på legekantorene å forholde seg til.

Tilsynsordningen innebærer at en sykepleier i allmennhelseteamet har fast tilsynsrunde på avdelingen én gang i uka. Da samles de ansatte og tar opp problemstillinger knyttet til beboerne og deres helse. En av allmennsykepleierne beskriver følgende:

Vi har faste visitt dager på omsorgshjemmene. Det er istedenfor at de sender mange PLO-er om reseptfornyelse og sånne ting. Da kan de skrive det ned i en bok.

Sykepleierne på avdelingen forteller om hva de ønsker å ta opp. Så løser vi det i fellesskap, eller så tar jeg et sykebesøk og gjør en klinisk undersøkelse på pasienten. Og så blir vi enige om hvordan vi gjør det videre. (Intervju, allmennsykepleier og leder for AKS-team)

I tillegg til de faste visittene er det også allmennsykepleierne de ansatte på avdelingene først kommer i kontakt med hvis de har noen spørsmål eller problemstillinger å ta opp, enten via telefon eller elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger.

Allmennsykepleierne har med andre ord hovedansvar for kartlegginger og vurderinger av pasienter. Informantene beskrev at de i mange tilfeller også foreslår behandlingstiltak, og lederen av teamet kunne fortelle at de har «ordinasjon etter prosedyre» til å starte behandling av enkelte tilstander som for eksempel urinveisinfeksjon. Fastlegen har likevel i all hovedsak ansvar for å kvalitetssikre og godkjenne allmennsykepleiernes forslag til behandling. I tillegg til den løpende oppfølgingen, har den tilknyttede allmennsykepleieren også ansvar for årskontroller av beboerne. En årskontroll innebærer en legemiddelgjennomgang, i tillegg til medisinske/fysiske tester. Lederen av allmennhelseteamet beskriver modellen slik:

Forskjellen nå er at når sykepleiere i hjemmetjenesten sender en PLO [pleie- og omsorgsmelding] om en pasient til legesenteret, så kan det være en AKS som svarer [...]. Mer kompliserte problemstillinger har vi legen med på. Forskjellen er at man før jobbet med en armlengdes avstand til legekantoret, mens nå sitter vi jo på legekantoret. Så man jobber mer som et allmennhelseteam, der en AKS gjør egentlig hele jobben. Eller ikke hele, men nesten. Og så kvalitetssikrer allmennlegen. (Intervju, allmennsykepleier og leder for AKS-team)

Sykepleierne og avdelingslederne i omsorgsboligene vi intervjuet var svært fornøyde med denne modellen. En avdelingsleder oppsummerer det slik:

Dagens organisering [med allmennhelseteam], det går inn og dekker et udekket behov. AKS-ene får en annen rolle: De står midt imellom sykepleierne og leger. De får sine egne oppgaver der det har vært et hull. Vi ser en kjempegevinst, i kvalitet. (Intervju, leder)

Dette er et viktig poeng: Opprettelsen av team bestående av allmennsykepleiere og fastleger på legekantoret bidrar til å tette et hull og til at en større del av oppfølgingen kunne skje i hjemmet. Gjennom å opprette en ny tilsynsfunksjon i form av et allmennhelseteam, beskriver de ansatte og lederne i omsorgsboligen at kvaliteten og kontinuiteten i helse- og omsorgstilbudet til beboerne har blitt styrket. De opplever at de har lettere og raskere tilgang på medisinsk veiledning og oppfølging, og at det har bidratt til økt kompetanse blant avdelingens ansatte:

[D]et er mer kompetanseoverføring. Sykepleiere og alle andre kan få veiledning og råd. Gjerne etisk refleksjon rundt krevende pasienter, eller undervisning. De har kommet hit og hatt undervisning. (Intervju, leder)

Denne kommunen er trolig en av kommunene som har gått lengst i å endre oppgavefordelingen mellom leger og avanserte kliniske allmennsykepleiere. Da vi gjennomførte intervjuene var det omsorgsboligene som sto i fokus, men de var i gang med å overføre denne modellen med allmennhelseteam til hjemmeboende med sammensatte eller

kroniske helsetilstander. Modellen deres har vært utviklet over lang tid, og informantene i kommunen beskriver at det har vært nødvendig for å bygge tillit og kjennskap mellom de ulike yrkesgruppene.

Vi hadde også et ønske om å intervju fastleger i kommunene for å høre om erfaringene deres med å samarbeide med allmennsykepleiere. Det fikk vi dessverre ikke til. Informantene våre, og da både allmennsykepleierne selv og avdelingslederne i omsorgsboligene, mente likevel at fastlegene nå så på allmennsykepleierne som en ressurs som kunne bidra til å avlaste deler av arbeidet deres. De trakk også fram at det var svært viktig at kommuneoverlegen og fastlegene var involvert i å utvikle modellen og arbeidsmetodene, slik at det ble tilpasset deres behov.

Fagteam i hjemmetjenesten

I en annen av de større casekommunene vi intervjuet, er seks av sykepleierne allmennsykepleiere. Disse er organisert i et tverrfaglig team med demenskoordinatorer, kreftkoordinatorer og noen ergoterapeuter. En allmennsykepleier leder teamet. Teamet håndterer de mest kompliserte pasientsituasjonene i hjemmetjenesten:

Vi tester ut det å samle litt mer spesialisert kompetanse. Vi ser at vi jobber på ganske lik måte. Uavhengig av hvilken avdeling pasienten tilhører, vi gjør hjemmebesøk, vi gjør kartlegginger, vi følger opp med fastlegene, med sykehus, pårørende, vi er tilgjengelig for råd og veiledning for både helsepersonell og pårørende og pasienter. Tidligere jobbet vi på hver vår tue – men hvis vi skal møte framtiden må vi ta litt faglig styring og tenke på hvordan vi skal bruke spesialister på best mulig måte for tjenesten. (Intervju, allmennsykepleier)

Fagteamet har et eget kontor der de kan møtes og diskutere når de ikke er ute og jobber klinisk med pasienter.

Organisatorisk får pasienter henvisning til fagteamet for at de skal bli fulgt opp herfra. En allmennsykepleier reiser så ut til pasienten og gjør en bred kartlegging av hva som er viktig for pasienten, vurderer helsetilstand, går gjennom medisinbruk og vurderer prosessen videre. Videre skriver allmennsykepleierne journalnotat etter hvert besøk til fastlegen, med eventuelle spørsmål og forslag til videre tiltak, hvis de ikke kan løse det på et lavere nivå sammen med hjemmesykepleierne.

Ovenstående viser at allmennsykepleierne, med unntak av teamlederen, i hovedsak anvender sin kliniske kompetanse og handlings- og beslutningskompetanse, i tillegg til kompetansen i pasientopplæring og veiledning.

Samtidig har den enkelte allmennsykepleieren også faglig ledelse ute i sine områder i hjemmetjenesten, med undervisning eller ved å legge litt føringer for hvilke prioriteringer som må gjøres i pasientgruppa. Kommunen har delt hjemmetjenesten i fire områder (inkludert korttidspasienter), og hvert område har hver sin allmennsykepleier, demenskoordinator og kreftkoordinator å forholde seg til. Disse deltar på faglige møter i sine respektive områder, og de er kontaktpersoner for basene i de respektive områdene.

Det er relativt nytt for kommunen å være organisert på denne måten. En problemstilling de har tenkt på med organiseringen de nå har, er at de bør få tettere forankring mot fastlegene for å være enda mer tilgjengelige for behov som oppstår. De opplever også at de må jobbe med å være tett koblet på den enkelte avdelingen i hjemmetjenesten. Det er ikke mulig å være fysisk til stede på alle de 14 basene, siden de er så få, men de ønsker å være minst én gang i uka på hver base:

Tidligere var allmennsykepleieren tilknyttet en base og var mer tilgjengelig for denne. Det får vi ikke til sånn som det er nå, så der må vi finne noen gode løsninger, sånn at vi ikke blir en veldig fjern tjeneste. (Intervju, allmennsykepleier)

Kommunen har opplevd noe motstand fra de øvrige sykepleierne i utviklingen av allmennsykepleierrollen. I starten var det en holdning blant sykepleiere om at master er unødvendig, siden sykepleierutdannelsen skal være god nok. Dagens skepsis er knyttet til at andre sykepleiere ikke alltid skjønner hensikten og oppfatter AKS-ene som en variant av «luksussykepleiere», og tenker at allmennsykepleierne egentlig tilbyr fastlegenes jobb. Fastlegene er imidlertid fornøyde, fordi de får grundige vurderinger av deres pasienter etter at fagteamet har tatt tak i saken. Skepsisen er størst blant sykepleiere som ikke har direkte erfaring med å jobbe med fagteamet.

7.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett at allmennsykepleiere i varierende grad har fått formalisert nye oppgaver. Under halvparten av respondentene i spørreundersøkelsen vår har fått nye stillingsbeskrivelser, og mange har ikke avsatt tid til nye oppgaver relatert til deres kompetanse. Videre har vi sett at kompetansen til allmennsykepleiere utnyttes i liten grad til større endringer i oppgave- og arbeidsfordeling i kommunene.

Noen kommuner har kommet lenger når det gjelder å bruke kompetansen til å utvikle nye roller eller til å organisere tjenestene på nye måter. I kapitlet har vi vist tre ulike måter å ta i bruk allmennsykepleiere på, innenfor tre ulike tjenesteområder: sykehjem, legekontor-omsorgsboliger og hjemmetjenesten. To av disse har innebåret større endringer i tjenesteorganiseringen, og opprettelsen av nye team har vært bestående helt eller delvis av allmennsykepleiere. Den ene kommunen har endret i stillingsbeskrivelser for å skape en ny rolle for allmennsykepleieren innenfor tjenestestedet. De to casekommunene som har opprettet nye tjenester eller team rundt allmennsykepleierne kjenne- tegnes av at de har hatt allmennsykepleiere i kommunen over flere år og at de har flere sykepleiere med master i avansert klinisk allmennsykepleie. De har jobbet fram sine «modeller» eller funksjoner over lenger tid, og gjør fortløpende vurderinger av hvordan ting kan forbedres.

Disse tre funksjonene er tilpasset de lokale behovene i kommunen. Som vi vil diskutere videre i neste kapittel, muliggjør breddekompetansen sykepleierne får gjennom masterutdanningen nettopp denne variasjonen i roller for allmennsykepleierne.

8 Forklaringer på variasjon i allmennsykepleierroller

Forrige kapittel viste at det er variasjon i hvor formaliserte stillinger og funksjoner allmennsykepleierne har i kommunen. I dette kapitlet beskriver vi noen av årsakene til at allmennsykepleiere brukes på så forskjellige måter rundt omkring i landet, og hvorfor mange kommuner ikke har formalisert allmennsykepleiernes rolle i tjenestene.

8.1 Kommunene har ulike behov og forutsetninger

Den store variasjonen i hvordan allmennsykepleierne brukes i kommunen kan nok delvis forklares av at ulike kommuner har ulike behov og utfordringer. De lokale behovene i kommunen er formet av faktorer som kjennetegn ved befolkningen og deres helseutfordringer, innretningen av tjenestene, kompetansebehov blant ansatte og tilgang på ulike fagkompetanser og helsepersonell slik som fastleger og sykepleiere med og uten videreutdanning. I en av de mindre casekommunene pekte kommunedirektøren nettopp på dette med å tilpasse allmennsykepleierne til kommunens behov:

Vi må ta utgangspunkt i behovene som finnes i regionen og utvikle AKS med det som utgangspunkt. Er litt redd for å «skape» behov eller overlevere på tjenester. (Intervju, kommunedirektør)

Videre er valget av innretning på allmennsykepleierens rolle, inkludert om de er samlet i team eller ikke, påvirket av antallet sykepleiere i kommunen med denne mastergraden. I kommuner som kun har én allmennsykepleier er det ikke et alternativ å bygge opp større team som jobber på flere avdelinger eller tjenesteområder. Vi har også sett eksempler på kommuner med flere allmennsykepleiere der de er spredt på tvers av flere avdelinger og tjenesteområder, og der de er samlet i team. Noen kommuner synes å ha gjort vurderinger av den mest hensiktsmessige organisasjonsformen, mens i andre kommuner synes spredning av allmennsykepleierne heller å være et resultat av manglende planlegging og forankring sentralt i kommuneadministrasjonen.

Økonomi og bemanningsutfordringer

Noen ledere peker på økonomi og bemanningsutfordringer i tjenesten som en forklaring på at allmennsykepleierne ikke får nye roller eller at det er ikke gjort større endringer i organiseringen av oppgaver og tjenester:

Det er ikke midler til å opprette stillinger som gir muligheter for stor utnyttelse. [...] Selv med høyere kompetanse er det utfordrende å sette av tid og midler til å utnytte kompetansen til å utføre andre oppgaver. Bemanningsplanene er for stramme. (Fritekstsvar, leder)

Dette er en svært viktig kompetanse for vår tjeneste. [...] Jeg mener videreutdanningen er veldig bra, [men] vi ikke har mulighet eller behov for mange med master. Vi

har ikke økonomi til å lønne mange med masterlønn i kommunene i tillegg tjener de mer enn sine ledere som også har solide utdanninger og det blir en utfordring for oss å motivere ledere til å fortsette. (Fritekstsva, leder)

Også noen allmennsykepleiere pekte på økonomi som en forklaring på hvorfor det ikke hadde skjedd endringer i deres kommune etter endt utdanning:

Økonomisk sett ser de på kortsiktige mål i forhold til økonomi, men synes en master "er for dyr". (Fritekstsva, allmennsykepleier)

[...] Det gis i liten grad tid og mulighet. De er mest opptatt av å ha nok hoder i daglig drift. (Fritekstsva, allmennsykepleier)

Disse sitatene illustrerer at vi kan skille mellom to ulike, men tett sammenvevde forklaringer som dreier seg om økonomi og bemanning. Den første handler om lønn. Noen ledere beskriver at de ikke har god nok økonomi i kommunen til å lønne mange sykepleiere med mastergrad, og at dette setter en stopper for både å utdanne og ansatte sykepleiere med mastergrad i avansert klinisk sykepleie. Dette reflekteres også i allmennsykepleiernes svar, der flere oppgir at de ikke har fått gjennomslag for høyere lønn.

Den andre forklaringen dreier seg i større grad om bemanningsutfordringer. Både ledere og sykepleiere beskriver at det er utfordrende å finne tid og rom til en ny stilling, fordi det er så stort behov for folk på «gulvet» i helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Som følge av dette, prioriteres det å beholde allmennsykepleierne i de samme stillingene i vanlig drift. Ledere og allmennsykepleiere beskriver at det verken er tid eller ressurser til å ta allmennsykepleierne ut av de driftsnære stillingene for at de skal kunne ta ansvar for utviklingsarbeid knyttet til for eksempel kompetanseheving eller tjenestekvalitet.

Dette har vi også sett eksempler på i casekommunene. I to av kommunene hadde allmennsykepleierne én dag i uka avsatt til andre fag- eller tjenesteutviklingsoppgaver. Disse dagene ble likevel ofte spist opp, fordi de måtte inn og dekke fravær på avdelingen. Mangelen på tid, ressurser og krefter er gjennomgående temaer i forskningslitteraturen om både de ansatte og de lokale avdelingslederne i kommunen (Andersen et al., 2021; Yssen et al., 2023; Aagestad & Brochmann, 2022). Disse manglene spiller nok inn på det AKS-ene beskriver som manglende interesse og vilje til å sette seg inn i deres kompetanse og mulige bidrag til tjenesten. Det framstår like fullt som et paradoks, all den tid allmennsykepleiere skal kunne bidra med endrings- og forbedringsarbeid, inkludert bedre ressursutnyttelse.

8.2 Allmennsykepleiere er drivere for å utvikle egen rolle

Allmennsykepleierne har selv vært viktige drivere for å både identifisere/kartlegge behovene i sin kommune og foreslå hvordan en allmennsykepleierfunksjon kan bidra til å møte disse behovene.

I en casekommune der de har opprettet et AKS-team i tilknytning til fastlegesenteret, beskrev allmennsykepleieren sin rolle i utvikling slik:

Ingenting av dette hadde skjedd, tror jeg, hvis jeg ikke hadde vært den motoren jeg har vært. Det samme skjedde i [en annen kommune i fylket] også, med [AKS-ansatt] der. [...] Poenget er at vi nå ikke har en modell som legger til rette for det. Det er overlatt til ildsjeler. (Intervju, allmennsykepleier)

Denne informanten beskriver at utviklingen av nye funksjoner og roller er et ildsjel-arbeid, og at det er han selv som i stor grad har drevet dette arbeidet framover i sin kommune. Dette er også noe som har vært nevnt i andre kommuner, og flere av allmennsykepleierne virker bevisste på at det er deres rolle å være en drivkraft i arbeidet med å informere om hvilke oppgaver og funksjoner de kan ha i de kommunale tjenestene. To relativt nyutdannede allmennsykepleiere i en annen kommune, som ivret etter å få brukt kompetansen deres på en bedre måte, fortalte for eksempel at:

Vi har invitert oss selv til helse- og omsorgsutvalget. Vi skal presentere AKS for politikerne, hvem vi er og hva vi kan. (Intervju, allmennsykepleier)

Disse sitatene illustrerer at det var mange av våre informanter som beskrev at de selv hadde lagt ned mye krefter i å drive fram utviklingen av allmennsykepleierfunksjoner, gjennom blant annet å informere ledelsen på ulike nivåer om hva de kan.

En sentral utfordring knyttet til roller som utvikles av ildsjeler er at det kan oppstå et vakuum dersom ildsjelen slutter. Dette pekte en av respondentene på i spørreundersøkelsens åpne spørsmål:

Jeg har vært så heldig at jeg har fått lov til å bygge opp rolle og funksjon gjennom siste halvdel av studiet og som nyutdannet i [navn på kommune]. Jeg opplevde at vi fikk utnyttet rollene og funksjonen godt og fikk løftet hele tjenesten i denne perioden. Det ble ansatt ytterligere to AKS for å gjøre det samme i resten av tjenesten.

Sett i retrospekt tror jeg at mye av rollen og funksjonen ble for mye formet av meg som person i rollen, og for lite av den formelle AKS kompetansen. Samtidig er det vanskelig fordi AKS jo er en del av meg.

De nye AKS-ene strevde i sine roller og etter at jeg fikk videre til ny jobb forsvant hele AKS-funksjonen i løpet av seks måneder også helt fra bydelen.

Jeg tenker nå mye på hvordan AKS-rollen jeg er i nå bygges opp slik at den kan overtas av andre. For det er kanskje først da rollen egentlig er implementert og bærekraftig for fremtiden? Når vi kan gi stafettpinne videre? (Fritekstvar, allmennsykepleier)

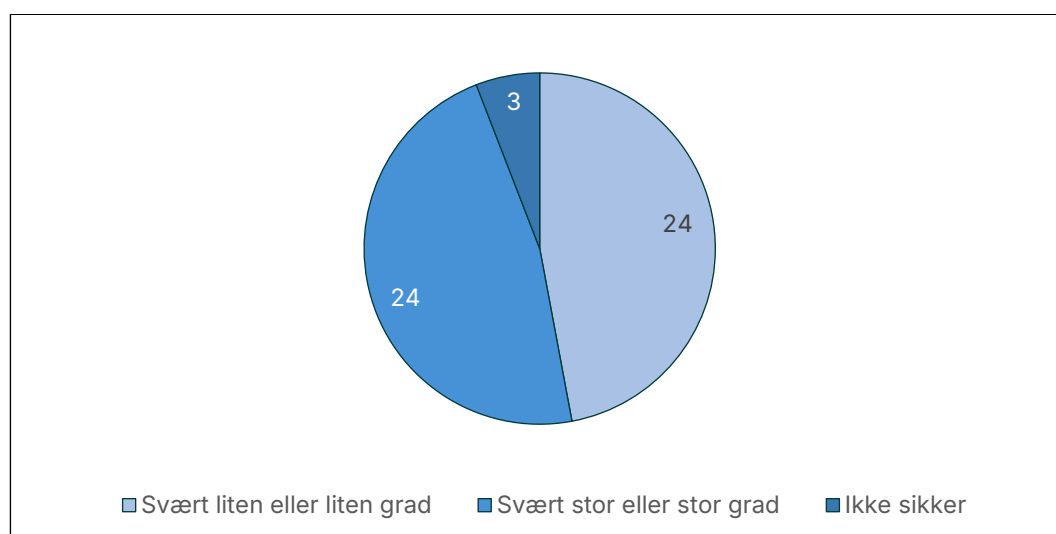
Denne sykepleieren har til felles med flere andre allmennsykepleiere at vedkommende hadde vært en driver i å utvikle allmennsykepleierfunksjonen ved sin avdeling. Dette gjenspeiler allmennsykepleieren i delkapitlet ovenfor, som beskrev at «vi nå ikke har en modell som legger til rette for det. Det er overlatt til ildsjeler».

Selv om ledelsen hadde vært positiv til at sykepleieren tok mastergraden, og opprettet en ny stilling, framstår det som at de ikke hadde vært særlig involvert i å utforme funksjonen. I sitt fritekstsvar reflekterer samtidig denne respondenten over nedsidene ved at allmennsykepleierne selv driver utviklingsprosessen. Her trekkes det fram at allmennsykepleierfunksjonen i større grad vil speile denne ene personens interesser og spisskompetanse. Dette kan bidra til at det er vanskelig å overføre eller videreføre rollen til andre allmennsykepleiere når et team utvides, rollen skal overføres til andre avdelinger eller når den opprinnelige allmennsykepleieren slutter.

Dette er en kjent utfordring i all slags prosjekt- og utviklingsarbeid. Hvis utviklingsarbeidet avhenger av noen få ildsjeler uten en bredere organisatorisk forankring, skal det lite til for at det faller sammen når noen av ildsjelene slutter (Moland, 2021). En slik personsentrert utviklingsprosess kan potensielt også bety at allmennsykepleierrollen i større grad blir preget av allmennsykepleierens egne interesser, og ikke de faktiske behovene i avdelingen eller kommunen. Dette antydes også i denne respondentens svar, der hen beskriver at rollen i for stor grad ble formet av «meg selv som person i rollen». Det framhever samtidig betydningen av en bred forankring av rollen og funksjonen, og en «hands on»-tilnærming fra ledere og andre interessenter i utviklingen av nye allmennsykepleierfunksjoner.

I spørreundersøkelsen spurte vi om i hvilken grad allmennsykepleieren hadde vært med på å utvikle rollen sin. Som det framgår av figur 8.1, oppgir halvparten at de i stor grad er enige i at de har vært deltakende i utviklingen av rollen i sin kommune, mens den andre halvparten i liten grad er enige. De 24 som oppgir å ha vært lite deltakende i å utvikle en allmennsykepleierrolle har i hovedsak heller ikke fått ny stilling etter endt utdanning. At halvparten av respondentene ikke har vært deltakende i å utforme en allmennsykepleierrolle, betyr dermed ikke at de ikke har vært involvert i utforming av ny stilling, men heller at det ikke er en pågående prosess for å etablere en ny stilling eller funksjon som de kan delta i.

Figur 8.1 Grad av deltakelse i utviklingen av AKS-rollen. N = 51



8.3 Manglende forankring hos ledere og andre aktører

Selv om allmennsykepleierne framstår som ledende «ildsjeler» i utviklingen av nye roller, har langt flere enn allmennsykepleierne selv vært involvert i de kommunene eller avdelingene som har etablert allmennsykepleierfunksjoner som de selv opplever å ha gitt økt kvalitet i tjenestene. En allmennsykepleier i kommunen med allmennhelseteam tilknyttet legekantoret beskrev at:

Det er gjerne en AKS som er entreprenør og innovatør som tar det videre og får med seg samarbeidspartnere. Det kan være leger, det kan være ledere. Her har kommuneoverlegen vært viktig. (Intervju, allmennsykepleier)

I denne kommunen var kommuneoverlegen og øvrige fastleger sentrale aktører for å utvikle og forankre allmennsykepleierfunksjonen. I tillegg har ideen om et AKS-team vært forankret hos kommunalsjefen. Ved at denne yrkesgruppen ble involvert, kunne man utvikle en modell eller funksjon som bidro til å løse deres behov.

Videre er selvsagt også involvering og forankring hos lederne, både nærmeste leder og øvrig ledelse, sentralt for å utvikle og etablere nye stillinger for allmennsykepleierne. Det varierer nok i hvilken grad lederne selv tar initiativ til å kartlegge og definere hvordan allmennsykepleierne kan brukes, eller om de i større grad er mottakere som vurderer allmennsykepleiernes egne innspill. Sykehjemmet som hadde utviklet en fagutviklingspsykepleier med spesialisering i demens hadde også en allmennsykepleier under utdanning. Her hadde lederen vært tett involvert i hele utdanningsløpet til begge sykepleiere, og det trakk vedkommende fram som et råd til andre:

Hvis du ikke samarbeider med de som tar utdanning, hvilken nytte vil vi ha av utdanningen da? Da sikrer man at [master]oppgaven er relevant for virksomheten og kommunen.

Du må tenke: som kommune, hva gir det oss at de tar denne utdanningen? Hvilken kompetanse trenger vi? Du er nødt til å tenke hvordan de skal nyttiggjøre deg av den kompetansen de får. Jeg har sagt at da vil jeg at vi skal samarbeide, finne temaer vi trenger kompetanse på. (Intervju, leder)

Denne lederens strategi framstår som svært proaktiv. Hun var med på sine sykepleieres beslutning om hvilken videreutdanning de skulle ta, og hadde tett dialog underveis med sykepleierne. Gjennom å holde en tett dialog skrev også sykepleierne masteroppgaver om en tematikk eller fagfelt som sykehjemmet manglet kompetanse på. Som med allmennsykepleieren som hadde spesielt ansvar for tvang og makt, hadde lederen også forsøkt å få på plass en ny fagutviklingsstilling knyttet til det feltet den andre allmennsykepleieren skrev sin master om. Å skape stillinger der allmennsykepleierne fikk arbeide med sin spesialisering håpet lederen også ville bidra til at sykepleierne ble værende i tjenesten.

Dette caseeksemplet er et eksempel på en «hands on»-strategi fra ledelsen, der enhetslederen for de to sykehjemmene engasjerte seg i å kartlegge hvilken kompetanse

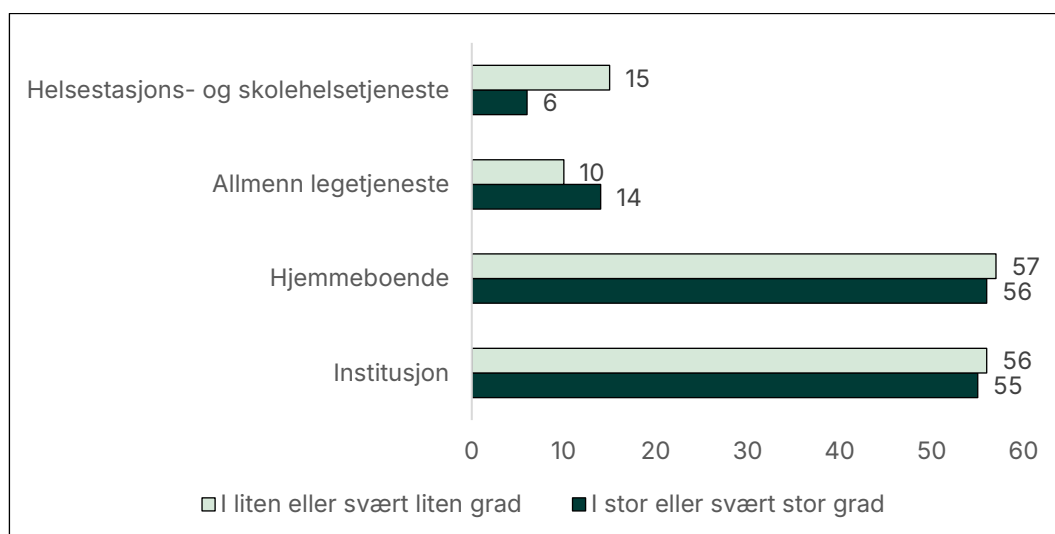
de hadde behov for og hvordan allmennsykepleierens nye stilling burde utformes for å dekke dette kompetanse- eller tjenestebehovet. I denne kommunen hadde den sentrale ledelsen i kommunen ikke vært spesielt involvert i utviklingsarbeidet.

8.4 Fortsatt manglende kjennskap til avansert klinisk allmennsykepleier både hos ledere og hos andre yrkesgrupper

De kommunale ledernes manglende kjennskap til hva en avansert klinisk allmennsykepleier er og hvilken kompetanse de har, framstår som en forklaring på hvorfor mange kommuner i liten grad har gjort endringer for å nyttiggjøre seg av sine allmennsykepleiere. Spørreundersøkelsen rettet mot ledere viser at svært mange av lederne kjenner til utdannelsen – omtrent 90 prosent oppgir at de kjenner til utdannelsen. Dette indikerer at avansert klinisk allmennsykepleie er noe mange kommunale lederne kjenner til. Det er viktig å få fram at vårt utvalg nok ikke er representativt for kommune-Norge, siden det kan tenkes at flere av de som allerede kjenner til avansert klinisk allmennsykepleie har valgt å ta seg tid til å svare på denne spørreundersøkelsen.

Selv om det store flertallet i vårt utvalg kjenner til avansert klinisk allmennsykepleie, så er det langt færre som kjenner til *innholdet* i utdannelsen. Blant virksomhets- og tjenestelederne i de største tjenesteområdene med flest allmennsykepleiere-utdannende (hjemmeboende og institusjon), så kjenner bare litt under halvparten til innholdet i utdanningen og hva sluttkompetansen til en allmennsykepleier er.

Figur 6.1 Grad av kjennskap til innholdet i AKS-utdannelsen og sluttkompetansen, fordelt på tjenestested i kommunen. Kun virksomhet- og tjenesteledere. N = 298



Manglende kjennskap til allmennsykepleiere blant ledere, og hvilken betydning det hadde for utviklingen av nye roller, var noe flere løftet i intervjuer og fritekstsvar. Som diskutert tidligere, beskrev flere av allmennsykepleierne at de selv hadde hatt en viktig rolle i å informere sine ledere om kompetansen og rollene de kunne innta etter endt utdanning. Mange beskrev at det tok tid før lederne ble kjent med deres kompetanse og forsto hvordan de kunne brukes for å løse arbeidsoppgavene på best mulig måte. En av de intervjuede allmennsykepleierne påpekte for eksempel at den tette kontakten hun hadde hatt med ledelsen underveis i studieforløpet bidro til at de tidlig fikk et relativt klart bilde av nytteverdien av utdannelsen og hvordan kompetansen burde brukes i

kommunen. Denne respondenten fikk en tydelig definert og ny funksjon i sin kommune relativt raskt etter endt utdanning.

En av lederne vi intervjuet pekte direkte på utfordringen med å ikke være helt innforstått med innholdet i utdannelsen:

Har vært litt vanskelig å forstå hva AKS egentlig kan og hva de kan brukes til, men ett «enklere» sted å begynne, også fordi sykepleierne var opptatt av tematikken, var dette med klinisk observasjon. (Intervju, leder)

Som en følge av egen og andre ledere i kommunen sin manglende innsikt i kompetansen til en allmennsykepleier, mente denne lederen at det var behov for å gradvis vurdere og teste ut hvordan allmennsykepleierne best burde brukes i kommunen. At ledelsen ønsket å først bli kjent med sluttkompetansen, innebærer naturligvis at det tar tid før nye stillinger eller funksjoner blir etablert.

Ledelsens manglende kjennskap ble også beskrevet som en bremsekloss av allmennsykepleierne i spørreundersøkelsen. I ett av de åpne oppfølgingsspørsmålene nevnte flere av sykepleierne at mangel på kjennskap hos ledelsen var en forklaring til at allmennsykepleierne ikke hadde større positive ringvirkninger for tjenestekvalitet:

Ledelsen vet ikke hvordan AKS kan brukes. (Fritekstsvar, allmennsykepleier)

Det var ingen plan for AKS etter endt utdanning. Kommunen vet ikke hva de kan bruke oss til og har heller ikke hørt på våre innspill. (Fritekstsvar, allmennsykepleier)

Det er vanskelig å få til endring da det kan virke som at ikke arbeidsgiver ønsker å sette seg inn i hva AKS betyr eller hva slags kompetanse vi innehar og hvilken betydning det kan gi. (Fritekstsvar, allmennsykepleier)

Flere av disse allmennsykepleierne ser sine ledernes manglende kjennskap til en allmennsykepleiers kompetanse i sammenheng med en manglende vilje til å sette seg inn i hva som ligger i deres utdanning og sluttkompetanse. Dette står i kontrast til case-eksemplet, der lederen framsto som interessert og villig til å forstå hva allmennsykepleierens kompetanse består av. Som vi vil utdype i de følgende avsnittene, kan det tenkes at det ligger flere forklaringer bak det allmennsykepleierne opplever som manglende vilje til å anerkjenne og forstå potensialet i deres kompetanse.

I forskningslitteraturen om avanserte kliniske sykepleiere blir andre yrkesgruppers manglende kjennskap, og til dels motvilje, mot avansert klinisk allmennsykepleie trukket fram som en viktig forklaring til treg eller manglende utvikling av nye funksjoner (Antypas & Kirkevold, 2020; Henni et al., 2018). Legene er en yrkesgruppe som trekkes spesielt fram. Dette har også vært et tema i intervjuene våre og i fritekstsvarene i undersøkelsen:

Kompetansen trenger å bli enda bedre kjent blant leger, ledere og andre samarbeidende instanser. (Fritekstsvar, allmennsykepleier)

I intervjuer har flere av allmennsykepleierne fortalt at sykepleierkollegaer, fastleger eller tilsynsleger i starten enten var skeptiske eller usikre på hva deres kompetanse innebar. Som i tidligere studier av avanserte kliniske sykepleiere i Norge, beskrev også informan- tene våre at de selv tok ansvar for å vise sin kunnskap og ferdigheter når de samarbei- det med leger eller andre ansatte i tjenesten. Dette blir også trukket fram i noen av fri- tekstsvarene:

Viktig med samarbeid i utformingen av rolle, ansvar og oppgaver. [...] Mye skepsis fra egne sykepleierkollegaer er normalt i begynnelsen, før man ser effekter av rollen, samt etablerer samarbeid. (Fritekstsvr, allmennsykepleier)

Andre kollegaers og yrkesgruppers manglende kjennskap, og skepsis, til avansert kli- nisk allmennsykepleie synes dermed å være noe som avtar over tid, ved at allmennsy- kepleierne anvender sine ferdigheter og kunnskap på arbeidsplassen. Samtidig er det også sentralt å skape funksjoner eller roller som avlaster eller støtter disse andre yrkes- gruppene, slik at de opplever allmennsykepleiernes funksjon som nyttig for seg selv og arbeidshverdagen sin. I kommunen der allmennsykepleierne er integrert på legesenteret med spesielt ansvar for omsorgsboligene, synes de å ha etablert en slik modell – men først etter prøving og feiling med andre varianter:

Vi laget et team med AKS. I starten servet de hele kommunen, var tilgjengelig for alle. Noen ganger i hjemmetjenesten tok de over noen oppgaver sykepleierne egentlig hadde gjort og kunne gjøre. Det synes jeg var en dårlig bruk av AKS. Deres spesial- kompetanse kom ikke godt nok fram. [...] Nå går de inn og dekker et udekket behov. (Intervju, leder)

Dette sitatet illustrerer at det er sentralt at andre yrkesgrupper, og ledere, opplever at allmennsykepleieren bidrar til å løse utfordringer i tjenesten, avlaste deres arbeidsopp- gaver eller gi en kompetanseoverføring.

8.5 Ulike forståelser av og ønsker for allmennsykepleierrollen

Mastergraden i avansert klinisk allmennsykepleie har som formål å gi sykepleierne en avansert *breddekompetanse*, og skal forberede kandidatene på å løse sykepleiefaglige problemstillinger på flere nivåer – fra individ til system. Som vi har sett gjennom denne rapporten, skaper breddekompetansen rom for roller eller funksjoner med ulik spissing, ofte tilpasset lokale behov i kommunen. At mastergraden er så bred, kan samtidig bidra til å skape dilemmaer eller uenigheter om hvordan kompetansen kommer best til rette.

I flere av casekommunene hadde de gjort endringer og tilpasninger før de kom fram til de allmennsykepleierfunksjonene de har i dag. Alle jobber pasientnært i store deler av arbeidstiden sin, men flere har også noen funksjoner på et mer overordnet nivå – enten det gjelder fagutvikling, koordinering eller tjenesteutvikling. I intervjuene kom det ikke fram at det hadde vært større eller vedvarende uenigheter mellom allmennsykepleierne selv og ledelsen i hvordan og hvor de burde jobbe. De beskriver likevel at det har tatt tid å utvikle de rollene eller funksjonene de har i dag, og at det har vært noe skepsis knyttet til rollene deres.

Funn fra spørreundersøkelsen viser at det har vært noen uenigheter, eller ulike ønsker, mellom ledere og allmennsykepleierne om hvordan kompetansen kommer best mulig til nytte:

Det er flott med økt faglig fokus, men når de som kommer tilbake tenker at de gjør mest nytte for seg på et «kontor» er jeg skeptisk til hvor stor nytte en kommune vil ha av utdanningen. Fokuset bør være på hvordan kan jeg med mine kunnskaper være med å trygge kollegaene mine til å klare arbeidsoppgavene? Hvordan kan jeg sørge for at tjenestekvaliteten NÆRMEST pasienten øker? Det kan virke som fokuset er mye på system og teori og mindre på praktisk arbeid som jo er en stor del av en sykepleiers jobb. (Fritekstsvar, leder)

Denne lederen synes å være positiv til masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie, men mener det er viktig at allmennsykepleierne jobber pasientnært og overfører sin kompetanse til medarbeiderne gjennom veiledning i det praktiske, kliniske arbeidet. Dette inndelingen mellom «kontor» og «pasientnært», og skepsisen til allmennsykepleiere på «kontor», er noe flere ledere nevner i fritekstsvarene sine:

Det er usikkerhet rundt om hvordan skal stillingen brukes. Det oppleves at stilling til tider kan brukes som administrativ og miste sin praktiske betydning. [...] (Fritekstsvar, leder)

Studentene blir oppfordret av studiested til å forvente egne stillinger der de har en overordna rolle. Det er ikke behovet. Vi trenger økt kompetanse anvendt, og ikke bare på kontor. (Fritekstsvar, leder)

De blir tatt ut i dag stillinger som fag spl. Dette mener jeg går ut over kvaliteten og kompetansen ute i driften. De bør jobbe med pasientene, ikke kun med undervisning og veiledning. De bør jobbe dag/kveld og helg. (Fritekstsvar, leder)

Sitatene illustrerer at lederne ønsker at allmennsykepleierne burde jobbe primært eller utlukkende pasientnært, men at de oppfatter at allmennsykepleierne ønsker å få mer administrative funksjoner eller roller. Dette kan være en reell problemstilling i kommunene disse lederne jobber i, men våre funn indikerer at allmennsykepleierne selv setter pris på og ønsker å ta i bruk sine kliniske ferdigheter i behandling og oppfølging av brukere. Flere av allmennsykepleierne vi har intervjuet mener at det er størst verdi i at de jobber pasientnært. Samtidig er det også mange som uttrykker ønske om en stilling som er mer tilpasset deres kompetanse, og med større ansvar for overordnede og ikke-pasientnære oppgaver, som for eksempel fagutvikling eller tjenestekoordinering.

8.6 Oppsummering

Fordi utdanningen og yrkesrollen er så ny i norsk kontekst, er det på mange måter naturlig at allmennsykepleierne må ta ansvar for å informere om hvilken kompetanse de innehar til sine ledere. I dag er det de som er «eksperter» på egen yrkesrolle. Å ta ansvar for å informere om kompetansen sin er likevel ikke det samme som å være

«prosjektlederen» i utviklingsarbeidet rundt en ny rolle. For å skape bærekraftige allmennsykepleierfunksjoner som bidrar til å løse utfordringer i tjenestene eller heve kvaliteten, er det nødvendig med en bredere forankring i kommunen. Casekommunene som har opprettet nye stillinger eller team av allmennsykepleiere kjennetegnes av at flere yrkesgrupper og ledernivåer har vært involvert i å utvikle disse funksjonene.

Samtidig ser vi at det er flere forhold som hemmer utviklingen av nye allmennsykepleierfunksjoner i kommunen. Mangel på kjennskap til avansert klinisk allmennsykepleie blant ledere og andre yrkesgrupper i kommunen framstår som en sentral barriere. Det samme gjør bemannings- og økonomiutfordringer. Til sist framstår det også som at bredden i kompetansen til allmennsykepleiere fører til uenigheter eller uklarheter rundt hvordan den best kommer til nytte i kommunens helse- og omsorgstjenester.

9 Konklusjon

I denne rapporten har vi gitt status på den nye yrkesgruppen av avanserte kliniske allmennsykepleiere som jobber i kommunen. Vi har sett spesielt på 1) omfang og kjennetegn ved allmennsykepleiere i Norge, 2) deres roller og arbeidsoppgaver i kommunen og 3) kommunens strategiske planlegging for og bruk av allmennsykepleiere.

I dette konklusjonskapitlet vil vi først oppsummere hovedfunnene, før vi så drøfter hva som skal til for å få enda bedre nytte av allmennsykepleierne i de kommunale helse- og omsorgstjenestene framover.

9.1 Omfang av og kjennetegn ved allmennsykepleiere

Per i dag finnes det ikke oppdatert registerdata om gruppen av sykepleiere som kvalifiserer til spesialistgodkjenning i avansert klinisk allmennsykepleie. Basert på Helsedirektoratets oversikt over antallet med spesialistgodkjenning, Norsk Sykepleierforbund sin faggruppe for allmennsykepleiere og våre spørreundersøkelser, kan vi anslå at det i 2024 finnes mellom 205 og 220 allmennsykepleiere i Norge. I tillegg til disse kommer de som er under utdanning nå.

Allmennsykepleierne er spredt over hele landet, men det er klart færre i de nordligste fylkene – Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark. Dette er ikke et overraskende funn, og kan forklares med at det ikke finnes et studietilbud innen avansert klinisk allmennsykepleie i disse fylkene.

Vår spørreundersøkelse indikerer at de aller fleste allmennsykepleierne arbeider i kommunen, men de er spredt på ulike tjenestesteder. Det er likevel flest som jobber i hjemmetjenesten og på institusjon. Videre finner vi at allmennsykepleierne i kommunen kjennetegnes av å være faglig dedikerte og stabile arbeidstakere. Mange har lang ansiennitet i kommunen, og de aller fleste jobber i store og hele stillinger. Når det gjelder arbeidstid, synes ordinær turnus med dag-, kvelds- og helgearbeid å være det vanligste, men det er også en del som jobber kun dagtid eller i tredelt turnus med nattarbeid.

9.2 Allmennsykepleiernes arbeidsoppgaver og roller

Vi finner at det er stor variasjon i allmennsykepleiernes arbeidsoppgaver og roller i de kommunale tjenestene. Selv om det er variasjon i hvilke arbeidsoppgaver og roller de har, er både ledere og allmennsykepleiere enige om at kompetansen deres bidrar til kvalitetsforbedring i tjenestene.

Allmennsykepleierne oppgir også at de i stor grad får nytte av kompetansen sin i sitt daglige arbeid. De kompetansene flest oppgir å ha nytte av, er knyttet til klinisk vurderings-, beslutning- og handlingskompetanse. Mange beskriver at de tar eller får større ansvar for oppgaver som for eksempel kliniske kartlegginger eller legemiddelgjennomgang. Allmennsykepleiernes kliniske ferdigheter og kunnskap er også noe flere av lederne trekker fram. Videre beskriver mange at de har fått eller påtatt seg ansvar for fagutviklingsoppgaver, inkludert undervisning og oppdatering av prosedyrer, men også kollegaveiledning i det daglige arbeidet. Mange har også spesielt ansvar for brukere

eller pasienter med kroniske eller komplekse sykdommer eller sammensatte utfordringer. Til sist forteller også flere allmennsykepleiere at de har større ansvar for koordinering og samhandling mellom ulike instanser i kommunen. Et konkret eksempel er at allmennsykepleiere på sykehjem har spesielt ansvar for å samarbeide med tilsynslegen.

Selv om nærmest alle opplever å nyttiggjøre seg av kompetansen, har færre enn halvparten av allmennsykepleierne vi har kartlagt fått en ny stillingsbeskrivelse. Med andre ord bærer dagens situasjon i mange kommuner preg av manglende formalisering og forankring av allmennsykepleierrollen. Dette legger, ifølge allmennsykepleierne selv og lederne, en demper på deres bidrag til fag- og tjenesteutvikling.

I rapporten har vi også vist noen eksempler på kommuner som har opprettet nye stillinger eller funksjoner for allmennsykepleiere. To av eksemplene innebar større endringer i tjenesteorganisering og oppgavedeling, siden disse kommunene hadde opprettet nye AKS-team ved henholdsvis legekontor og i hjemmetjenesten. Den tredje varianten vi har sett på er opprettelsen av en fagsykepleierrolle på tvers av flere sykehjem. Disse tre variantene har til felles at det er løsninger eller funksjoner som er tilpasset lokale behov. De er utviklet over tid i samarbeid med allmennsykepleierne selv, ledere på flere nivåer og de berørte yrkesgruppene eller avdelingene.

9.3 Kommunens strategiske planlegging for og bruk av allmennsykepleiere

Kort oppsummert synes kommunen å ha gjort få strategiske vurderinger av nytten og bruken av avanserte kliniske allmennsykepleiere. Initiativet til utdanningen synes å nærmest alltid ha kommet fra allmennsykepleierne selv, og ikke som et resultat av kommunens strategiske eller systematiske kompetansevurderinger. Samtidig indikerer våre data at kommunen som arbeidsgiver i stor grad legger til rette for at de kan ta utdanningen. Det statlige lønnstilskuddet synes å bidra til kommunens evne til å gjøre denne tilretteleggingen.

Videre synes prosessen med å etablere nye stillinger eller funksjoner i stor grad å lene seg på allmennsykepleiernes eget initiativ. Gitt at denne utdanningen og sykepleierrollen er relativt ny, er det naturlig og forståelig at allmennsykepleierne selv må forklare lederne sine om hva som ligger i kompetansen deres. Manglende kjennskap til eller forståelse av allmennsykepleiernes kompetanse synes fortsatt å være relativt utbredt blant kommunale ledere. Samtidig framstår det som at mange kommuner har en lite proaktiv strategi, kjennetegnet av svak eller treg involvering i å kartlegge hvilke behov de har og hvordan allmennsykepleierne kan bidra til å løse dette behovet. Dette kan nok delvis forklares av manglende økonomisk handlingsrom og tid til å tenke strategisk rundt kompetanse- og tjenesteutvikling, spesielt på det enkelte tjenestestedet.

9.4 Vurderinger knyttet til veien videre

Avslutningsvis vil vi drøfte tre forhold knyttet til hvordan allmennsykepleiere i framtida kan benyttes på en enda bedre måte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Finnes det én optimal modell?

Kartleggingen vår har vist at det er stor variasjon i hvilke tjenesteområder allmennsykepleier jobber innenfor, og også hvordan kommunene har organisert og utnyttet kompetansen. Allmennsykepleierfunksjonene er også ulike i de kommunene som har gjort større endringer i tjenesteorganiseringen. Variasjon i organisering og oppgaver åpner opp for spørsmål om det er mulig å identifisere hva som er den mest optimale modellen for å ta i bruk allmennsykepleiernes kompetanse. Basert på vårt datagrunnlag vil vi konkludere med at det ikke finnes én optimal modell.

Kommunene vi har intervjuet har hentet inspirasjon fra andre kommuner og internasjonale erfaringer. De synes likevel å først og fremst ha tatt utgangspunkt i kommunens egne utfordringer, og de har spurt seg hvordan avanserte kliniske allmennsykepleieres kompetanse kan bidra til å løse disse. I én kommune så de at oppfølgingen av beboere i omsorgshjem var for svak, så der ble et nytt primærhelseteam med allmennsykepleiere og fastlegene en løsning for å styrke oppfølgingen og unngå gjentakende legevaksbesøk og sykehusinnleggelser. I en annen kommune var kompetansen rundt utagerende demenspasienter et «kompetansehull» i sykehjemmene. Dette resulterte i en allmennsykepleierfunksjon med fokus på bred opplæring og oppfølging av denne pasientgruppen.

Allmennsykepleierne har en bred kompetanse, og bredden av kompetanse muliggjør mange ulike funksjoner. Mange ledere og allmennsykepleiere har pekt på deres kliniske kompetanse som spesielt viktig i dagens kommunale tjenester, og det synes viktig å skape funksjoner der allmennsykepleierne også jobber tett på brukerne selv og de andre ansatte som har ansvar for brukerne som blir stadig sykere og skjørere.

Vi konkluderer med at det ikke finnes én optimal modell for hvordan kompetansen til en allmennsykepleier kommer best mulig til nytte i de kommunale tjenestene. Det optimale er heller at de avanserte kliniske allmennsykepleiernes rolle tilpasses de lokale behovene i den enkelte kommunen, og at de gjøres på bakgrunn av en behovskartlegging, der ledere på ulike nivåer, ulike yrkesgrupper og allmennsykepleierne deltar. Dette kan samtidig bidra til at rollen blir bredere forankret og kjent i kommunene. Samtidig er det også viktig at nasjonale myndigheter og organisasjoner, slik som Helsedirektoratet og/eller KS, fortsatt jobber aktivt med å gjøre utdanningen og mulighetene som ligger i allmennsykepleierrollen kjent i kommune-Norge.

Rammevilkår: Er det behov for utvidede rettigheter?

Spørsmålet om de avanserte kliniske allmennsykepleiernes skal ha utvidede rettigheter til å forskrive medisin eller henvise til spesialisthelsetjenesten, har vært et gjentakende tema siden rollen og utdanningen først ble introdusert i Norge. Dette har ikke vært et stort tema i vår kartlegging, men har vært nevnt i noen intervjuer og fritekstsvare. Siden mange ikke har fått nye, formaliserte stillinger, er det heller ikke så mange eksempler på større oppgave- eller ansvarsforskyvninger mellom sykepleier og leger. Dermed har vi heller ikke så mange eksempler og godt nok tilfang av data til å vurdere om dette har vært en barriere i utviklingen av allmennsykepleierrollen. I casen med allmennhelseteam syntes dette i dag å fungere relativt godt, og uten større flaskehalser. Her dokumenterte allmennsykepleierne sine observasjoner og vurderinger i samme journalsystem som

legen, mens det var legen som kvalitetssikret allmennsykepleierens vurdering og tok beslutningen. Vår vurdering er derfor at en slik endring må bygge på et bredere erfaringsgrunnlag enn det vi har i dag.

Er det behov for endringer i utdanningen?

Som vi har pekt på i denne rapporten, har master i avansert klinisk allmennsykepleie møtt kritikk fra flere aktører i og utenfor de kommunale tjenestene. En sentral kritikk har vært at utdannelsen er for bred. I denne rapporten har vi belyst at bredden til en viss grad er en fordel, fordi det muliggjør tilpasninger av rollen basert på lokale behov og utfordringer i kommunene. Samtidig tyder funnene våre på at de kliniske ferdighetene og kunnskapene framheves som spesielt viktige.

Mange informanter trekker fram samhandlingsreformen, og at kommunal sektor fikk ansvar for flere omsorgskrevende pasienter enn tidligere, som en sentral forklaring på at master i klinisk allmennsykepleie er så viktig. Dersom kompetanse til å håndtere omsorgskrevende pasienter med komplekse sykdomstilstander har blitt så sentralt i kommunal sektor, er det et relevant spørsmål om dette burde vektlegges tyngre i den ordinære sykepleierutdannelsen.

Parallelt med arbeidet med å utarbeide en forskrift for mastergraden i avansert klinisk allmennsykepleie, ble sykepleierutdanningen revidert. En ny forskrift for bachelorutdanningen trådte i kraft i 2019. Ett av hovedmålene med revideringsprosessen av sykepleierutdanningen, og overordnet for etableringen av RETHOS, var å sikre at utdanningen ble mer arbeidslivsrelevant.¹⁷

Det framstår som at arbeidet med å utarbeide forskrifter på masternivå, inkludert master i klinisk avansert allmennsykepleie, og forskriftene på bachelornivå har pågått litt uavhengig av hverandre. Det kan tenkes at det framover, i revideringsprosessene av de ulike utdanningene, vil være nødvendig å se disse utdannelsene nærmere i sammenheng. Dette innebærer å vurdere om det er hensiktsmessig at eksempelvis klinisk observasjon får en enda mer sentral rolle i «ordinær» sykepleierutdanning – fordi dette oppfattes som svært relevant for arbeidslivet. Da vil det på masternivå være handlingsrom til ytterligere fordypning, enten innen klinisk kompetanse eller andre kompetanseområder.

9.5 Konklusjon

Vår studie viser at avanserte kliniske allmennsykepleiere har kompetanse som er tilgjengelig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mange kommuner har likevel en vei å gå når det kommer til å kartlegge hvordan de best kan benytte seg av kompetansen til disse sykepleierne, og deretter utforme stillinger eller tjenester der allmennsykepleierne i større grad kan bidra til å utvikle kvaliteten i tjenestene.

¹⁷ RETHOS står for RETningslinjer for Helse og Sosialfagene, og innebærer en endring av styringssystemet for alle helse- og sosialfag i UH-sektoren. Programgrupper, bestående av representanter for tjenester og UH-sektoren, reviderer og etablerer nye retningslinjer/forskrifter for utdanningene.

Referanser

- Andersen, T. K., Grut, L., Rørvik, M., & Solem, A. (2021). Faglig kompetanseutvikling og medarbeiderdrevet innovasjon i kommunal helsesektor. SINTEF-rapport 2021:01206.
- Antypas, K., & Kirkevold, M. (2020). Structure evaluation of the implementation of geriatric models in primary care: A multiple-case study of models involving advanced geriatric nurses in five municipalities in Norway. *BMC Health Services Research*, 20(1), 749. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05566-y>
- Aspøy, T. M., Nicolaisen, H. & Nyen, T. (2013). Vilkår for læring i kommunene. En kartlegging av fire arbeidsfelt. Fafo-rapport 2013:35. Fafo <https://fafo.no/images/pub/2013/20325.pdf>
- Bing-Jonsson, P. C. (2019). Avansert klinisk sykepleie i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. I L. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie*. Gyldendal.
- Boman, E., Duvaland, E., Gaarde, K., Leary, A., & Fagerström, L. (2020). Implementation of advanced practice nursing for orthopaedic patients in the emergency care context – A study protocol for outcome studies. *Journal of Advanced Nursing*, 76(4), 1069–1076. <https://doi.org/10.1111/jan.14299>
- Børing, P. & Skule, S. (2013). Kompetanseinvesteringer i videreutdanning og opplæring i norsk arbeidsliv: Beregninger basert på Lærevilkårsmonitoren koblet mot registerdata. NIFU-rapport 2013:3. <https://www.nifu.no/rapporter/kompetanseinvesteringer-i-videreutdanning-og-opplaering-i-norsk-arbeidsliv-beregninger-basert-pa-data-fra-laerevilkarsmonitoren-koblet-mot-registerdata/>
- Den norske legeforening (2019a). Forslag til forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing--forslag-til-forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie/id2632551/?uid=8346b861-3048-46ba-ac7a-38ef5a5426df>
- Den norske legeforening (2019b). Høring – Innføring av spesialistgodkjenning for sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie. https://www.regjeringen.no/contentassets/cb3f8e0e38f94fdbbd06e980e8293e4b/den-norske-legeforening.pdf?uid=Den_norske_legeforening
- Delamaire, M.-L., & Lafortune, G. (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD. <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- Dolonen, K. (2024, 19. sept). Både AKS og flere andre videreutdanninger innen sykepleie kan bli borte ved NTNU. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2024/09/bade-aks-og-flere-andre-videreutdanninger-innen-sykepleie-kan-bli-borte-ved-ntnu>
- Donald, F., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Kaasalainen, S., Carter, N., Harbman, P., Bourgeault, I., & Dicenso, A. (2010). The Primary Healthcare Nurse Practitioner Role in Canada. *Nursing leadership* (Toronto, Ont.), 23 Spec No 2010, 88–113. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2013.22271>
- Dæhlen, M. & Seip, Å. (2009). Sykepleieres kompetanse. Etter- og videreutdanning, verdsetting og motivasjon. Fafo-rapport 2009:36. https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20126.pdf
- Fagerström, L. (2019). Hva er avansert klinisk sykepleie? I L. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (s. 39–47). Gyldendal.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (2020). FOR-2020-01-03-45. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-45>
- Hansen, E. H., Boman, E., & Fagerström, L. (2021). 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*, 41(1), 54–60. <https://doi.org/10.1177/2057158520964633>
- Hansen, E., Bomann, E., Bing-Jonsson, P., & Fagerstrom, L. M. (2020). Introducing Nurse Practitioners Into Norwegian Primary Healthcare-Experiences and Learning. *Research and Theory for Nursing Practice*, 34(1), 21–34. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.34.1.21>

- Helsedirektoratet. (2017). Videreutdanning for sykepleiere Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden? https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/videreutdanning-for-sykepleiere/Videreutdanning%20for%20sykepleiere.pdf/_/attachment/inline/f6cf737a-6645-46fc-abab-a11bc3df0d8f:68b231a9abb4b8548a0d7f4d81e7ff0e973e1238/Videreutdanning%20for%20sykepleiere.pdf
- Helsedirektoratet. (2019). Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie: Bakgrunnsdokument for Helsedirektoratets arbeid med masterutdanningen. <https://kudos.dfo.no/dokument/17526/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen>
- Helsedirektoratet (uten dato) Avansert klinisk allmennsykepleie. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/avansert-klinisk-sykepleie-aks>
- Henni, S. H., Kirkevold, M., Antypas, K., & Foss, C. (2018). The role of advanced geriatric nurses in Norway: A descriptive exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, 13(3), e12188. <https://doi.org/10.1111/opn.12188>
- Hilsen, A. I. & Tønder, A. H. (2013). «Saman om» kompetanse og rekruttering – en kunnskapsstatus. Notat for programmet «Saman om ein betre kommune». Fafo-notat 2013:03.
- Høgskolen på Vestlandet (2019) Svar fra Høgskulen på Vestlandet vedrørende høring – forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. https://www.regjeringen.no/contentassets/75e39e3c3eb747ed9d23b3bc3f62860d/hogskulen-pa-vestlandet.pdf?uid=H%C3%B8gskulen_p%C3%A5_Vestlandet
- International Council of Nurses. (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN-APN%20Report_EN.pdf
- Kringlebotten, M. & Langøren, A. (2020) Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2020. SSB-rapport 48:2020. Statistisk sentralbyrå. https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/2721580/RAPP2020-48_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lerstang, M. K., Jerm, S., & Bergland, Å. (2023). Fastlegers og avanserte kliniske allmennsykepleieres erfaringer med et godt samarbeid om hjemmeboende pasienter – en kvalitativ intervjustudie. *Nordisk sykeplejeforskning*, 13(2), 1–14. <https://doi.org/10.18261/nsf.13.2.5>
- Lovisenberg Diakonale Høgskole. (2019) Høringsuttalelse: Forslag til forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. https://www.regjeringen.no/contentassets/75e39e3c3eb747ed9d23b3bc3f62860d/lovisenberg-diakonale-hogskole.pdf?uid=Lovisenberg_diakonale_h%C3%B8gskole
- Nielsen og Moland. (2023). Mobilitet i helse – og omsorgstjenestene. Fafo-rapport 2023:30. <https://www.fafo.no/images/pub/2023/20866.pdf>
- Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Moland, L. (2021). Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur. Fafo-notat. <https://fafo.no/images/pub/2021/10337.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund (2019) Høringssvar: VS: Høring – forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing--forslag-til-forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie/id2632551/?uid=efdc15ec-f44d-4d4c-920e-bc3b1c8abc66>
- Pedersen, E. T. (2021). «De holder ikke kunnskapen for seg selv!»: En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med den pedagogiske funksjonen til avanserte kliniske allmennsykepleiere. Master i avansert klinisk sykepleie, Universitetet i Sørøst-Norge.
- Statistisk sentralbyrå (SSB) (2024). Flere i helse- og sosialtjenestene jobber heltid. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell/artikler/flere-i-helse-og-sosialtjenestene-jobber-heltid>

- Taylor, I. (2023) Advanced practice nursing students' development of clinical competence – A Norwegian mixed-methods study. [Doktgradsavhandling]. Universitetet i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og samfunnsvitenskap.
- Universitet i Oslo (2019). Svar på høringsbrev - forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing--forslag-til-forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie/id2632551/?uid=1c9f0a50-e3bc-4b8f-82c9-21f99255ef87>
- Yin, R. K. (2003). Case study research. Design and methods. Sage.
- Yssen, S. S. F., Bråthen, K., & Moland, L. (2023). Høyde for fravær: Etablering av bemannings- og turplaner med redusert vikarbehov [Fafo-rapport 2023:28]. <https://www.fafo.no/images/pub/2023/20864.pdf>
- Aagestad, C., & Brochmann, M. (2022). Førstelinjledere i døgkontinuerlige tjenester. Agenda Kaupang.

Fafo

Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning

Borggata 2B, Oslo

Postboks 2947 Tøyen, 0608 Oslo

Sentralbord: 22 08 85 00

E-post: fafo@fafo.no

fafo.no

