



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	16-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	24-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 450

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 7961

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 111

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Morgendagens primærhelsetjeneste –  
Kvalitet over kvantitet  
Primary health care in the future –  
Quality over quantity

**Kandidatnummer: 450**

Sykepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 24.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Abstract

Norway, like many other countries in the Western world is experiencing an aging population. At the same time, prognosis suggest that the public health care system will lack a substantial number of health care professionals. Universal health care services are an important part of the Norwegian identity. It should not be taken for granted. However, it presents some major challenges. People are living longer and use more health care services. We lack the manpower and can't afford the cost of the increase in demand.

How can we create a more sustainable health care system? The Norwegian Coordination Reform attempted to answer this pressing question. It promised more specialized treatment locally, reducing the pressure on Norwegian hospitals and the cost on public budgets. Furthermore, when hospitalization is necessary, it focus on reducing inpatient days. Evaluations suggest that our system still have challenges to address before the political goals set by the reform are fulfilled. Major question marks include how the primary care can improve its quality in care, making hospitalization unnecessary.

The introduction of the Nurse practitioner is a possible solution. Until now, Norway have not found a place for them in their system, as many other countries have. They are in particular interesting to discuss due to their historical importance in other countries, and as of such the existing research. In this work, I present projects from the United States, Canada and Australia. Would the possible introduction of NPs solve some of the issues we face, or is the Norwegian health care system unique in a way that requires other solutions?

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b>	<b>3</b>
<b>2.0 Kasteballene i systemet</b>	<b>4</b>
<b>3.0 Sykehjemspasienten</b>	<b>6</b>
<b>3.1 Hjerneflukt</b>	<b>6</b>
<b>3.2 Hvor ligger bunntinjen?</b>	<b>8</b>
<b>3.3 Shitty nursing</b>	<b>9</b>
<b>4.0 Norges nye spesialsykepleier?</b>	<b>11</b>
<b>5.0 En drøm som ikke gikk i oppfyllelse</b>	<b>12</b>
<b>6.0 Et blikk ut i verden</b>	<b>14</b>
<b>7.0 Styrken i det norske helsevesenet – Fra parter til partnere</b>	<b>19</b>
<b>8.0 Samarbeidsprosjekter</b>	<b>19</b>
<b>8.1 Tilbudet som ikke blir brukt</b>	<b>21</b>
<b>9.0 Kompetanse er nøkkelen</b>	<b>22</b>
<b>10.0 Tid for profesjonskamp?</b>	<b>23</b>
<b>11.0 Avslutning</b>	<b>25</b>
<b>12.0 Referanseliste</b>	<b>27</b>

## 1.0 Innledning

Norge blir eldre. Befolkningsframskrivinger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) forteller oss at gruppen over 65 år vil øke med 60 prosent, fra dagens nivå, innen utkanten av 2040. Den eldste delen av befolkningen (> 85 år) vil dobles, fra to til fire prosent (Rogne & Syse, 2019, s.19). Økningen kan ved første øyekast virke mindre dramatisk. Realiteten er en annen. At den eldste delen av befolkningen vokser er alvorlig, fordi det er snakk om en av de største forbrukerne av helse-og omsorgstjenester i landet vårt – og er vi med dagens system, klar for å hjelpe dem?

I kombinasjon med prognoser om økt levealder, ser Norge en negativ trend i antall helsepersonell. Underskuddet av sykepleiere anslås til å nå 28 000 årsverk i 2035 (Hofstad, 2016). De som er igjen får også flere oppgaver. En undersøkelse viser at mange er mindre relevante (Bergsagel, 2019). Arbeidshverdagen blir mer krevende. Presset kjennes allerede på landets sengeposter og sykehjemsavdelinger. Legg på et grovt underskudd av kollegaer, flere pasienter og oppgaver, så har du – satt på spissen – morgendagens utfordring. Hvordan vil dette påvirke helsetjenestene vi gir våre pasienter?

Norge har i løpet av det siste tiåret vært gjennom en større omorganisering av hvilke helsetjenester vi gir hvor. Fra behandling på sykehus, til behandling i kommunen. I dette essayet har jeg vært interessert i å se på en utfordring som samhandlingsreformen har skapt, og hvordan den kan løses. Hvordan sikrer vi et forsvarlig tilbud til den eldre sykehjemspasienten i fremtiden? Med utgangspunkt i spørsmålet ønsker jeg å se på hvordan vi skal klare å redusere unødvendige innleggelser på sykehus. Viktige moment er å heve kompetansen på norske sykehjem og sikre et bedre tilbud som tar vare på pasientgruppen. Før jeg utdyper, ønsker jeg å dele to fortellinger, som danner grunnlaget for arbeidet mitt.

## 2.0 Kasteballene i systemet

På mange måter er vi inne i en brytningstid i helsevesenet. Mellom det gamle og nye. En rekke større helse-og samfunnsutfordringer tester velferdsstaten. Hvordan vi velger å svare på dem vil avgjøre hva slags arbeidsliv jeg som sykepleier blir en del av, og hvilke helsevesen du som pasient eller pårørende kan forvente å ha krav på. Før jeg går videre, vil jeg introdusere deg for to mennesker. Jeg ble kjent med den ene på sykehjemmet jeg arbeidet på og den andre på sengeposten hvor jeg er ansatt i dag. Først i etterkant trakk jeg opp likhetene mellom dem, og det er disse to, som er inspirasjonen for essayet. Av respekt og i henhold til taushetsplikten er begge to anonymisert.

Liv er en sykehjemsbeboer i 80-årene. Kombinasjonen av en demensdiagnose og et begrenset sosialt nettverk gjorde det nødvendig med fast sykehjemsplass. På mitt første år som student ble jeg kjent med henne. Som de fleste sykehjemsbeboere i Norge, hadde også Liv sine diagnoser. På tross av dem, klarte hun seg godt. Hun oppretthold et høyt aktivitetsnivå med daglige turer, spiste godt til alle måltid og tok medisinene sine uten problem.

Det var sommeren året etter jeg startet, at de virkelige problemene oppstod. Liv var inkontinent for urin. Hun likte dårlig å bruke bleier og innlegg. Kombinasjonen av disse faktorene og en presset sykehjemsavdeling, med lite fagpersonell, gjorde at hun ofte ikke ble skiftet på. Infeksjonene startet å melde seg. Ved en UVI ble Liv sin tilstand raskt forverret. Hun fikk ustødig gange og med det fallrisiko. Appetitten hennes var mindre i sykdomsperiodene, som betydde et kaloriunderskudd. Liv ble dehydrert fordi hun drakk lite væske. Feber hadde hun ofte. Allmenntilstanden ble gradvis redusert. Det ble med sykehusinnleggelse. Ikke bare en. Flere. De neste månedene var det inn og ut av avdelingen hun kalte sitt hjem. Når hun ikke var innlagt for antibiotikabehandling pga. UVI eller væskebehandling pga. dehydrering, lå hun som regel i sykehussengen på det mørke rommet sitt og skalv i febertokter. Liv hadde et pleie-og behandlingsbehov som ikke ble møtt. Flere av de ansatte forstod ikke viktigheten av forebyggende tiltak for å forhindre nye urinveisinfeksjoner. Sykehjemsavdelingen kunne heller ikke behandle henne med intravenøs antibiotika-

og væskebehandling. Til det var det for lite kompetanse til å gjennomføre. Resultatet ble en mengde innleggelser over et par måneder.

Den andre jeg har lyst til å presentere deg for er Aslaug, som jeg møtte på sykehusavdelingen jeg arbeidet på ett år senere. Det slo meg ikke med det første. At Aslaug og Liv hadde lignende historier. For Aslaug var også en sykehjemsbeboer, over 80 og kvinne som Liv. Men der Liv var noe redusert kognitiv pga. sin demensdiagnose, var Aslaug skarp som enhver voksen. Hun hadde imidlertid sine egne skavanker. Blant annet en plagsom blære. Den første gangen jeg møtte Aslaug var hun innlagt pga. en fraktur. Hun hadde falt som så mange andre eldre gjør. Men etter hennes første innleggelse kom hun jammen meg tilbake. Ikke en gang, eller to. Men fire ganger. Det kan være greit å vite at Aslaug hadde en HLR minus status. Etter å ha blitt innlagt en rekke ganger, ble jeg godt kjent med denne eldre damen. De siste gangene hun lå på sykehuset, var det pga. urinveisinfeksjoner. Aslaug endte på min avdeling, da vi kjente henne, og sykehuset hadde overbelegg.

Aslaug var multimorbid. Ved aktivisering slet hun med tungpusthet. Hun var skrøpelig. Men så lenge hun fikk ligge i sykesengen "i fred" hadde hun det godt. På avdelingen fikk hun den behandlingen hun behøvde. Men det var ikke uten dramatik. Kateteret som ga henne trygghet måtte seponeres, noe hun likte dårlig. Når infeksjonsparameterne dalte fikk hun imidlertid et nytt, men fra da til utskrivelse, var det ikke lenge før hun kom inn igjen. Sykehjemsavdelingen hennes klarte ikke å håndtere riktig stell av kateteret. Den siste gangen jeg pratet med Aslaug var hun lei og sliten av alle innleggelsene. Hun hadde innstendig bedt sykehjemmet om ikke å bli innlagt, men som mange andre eldre hadde hun til slutt "respektet" sykehjemmet sin beslutning. Aslaug ønsket en rolig og verdig slutt på livet sitt, men ble i stedet for en kasteball i et system designet for å hjelpe henne.



### 3.0 Sykehjemspasienten

Det var flere grunner til at jeg valgte den eldre sykehjemsbeboer som tema. Motivasjonen stammer fra studiet, deltidsarbeid på sykehjem, politisk arbeid i sektoren og som pårørende for beboere. De siste årene har flere grep blitt tatt for at eldre skal bo hjemme lenger. Det er en nødvendig dreining for dem som kan og ønsker et slik tilbud. Det bekymringsfulle er hvordan en samtidig velger og ikke satse på sykehjemmene. Er det en riktig diagnose å stille at sykehjem for langtidsopphold har blitt en restplass for eldre som ikke kan være andre steder?

Dette essayet er direkte inspirert av to sykehjemsbeboere som var plaget med gjentakende infeksjoner. Sykehjemsrelaterte infeksjoner er en kjent problemstilling i Norge, som en studie bekreftet. Av 1311 innleggelser fra sykehjem i en 12-måneders periode i Bergen, stod infeksjoner som pneumoni og UVI for 25 prosent av årsakene. 38 prosent av pasientene var også inneliggende (kun) i et døgn på sykehus (Krüger, Jansen, Grimsmo, Eide, & Geitung, 2011, s. 3). Denne oppgaven ser på mer enn sykehjemsinfeksjoner generelt. Det er imidlertid et interessant poeng å spørre seg hva funnene betyr for den daglige driften av sykehjem? Tidstyven en innleggelses- og utskrivelsesprosess er for alle involverte parter bør ikke undervurderes. Belastningen en sykehusinnleggelse er for sykehjemsbeboere er også et kjent faktum. Alle ledd er tjent med å redusere disse innleggelsene. Den eldre og dens pårørende, sykehjemmet og sykehuset og samfunnet. Hvordan kan det gjennomføres?

Jeg vil angripe spørsmålet fra forskjellige vinklinger. Mye er gjort de siste årene. Lister over tiltak som påvirker sykehjemssektoren er lang. Jeg sikter meg inn på å diskutere noen av dem. Hvilke grep som er tatt og konsekvensene av dem. Samhandlingsreformen, dens mål og resultater er startpunktet. Før jeg åpner den diskusjonen, vil jeg trekke opp noen problemstillinger i dagens primærhelsetjeneste – og sykehjemssektoren spesielt.

### 3.1 Hjerneflukt

Opplever sykehjemmene en hjerneflukt? Hvis ja, i hvilken form viser det igjen? I noen kretser vil svaret være et rungende ja. Klikker du deg inn på *Sykepleien* vil det gå kort

tid før du finner tekster der sykepleiere tømmer sin frustrasjon over arbeidet i sykehjemssektoren:

«Å aldri strekke til, uansett hvor hardt man jobber, er en tung bær å ta med seg hjem etter endt vakt» (Reisæter, 2018).

En skal naturligvis ikke basere seg på enkeltstående kronikker fra sykepleiere, men flere slike er tegn på at noe ikke stemmer. Denne ulne følelsen støttes i en NOVA-rapport fra 2016. Over 2000 sykepleiere i sykehjem ble intervjuet om sitt syn på arbeidet. 30 prosent av alle sykepleiere ønsker å slutte og 29 prosent var usikre på om de ønsket å fortsette (Gautun, Øien & Braat, 2016, s.72). På spørsmål om det eksisterer rekrutteringsproblemer på sykehjem var 74 prosent helt eller delvis enig (Gautun et al., 2016, s.46).

Hvorfor slutter rutinerte sykepleiere som Reisæter? 45 prosent mente de ikke fikk nok tid til å observere pasientene sine. Hvilke konsekvenser har dette? Sykepleierne rakk ikke å sette i gang tiltak for å forhindre forverring i pasientens helsetilstand. (Gautun et al, 2016, s. 49). Videre mente 35 prosent at unødvendige pasientskader (forverring av sykdom, trykksår og infeksjoner) oppstår i arbeidshverdagen (Gautun et al, 2016, s. 51). Når nesten hver andre sykepleier mener de ikke får brukt kompetansen sin til å forhindre sykdomsforverring, og flere mener unødvendige infeksjoner oppstår – ja, da kan man spørre seg hvorfor det er slik at flere ikke ønsker å arbeide innenfor sektoren?

Resultatet av rekrutteringsproblemene blir at vaktboken må fylles opp med alternativ arbeidskraft. Sykepleiere er ikke den eneste mangelvaren i det norske helsevesenet. Dette kan være med å forklare resultatet av Folkehelseinstituttet sin studie fra 2018 som viste at 25 prosent av arbeidstokken på norske sykehjem er ufaglærte (Flodgren, Bidonde & Berg, 2018, s. 14).

Hvorfor bruker jeg så mye tid innledningsvis på å belyse bemanningsutfordringene vi står ovenfor? En viktig forklaring er den eldre sykehjemsbeboer. Hvem er hun? Jeg skriver hun fordi 70 prosent av beboerne på norske sykehjem er kvinner. Videre er 77 prosent over 80 år, de er multisyke, har et sterkt nedsatt funksjonsnivå og 80 prosent

har en demensdiagnose (Kirkevold, 2014, s. 266). Poenget er at det er snakk om en svært kompleks pasientgruppe. Sykehjemsbeboere på langtidsopphold i Norge kan leve gode og verdige liv. Men for å klare å navigere i jungelen av diagnoser, legemidler og problemstillinger har vi behov for ansatte med solid kompetanse. Spørsmålet er om sykehjemsbeboere får denne hjelpen i dag?

### 3.2 Hvor ligger bunnlinjen?

Hvor i landet du bor har noe å si for hvilken alderdom du får. Det er kommunen som rår over eldreomsorgen. Dermed er det opp til lokalpolitikere å fastsette de økonomiske forutsetningene, og dermed legge grunnlaget for hvilken drift som kan gjennomføres. Dette er en del av forklaringen på hvorfor vi ser større forskjeller i tilbudet over kommunegrensene. Tre eksempler viser det godt.

Legedekningen på norske sykehjem er høyst varierende. I 2016 ble 81 prosent av Oslos sykehjemsbeboere vurdert av en lege. Det samme året fikk kun 1/3 eldre i Akershus en lik vurdering. 75,5 prosent av hovedstaden sine beboere fikk også en legemiddelgjennomgang, mens landsgjennomsnittet lå på 57,3 prosent (Helse-og Omsorgsdepartementet, 2016, s. 30). Videre var landsgjennomsnittet for en ernæringscreening av beboerne på 50,5 prosent. I Sør-Trøndelag fikk kun 17 prosent en slik vurdering (Helse-og Omsorgsdepartementet, 2016 s. 32). Det er kjent at kroppssammensetningen endrer seg ved alderdom. Muskelmasse blir erstattet med fett, tørstefølelsen blir nedsatt og andelen vann i kroppen blir redusert (Ørn, S. & Gansmo, 2016, s. 544). I denne sammenheng vil enkle forebyggende tiltak som ernæringscreening, kostholdsplan, ukentlig vektregistrering- gjerne i kombinasjon med fysisk aktivitet bremse prosessen.

Er det da akseptabelt at kun hver andre sykehjemsbeboer ble ernæringsscreenet i 2016? Beregninger tilsier at en sykehjemsbeboer står på 7-8 faste medisiner (Engtrø, Nore, Kittang, Krüger, 2018, legemiddelgjennomgang: avsnitt 1). Faren for blant annet polyfarmasi er dermed stor. En rekke uønskede hendelser kan oppstå, som fall, inkontinens eller kognitiv svikt (Ørn, S. & Gansmo, 2016, s. 547). Med denne kunnskapen: ville du som pårørende ment at din mor eller far fikk forsvarlig behandling, hvis de ikke fikk legetilsyn eller legemiddelgjennomgang?

Det kan argumenteres for og imot om vi gir våre eldre den alderdommen de fortjener. Men kimen til mye av konflikten finner vi i formuleringer i lovverket. Pasient-og brukerrettighetsloven sier at du har krav på nødvendig helse-og omsorgstjenester fra kommunen, og dersom det etter en helse-og omsorgsfaglig vurdering kun er fast sykehjemsplass eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns omsorg som vil sikre nødvendige og forsvarlige helsetjenester, har du rett på det (Pasient-og brukerrettighetsloven, § 2-1 a. & e.).

Forsvarlighetskravet gjelder ikke bare for pasienter og brukere. Som fremtidig sykepleier er jeg og mine kollegaer pliktig å gi forsvarlige helsetjenester (Helsepersonelloven, § 4-1). Det interessante er som Olav Molven forklarer i boken *Sykepleie og jus* hvordan forsvarlighetskravet gjelder grunnleggende sykepleie og spesifikke situasjoner. Altså, i bunn og grunn alt arbeid vi som sykepleiere er og gjør. Med lovens formuleringer råder det allikevel en usikkerhet om hva kravet betyr. Juridisk sett må det forstås som en minstestandard – en bunnlinje, om du vil, for hva slags pleie og omsorg en sykehjemsbeboer kan forvente (2016, s. 133-134). Men når helsepersonell selv ikke vet hvor denne ligger – ja, hva kan da forventes?

### 3.3 Shitty nursing

En nyere debatt i sykepleierkretser går på oppgavefordeling. Uttrykket "shitty nursing" eller dårlig sykepleie er en påstand om at kvaliteten på sykepleien vi gir har blitt til det verre. I en studie spør Richards og Borglin om dette er den nye normalen. En påstand om uklare roller mellom sykepleiere og andre grupper (helsefagarbeidere og ufaglærte) blir presentert. Grunnleggende sykepleieroppgaver er overtatt av mindre kvalifisert helsepersonell. Bemanningsutfordringen i helsevesenet kan ikke få all skylden, ifølge dem. Sykepleiere har blitt mer opptatt av administrative lederstillinger og oppgaver som før kun var for leger. Konsekvensen er dårligere sykepleie, og noe av skylden og ansvaret for dette må vi som sykepleiergruppe selv ta (2019, 148-152).

I forlengelsen av denne diskusjonen kan vi se til Søreide sykehjem. De har møtt bemanningsutfordringen ved å drifte annerledes. Avdelingsledere på sykehjem er som regel sykepleier. Arbeidet er primært kontorarbeid og krever ikke sykepleierkompetanse. Derfor er lederne på Søreide helsefagarbeidere. Rollene er

gjort klarere og sykepleierne er organisert i stab. Som spesialsykepleier Marie Eidsvik sier:

«Jeg kan gjøre den ufaglærte sin jobb, men den ufaglærte kan ikke gjøre min jobb» (Hilsen, 2019).

De gjør oppgaver som krever sykepleierkompetanse. Utenom veileder de øvrige ansatte. Dette muliggjør mer tid til observasjon og evaluering av tiltak hos friske og syke beboere. Kritikken mot denne måten å drive sykepleie på er at du mister verdifulle muligheter til observasjon (Hilsen, 2019). Måtte det være i stell eller under et måltid. Spørsmålet er også om andre kan gjøre jobben like godt? På Søreide ser de ut til å få det til, og kanskje dette er veien å gå for å holde og utvikle sykepleierkompetanse videre.

For å summere opp. Med forsvarlighetskravet og ulike syn på hvilke oppgaver som definerer sykepleie, var det uforsvarlig (eller bare dårlig sykepleie) at Liv sine ukompliserte urinveisinfeksjoner krevde en rekke innleggelser, at pleierne til Aslaug ikke håndterte kateterstell på riktig måte eller at ca. 50 prosent av alle sykehjemsbeboere i Norge verken får legemiddelgjennomgang eller blir ernæringscreenet? Er eksemplene symptomer på noe grunnleggende feil i norsk helsevesen, eller er dette en ny normal som vi må akseptere?

Hvis du på en eller annen måte har en relasjon til sykehjemshverdagen (arbeid, pårørende m.m.), tror jeg du kan ha observert gode og dårlige sider av pleien vi gir våre eldre. Poenget har ikke vært å svartmale sykehjemshverdagen. Heller at vi fortsatt har en vei å gå. Med flere eldre i fremtiden, mindre helsepersonell tilgjengelig og med samhandlingsreformens politiske mål om mer behandling i kommunen er det nok av utfordringer å gripe fatt i. Derfor har jeg vært spesielt interessert i å undersøke et av svaralternativene som har dukket opp over de siste årene. Spørsmål jeg sitter med er om denne gruppen kan bidra med mer fag i primærhelsetjenesten, skape bro mellom sektorene og med det redusere behovet for sykehusinnleggelser og heve pasientsikkerheten. Eller er det andre veier vi må gå?

## 4.0 Norges nye spesialsykepleier?

Avansert klinisk allmennsykepleie (AKS), er inspirert av den utenlandske sykepleierutdanningen som fører til tittelen Nurse Practitioner (NP). Yrkesgruppen finnes i over 60 land (Helsedirektoratet, 2017, s. 29). Selv om de har varierende oppgaver og ansvar ut ifra kontekst og autorisasjonskrav, er det tydelige likheter. Flere land har gitt gruppen henvisningsrett til medisinske utredninger, forskrivningsrett på medikamenter og selvstendig behandlingsansvar for pasientgrupper som eldre og kronikere. NP-er har tatt over flere legeoppgaver. Forskning dokumenterer at de har like gode (om ikke bedre) behandlingsresultat som leger som gjennomførte lik behandling. Brukertilfredsheten er ofte høyere når NP-er har behandlingsansvaret. (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015 s. 37 & 60)

Et sentralt argument hver gang vi står ved et veikryss og diskuterer utvidede rettigheter for sykepleiere er at det vil redusere kvaliteten og pasientsikkerheten. For denne gruppen sykepleiere kan man stille seg spørsmålet om effekten ikke hadde vært det motsatte?

Det florerer av videreutdanninger i Norge i dag, som helt klart er inspirert av NP-utdanningen. Men utenom AKS-utdanningen som tilbys på Universitetet i Oslo, er det få som når opp til standarden som er tiltenkt. I denne oppgaven legger jeg derfor UiO sitt utdanningsløp til grunn når jeg diskuterer morgendagens AKS-sykepleier. Samtidig er det viktig å poengtere at vi allerede i dag har denne gruppen sykepleiere. Men som jeg skal vise hindrer lovverket dem i å praktisere etter intensjonen.

Det norske problemet er ikke bare et udefinert utdanningsløp. Mer hva som kommer etter. AKS-sykepleiere arbeider i hjemmesykepleien, på helsehus og andre steder i kommunen. De underviser og driver med viktig forebyggende arbeid. Allikevel kunne de ha gjort mer, om de juridiske lenkene som holder dem fast, hadde blitt lesset av dem. Påstanden min er at de delvis er overkvalifisert for arbeidet de er satt til i dag. Best eksemplifisert kan være å vise til en definisjon fra International Council of Nursing's (ICN's). I utlandet brukes den som definisjon på en nurse practitioner og her hjemme brukes den i det påløpende utredningsarbeidet rundt nasjonale retningslinjer:

«En autorisert sykepleier som har tilegnet seg kunnskaper på ekspertnivå, ferdigheter i kompleks beslutningstaking, samt klinisk kompetanse til en utvidet funksjon som utformes ut fra konteksten og/eller autorisasjonskravene i det aktuelle land» (Helsedirektoratet, 2019, s. 16).

Arbeidsprosessen myndighetene i skrivende stund holder på med, og endringene som er foreslått er helt sentrale for at AKS-sykepleieren skal lykkes og i det hele tatt sammenlignes med den utenlandske NP-en. Dette vil bli diskutert senere i oppgaven. Nurse practitioners spiller i særlig grad en viktig rolle i primærhelsetjenesten. Etter å ha arbeidet på sykehjem de siste årene har jeg personlig kjent på forskjellen av ikke flere "varme hender på jobb", men "kompetente hender" på jobb. Jeg har hatt gleden av å arbeide ved siden av spesialsykepleiere. Kompetansen og tryggheten de viser og tilfører arbeidsgruppen står i sterk kontrast til hvordan arbeidshverdagen er med meg som sykepleierstudent og assistent (og den mest kompetente på avdelingen).

Det er ingen hemmelighet at fagligheten på norske sykehjem er lavere enn på sykehus. Men med dagens politiske mål, om at flere skal behandles i kommunen, med kjensgjerningen om flere pleietrengende eldre og en høy andel ufaglærte på sykehjem – så har jeg lurt på hva det ville si om vi kunne brukt muligheten med inntoget av en ny yrkesgruppe, til å spille en positiv effekt på sykehjemsbeboeren. Muligens kan dette heve kvaliteten og spare samfunnet for kostbare innleggelser på sykehus. Det skjer i utlandet, så kanskje kan vi få det til her hjemme også?

## 5.0 En drøm som ikke gikk i oppfyllelse

Utfordringene som står ovenfor helse-Norge er mange og kompliserte. Ukjent har de ikke vært for landets politikere, som har forsøkt å svare på dem. Med samhandlingsreformen forsøkte politikerne å adressere noen av dem, og det vil være naturlig å starte diskusjonen her. Samhandlingsreformen har hatt flere mål. En av de ledende ideene er at tidlig intervensjon er billigere. Derfor har et sentralt mål vært at primærhelsetjenesten skal overta et større stykke arbeid fra spesialisthelsetjenesten:

«Kommunale helsetjenester er gjennomgående billigere enn spesialisthelsetjenestens tjenester. Dersom kommunen oppgraderer tilbudet av helsetjenester «før, i stedet for og etter sykehusopphold», vil de kommunale tjenestene i noen grad kunne erstatte de dyrere spesialisthelsetjeneste» (Helse-og Omsorgsdepartement, 2009, s. 27).

En utfordring før reformen var at sykehusene opplevde å ha flere utskrivningsklare pasienter på post, som kommunene ikke tok imot. Det ble et reelt plassproblem. Endring så man over natten, ved ikrafttreddelsen av reformen. Som en overlege på en sengepost ordla seg:

«Det var slående hvor vanskelig det var å motta pasienter umiddelbart før (samhandlings)reformen ... og plutselig over natten, hvor ekstremt enkelt det var når reformen ble tvunget fram» (Aase, 2018, s. 152).

Kommunene tok imot pasienter tidligere enn før. Viljen til å gjøre det lå mye i en økonomisk sanksjon som ble innført. Når en sykehuspasient var utskrivningsklar og ikke ble tatt imot av kommunen han eller hun tilhørte, måtte kommunen betale dagbøter for denne pasienten. (Ørvik, 2016) Denne ordningen har med tiden blitt omdiskutert. Har det smakt mer enn det koster? Har overflytting av ansvar fra stat til kommune redusert tilbudet til pasientene? Som en sykepleier i en kommune sa:

«Det er dyrt å ha pasienter innlagt på sykehus når de er medisinsk utskrivningsklare ... så vi prøver å finne løsninger for dem ... så ... noen ganger må vi ta i bruk middelmådige løsninger» (Aase, 2018, s. 152).

Samhandlingsreformen har snudd på mange steiner i helsevesenet vårt. Uten tvil har den adressert viktige problemstillinger. Mantra som forebygging heller enn behandling er tjenlig for den enkelte og samfunnet som helhet. Allikevel må man stille seg spørsmålet: kom den for tidlig på kommune-Norge? Skal vi tro Riksrevisjonens funn fra 2016 er det korte svaret ja på det spørsmålet.

Riksrevisjonens avdekket at 95 prosent av kommunene mente de fikk inn sykere pasienter etter innføring av samhandlingsreformen. Samtidig viste reformen hvordan tilstrekkelig kompetanse ikke var hentet inn til å ta imot disse pasientene. 80 prosent av fastlegene mente også at sykehusene drev en praksis med for tidlig utskrivelse. Summert opp er faktorene med på å forklare hvorfor flere pasienter ble reinnlagt på sykehus 30 dager etter sykehusutskrivelse, enn før reformen (Riksrevisjonen, 2016, s. 8).



En konsekvens av flere syke eldre i primærhelsetjenesten, må være at flere dør i kommunen også. En studie fra Bergen bekreftet denne antakelsen. Samtidig påpekte den viktigheten av god samhandling mellom tjenestene, ved behandling av palliative pasienter og deres pårørende. Inntrykkene fra helsepersonell var dessverre at det er flere uavklarte pasientsituasjoner etter reformen (Bruvik, Dragset & Abrahamsen, 2017). Millionspørsmålet som fortsatt er aktuelt er hva som må til for å snu denne trenden? Svaret kan være så enkelt (og vanskelig) som mer kompetanse. Flere peker i den retningen, som sykepleier Cecilie Haaheim skrev i Sykepleien i 2017:

«... der er større pasientgjennomstrøyming og meir uavklart status for pasientane i sjukeheimar etter samhandlingsreforma. Dette set søkelyset på kompetanse og bemanningsbehov. Kompetanse og bemanning betyr kvalitet i omsorg, pleie og behandling av sjukeheimspasienten» (Haaheim, 2017).

## 6.0 Et blikk ut i verden

En presset primærhelsetjeneste er ikke et fenomen unikt for oss. Omorganisering av tjenester og oppgaveforskyvninger mellom profesjoner oppstår fra tid til annen i de fleste land. USA var først ut med å bruke NP-er. Det vil være naturlig å starte her. En amerikansk studie så på tilstedeværelsen av en NP (eller LIS-lege) på sykehjem. Hypotesen var at økt kompetanse ville resultere i færre sykehusinnleggelser, fordi oppdagelse av sykdom ville skje raskere.

Noen av funnene som kan trekkes frem er at institusjoner som hadde en NP/LIS hadde lavere sannsynlighet for ØH-innleggelser på sykehus. Den fant også en forskjell i antall innleggelser ut ifra hvor mange sykepleiere vs. ufaglært arbeidskraft det var på huset, om de tilbydde intravenøs behandling og hadde mentor-og evalueringsprogrammer for sine ansatte (Intrator, Zinn & Mor, 2004, s. 1730-1736). Det er flere grunner til å være kritisk til denne studien. For det første tegner den ikke et tydelig skille på de sykehjem som hadde en NP og de som hadde en LIS-lege tilgjengelig. Hadde effekten vært den samme hvis en av gruppene (LIS/NP) hadde blitt ekskludert fra studien?

Studien ble gjennomført i ulike delstater med forskjellige regler som også er en forutsetning en skal merke seg. Den er likevel relevant og spennende av tre grunner.

Primært fordi den peker i retning (uten å konkludere) at det spiller en rolle hvordan ansattstaben er sammensatt. Altså, hvor mange fagpersoner som er en del av teamet og hvilke grupper som er involvert. Sekundært fordi studien med sine resultater antyder at undervisnings- og mentorprogram har en effekt. Er det realisme å tenke at vi har råd til å ha en NP eller LIS-lege på alle sykehjem i Norge? Med den mangelen på helsepersonell som er beregnet og kostnaden på offentlig budsjett, tror jeg ikke det. Det som dermed kan være en mer spennende diskusjon ville vært å se på prosjekter der en NP har hatt en tilknytning til sykehjem og effekten det har hatt. Har det noe for seg?

En amerikansk studie publisert i 2015 undersøkte et prosjekt kalt OPTIMISTIC. Studien hadde flere mål. To av dem var å redusere unødvendige innleggelse på sykehus og styrke samhandlingen mellom sykehjem og sykehus. Hvert sykehjem fikk en sykepleier som skulle implementere et evidensbasert kvalitetsprogram. Med i studien var også 7 NP-er som hadde ansvar for 3-4 institusjoner hver.

En reduksjon i sykehusinnleggelse skulle blant annet sikres ved forebyggende arbeid. En større kartlegging av hver beboer ble gjennomført. Et dybdeintervju hvor alt fra grunnleggende behov til mål for fremtiden ble diskutert sammen med beboer og pårørende. I tillegg til en fysisk undersøkelse. Deretter ble en ny pleieplan laget, etter å ha vurdert funnene i samråd med lege. Sykepleierne og NP-ene i studien var ikke en del av aktiv pleie, men de var heller en mentor for sykepleierne og de øvrige ansatte som allerede arbeidet på sykehjemmet. Slik sett gikk de "på topp".

I noen tilfeller var sykehusinnleggelse en nødvendighet. Målet var da å sikre best mulig samhandling. De elektroniske systemene som virksomhetene hadde, var ofte ikke kompatible med sykehuset sine. Viktig informasjon kunne komme på avveie og derfor gjennomgikk NP-ene all informasjon som ble sendt ut og kom tilbake etter sykehusinnleggelse. Sykepleierne som hadde ansvaret for det aktuelle sykehjemmet analyserte også hva som kunne ha blitt gjort bedre neste gang. Kunne en innleggelse ha blitt unngått?

910 beboere som ble innlagt i perioden. Av disse mente man at 28 prosent kunne vært unngått, 57 prosent var nødvendige og de resterende 15 prosentene var uavklart. I nesten halvparten av tilfellene (54 prosent) ble det rapportert at kvaliteten kunne økes (Unroe et al, 2015, s. 165-169). Med tallene om varierende grad av tilstedeværelse fra leger og medisingjennomgang på norske sykehjem, er det en fristende tanke å tenke seg et lignende prosjekt her hjemme. Hva ville resultatet vært om Oslo sine 47 sykehjem (Oslo kommune, 2019) ble tildelt en sykepleier hver og fikk tilgang på en AKS-sykepleier som ressurs? Ville det ikke vært nærliggende å tro at legemiddelfeil kunne blitt drastisk redusert, eller at kvaliteten på generelt plan ville økt? Ville Liv og Aslaug hatt behov for en rekke innleggelser, hvis tiltak hadde blitt igangsatt på et tidligere tidspunkt? Ville vi slitt med underernæring på norske sykehjem hvis vi hadde slike prosjekter?

Uansett hvordan du ser på det, er potensialet for samhandling og bedre flyt mellom tjenestene stor. Til gangs for begge sider, ikke minst pasienten. Løsningsforslag som NP-en representerer, er interessant om det kan gi alle parter en kvalitetsforbedring så vell som økonomisk gevinst i form av effektiv ressursutnyttelse. Samtidig må en huske på at dette kun var en enkeltstudie, og vi skal være forsiktige med å trekke slutninger fra den alene.

Canada har over de siste årene delegert mer ansvar til NP-er. I løpet av prøveperioden for oppgaveforskyvningen ble det gjennomført en del studier for å undersøke effekten yrkesgruppen kunne ha på primærhelsetjenesten. I et pilotprosjekt ble det ansatt tre NP-er (ekvivalent til to 100 prosentstillinger) som hadde oppgaven med å dekke 22 institusjoner på drøyt 2900 beboere. Målet med prosjektet var ikke å unngå alle sykehusinnleggelser. Heller unngå innleggelser der behandling kunne ha blitt gitt på sykehjemmet. I tillegg – der innleggelse var nødvendig – ønsket man å se på hvordan man kunne gjøre sykehusoppholdet kortest mulig.

Under forskningsperioden hadde NP-ene 2315 kliniske oppdrag, hvorav majoriteten av oppdrag var oppfølgingsmøter. Sykehusinnleggelse ble unngått i 39-43 prosent av tilfellene. En positiv økning i ansattes selvtilit pga. NP-enes tilstedeværelse ble også rapportert. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom tidlig utskrivelse og NP-

ene sitt arbeid. Studien har sine mangler. NP-ene vurderte seg selv. I tillegg ble evalueringsskjema sendt ut til virksomhetslederne for de ulike institusjonene, men kun dem som hadde brukt tjenestene de siste to månedene fikk mulighet til å vurdere tjenesten. Dermed ble 3 av 22 sjefer ekskludert (McAiney et al., 2008, s. 562-570).

Jeg tenker studien er spesielt interessant fordi den gir et løfte om faglighet ved behov. Det generelle bildet er at kommune-Norge har mer behandlingskrevende pasienter. Med det sagt, er ikke alle hverdager like. Behovet for vurderinger av en AKS-sykepleier kunne kanskje vært der ukentlig. Men et daglig behov på alle sykehjem? Med arbeid på institusjon friskt i minne tror jeg ikke det. Rolige vakter forekommer også. Allikevel, når medisinske problemstillinger over kompetansenivået til de ansatte på jobb oppstår, vil det være en ressurs og kunne søke råd fra en spesialsykepleier. Sykehusinnleggelse kan være unngåelig, men en second-opinion før en innleggelse er lurt. Et prosjekt å se til i denne sammenheng, finner vi fra Australia.

I regionen Queensland, undersøkte man hvordan et mobilt team bestående av to NP-er og tre sykepleiere kunne assistere 10 sykehjem. Målet var rådgivning, veiledning og fysisk tilsyn som en ambulerende tjeneste. Alt for å heve kvaliteten på behandling lokalt og redusere unødvendige sykehusinnleggelser. I tillegg hadde de en funksjon som koordinator/ mellomledd mellom sykehus og sykehjem. Dette var en kvalitativ studie som baserte seg på flere dybdeintervjuer med ulike aktører innenfor helsesektoren.

Studien har flere interessante funn. I Norge som i Australia er avgjørelsen om sykehusinnleggelse lagt til legene. Arbeidspresset deres er stort som her hjemme. Derfor hadde ofte legene ikke mulighet til å møte sykehjemmets henvendelse om visitt. I en del tilfeller valgte legen å legge inn pasienten "for sikkerhetsskyld". Utenom at dette er en åpenbar tidstyv for sykepleieren (som måtte bruke store deler av vekten sin på denne oppgaven) og krevende for pasienten, er spørsmålet om innleggelsen i det hele tatt var nødvendig? Når legen ikke responderte, ble NP-en tilkalt og kom på visitt. Flere tentative innleggelser var plutselig unødvendige. Beboerens problemstilling kunne i flere tilfeller håndteres ved en visitt av NP-en. Når

situasjonen allikevel krevde et sykehusbesøk, fulgte NP-en prosessen og sørget for tidlig utskrivelse.

En annen problemstilling som ble adressert var hvordan flere sykepleiere kjente på et kommunikasjonsproblem ovenfor den ansvarlige legen. Flere vanskelige pasientsituasjoner angikk palliative pasienter. Sykepleierne i studien fortalte om en frustrasjon om å forholde seg til leger som kun tenkte på medisiner. Palliativ pleie omhandler så mye mer. I disse situasjonene ble NP-en brukt som et bindeledd mellom sykepleiere og leger. De intervjuede i studien opplevde det enklere å forholde seg til en (spesial)sykepleier enn en lege. De snakket samme språk. Med sin solide kompetanse innenfor sykepleie og medisin klarte NP-en å formidle viktigheten av budskapet videre til legen. Slik sett ble NP-en en bro mellom to yrkesgrupper og hevet kvaliteten på tjenesten.

NP-ene i studien møtte flere problemer. De var et mobilt team, og det var ikke uvanlig å bruke store deler av arbeidshverdagen i reisevirksomhet fra punkt A til B. De arbeidet kun hverdager, mandag-fredag. Dermed bistod de ikke i helgene. Samtidig kommer det tydelig frem i studien fra leger, de ansatte på sykehjem og pasienter hvor fornøyde de var med supplementet som NP-ene representerte. Med faglig tyngde og juridiske rettigheter kunne de skrive ut medisiner, henvise og bestille medisinske undersøkelser. De tok arbeid av legenes skuldre, responderte raskt på henvendelser fra sykehjem og ga en ekstra trygghet og kompetanse i primærhelsetjenesten (Dwyer, Craswell, Rossi & Holzberger, 2017, s. 1-11).

Det norske helsevesenet er omfattende. Det har sine åpenbare styrker og svakheter. Det vil ikke være realisme å ansette en AKS-sykepleier per sykehjem. Vi har for mange institusjoner, for få AKS-sykepleiere og for store avstander utenfor byområder. Mer aktuelt er å etablere mindre ambulerende team som (i første omgang) kan testes i bystrøk. Utstyrt med bil, kunne gruppen dekket et større geografisk område med mange sykehjem uten større problem. I perioder hvor vurderinger av klinisk reduserte pasienter, eller oppfølging av beboere inneliggende på sykehus, ikke er nødvendig, kan de drive med undervisning (for å heve kompetansen) og andre prosjekter i forhold til legemiddelgjennomgang eller ernæring

m.m. Studiene fra utlandet er optimistiske. Det hadde vært spennende å se hvordan de utløper seg i en norsk kontekst.

## 7.0 Styrken i det norske helsevesenet – Fra parter til partnere

Det kan ha mye for seg å se til andre land. Hente inspirasjon i hvordan vi kan gjøre det norske helsevesenet enda bedre. Samtidig må vi ikke glemme våre egne forutsetninger. Et stort offentlig helsevesen, med tilnærmet gratis helsetjenester og en av verdens høyeste dekningsgrader av sykepleiere (Dolonen, 2017). Ja, morgendagens utfordringer i helse-Norge skaper mørke skyer på himmelen, men vi har noen av de beste forutsetningene for å finne en bærekraftig løsning på problematikken. Svaret må ikke nødvendigvis være å se til utlandet. Med de mulighetene velferdsstaten vår skaper, kan det være like logisk å spørre seg om vi bare må organisere oss på en annen måte? Til de beste for pasientene, de ansatte og samfunnet forøvrig.

Et interessant poeng i denne diskusjonen er å vise til et utsnitt fra talen helseminister Bent Høie delte med resten av helse-Norge, da han holdt den årlige sykehustalen 15. januar i år:

Samhandlingsreformen fra 2009 handlet i veldig stor grad om økonomiske og juridiske virkemidler, og i veldig liten grad om samhandling rundt den enkelte pasient. *Sykehusene ble parter i stedet for partnere.* [min utheving] Det viktigste i det hele – pasientene og helsepersonellet – forsvant i mylderet av kontrakter, møter og økonomiske overføringer mellom partene. Derfor skal vi tenke nytt om samhandling i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen. Svarer er ikke flere økonomiske og juridiske virkemidler. *Svarer er at sykehusene og kommunene må gå fra å være parter til å bli partnere.* [min utheving] Den lille n-en i partnere har stor betydning. (Høie, 2019)

## 8.0 Samarbeidsprosjekter

Bent Høie stiller en diagnose om at pasienten – den vi arbeider for – ble glemt på veien. Situasjonsbeskrivelsen hans peker mot at det viktigste i dagens system er de juridiske og økonomiske virkemidlene, og peker med det blant annet på de økonomiske sanksjonene kommune-Norge ble pålagt. Sanksjonene har hatt sine resultater. Det er bare å vise til at noen sykehus opplevde en svimlende 96 prosent

reduksjon i ekstra liggedøgn for pasienter som var meldt utskrivningsklare (Bruvik, Dragset & Abrahamsen, 2017). Allikevel må man spørre til hvilken pris? Senere rapporter som Riksrevisjonens evaluering tilsier jo at antall reinnleggelser er høyere i dag enn før reformen, og at kommunene fortsatt ikke er klar for å takle kompleksiteten av pasientene.

Løsningen til Bent Høie er at sektorene må bli partnere. Er det da eksempler vi kan lære av hvor sykehus og sykehjem har funnet sammen og skapt bro mellom sektorene? En slik spennende studie fant jeg fra Østlandet. Fra 2009 til 2011, ble en større studie gjennomført i Vestfold. Sammen med det lokale sykehuset og 30 av sykehjemmene i regionen, ønsket man å se på hvordan et enkelt undervisningsprogram kunne heve kompetansen og redusere innleggelser for eldre på sykehjem. Sykehuset stilte med to erfarne sykepleiere, som reiste rundt og underviste alle ansatte på institusjonene. I løpet av et ettdagers-kurs fikk et sykehjem teoretisk og praktisk kunnskap i intravenøs antibiotika-og væskebehandling. Når kurset var ferdig, var idéen at sykehjemmene kunne behandle flere pasienter lokalt, og dermed unngå sykehusinnleggelser.

I løpet av undervisningsperioden ble 90 prosent av alle ansatte fra sykepleiere til assistenter undervist. Behandling på sykehjem økte fra 37 til 81 prosent og slik sett kan man argumentere for at prosjektet fungerte. Studien viste et fall i total behandling fra sykehjem og sykehus med intravenøs behandling. Dette blir forklart ved en økt oppmerksomhet blant pleiepersonell på de 30 sykehjemmene. De ansatte var rett og slett blitt mer obs på sykdomsutvikling hos de eldre, og kunne sette i gang med forebyggende tiltak som gjorde behandling med væske-og antibiotika overflødig (Romøren, Gjelstad og Lindbæk, 2017).

Jeg tenker studien er spesielt interessant fordi den viser hvor lett samarbeidet mellom tjenestene kan bedres. Dette er tiltak som bør kunne gjennomføres flere steder til lands, uten større vanskeligheter. Rutinerte sykepleiere fra sykehuset kan bli sendt ut og kurse ansatte i kommunehelsetjenesten. Evner vi å styrke samarbeidet og vise begge sider av tjenesten fordelene med det, tror jeg fort det vil vises igjen på statistikken. Mindre innleggelser på sykehus, økt pasientsikkerhet og bedre samhandling. Dette er imidlertid en studie som ikke sikter seg inn på mer

kompliserte caser. Pasienter med tegn på sepsis ble blant annet sendt rett til sykehus. Slike kasus skal nok fortsatt sendes inn for behandling. Målet må være å redusere innleggelser for mindre alvorlige diagnoser.

Fra Nord-Norge finner vi et annet godt eksempel. Sammen med Universitetssykehuset i Nord-Norge har kommunene Harstad og Tromsø etablert felles tverrfaglig team med ansatte både fra sykehus og kommunehelsetjenesten. Formålet er at teamet skal være der for eldre med flere utfordringer og selv om prosjektet sikter seg inn på pasienter som flyttes fra sykehus til hjemmet, er det ingenting i veien for å hente inspirasjon fra en slik modell og lage en lik type innen sykehjemssektoren (Helse-og omsorgsdepartementet, 2018, s. 132). Dette er kun to enkeltteksempler, men det forteller historier om hvor lett og lite ressurser som skal til for å skape gode arenaer for samarbeid.

## 8.1 Tilbudet som ikke blir brukt

Et av målene med samhandlingsreformen har vært å ruste opp primærhelsetjenesten til å takle mer komplekse pasienter og dermed spare sykehusene for unødvendige innleggelser. Men med flere behandlingstrengende eldre i fremtiden, vil det naturlig nok være noen pasienter kommuner ikke klarer å håndtere. På bakgrunn av denne erkjennelsen fikk norske kommuner et nytt pålegg fra statlig hold. Opprettelsen av de kommunale akutte døgnenhetene:

«Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse-og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til» (Helse-og omsorgstjenesteloven, § 3-5).

Som det er beskrevet har målet vært at kommune-Norge skal kunne utrede, behandle og gi omsorg til sine egne og dermed redusere graden av ØH-innleggelser på norske sykehus. Undersøkelser fra blant annet Terje P. Hagen, professor ved UiO tilsier imidlertid at kun 30 prosent av plassene blir brukt. Han peker blant annet på lav legedekning og en komplisert innleggelsesprosess som forklaringer. (Kvaal, 2016) Dette synet blir støttet i et leserinnlegg fra fastlege/sykehjemslege Knut Hjortaas. Hovedproblemet blir godt formulert i det følgende sitatet:



«Hva er en ideell KAD-pasient? Jo, en medisinsk avklart pasient med en akutt oppstått hendelse/svekkelse og med et avgrenset og forutsigbart behov for helsetjeneste de nærmeste 72 timene» (Hjortaas, 2015).

KAD-pasienten skal være medisinsk avklart. Som Hjortaas påpeker senere i sitt eget innlegg er kjernen i problematikken at eldre ikke blir innlagt med klare medisinske problemstillinger. Heller formuleringer som "reduisert allmenntilstand" og "mulig infeksjon i urinveiene". Når legen kommer på tilsyn og vurderer pasienten, skal han også vite at pasienten er medisinsk stabil over de neste 72 timene. For at det skal være billigere med KAD-innleggelse versus sykehusinnleggelse (Hjortaas, 2015). Det utfordrende med geriatri er jo at det er så mange ulike faktorer inn i bildet og en pasient sin medisinske status kan svinge i løpet av kort tid. Med alle faktorene kombinert, er det kanskje ikke så rart at ikke flere bruker disse plassene?

## 9.0 Kompetanse er nøkkelen

Fra samhandlingsreformen til i dag har norske regjeringer laget flere planer og utredninger som diskuterer kompetanse generelt og spesielt i primærhelsetjenesten. Med stortingsmeldingen Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet gikk startskuddet, og senere har flere offentlige dokument blitt lagt på bordet. I 2017 kom rapporten "Videreutdanning for sykepleiere" som blant annet viser hvordan introduksjonen av nurse practitioners i andre land har ført til færre komplikasjoner, redusert liggetid på sykehus, bedret pasientoverganger mellom spesialist-og primærhelsetjenesten og færre reinnleggelser (Helsedirektoratet, 2017, s. 30).

I forlengelsen av dette arbeidet ble en ny rapport april 2019 publisert, som er et bakgrunnsdokument for et høringsforslag fra Kunnskapsdepartementet. Høringen med svarfrist 01.07 (etter denne oppgaven er levert) introduserer en nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2019). Ved å henvise til høringsforslaget, kan en lure på om vi innen få år får vår egen NP i Norge. Det beste eksempelet er hvordan regjeringen i et bakgrunnsdokument for høringen anerkjenner viktigheten av en sykepleierspesialist, og mener denne rollen skal fylles av AKS-sykepleieren:

Offentlig spesialistgodkjenning gis i dag kun til legespesialister og tannlegespesialister. Helse-og omsorgsdepartementet vurderer at kompetansen i avansert klinisk allmennsykepleie er så viktig for helse-og omsorgstjenesten at spesialistgodkjenning, som ett av helsemyndighetenes sterkeste virkemiddel, ønskes å tas i bruk. (Min utheving)\_Helsemyndighetene ønsker å signalisere at mange bør ta denne utdanningen. Offentlig spesialistgodkjenning kan virke både rekrutterende og statushevende. (Helsedirektoratet, 2019, s. 6)

Om man noen gang skulle vise til hva et politisk signal betyr, må det være sitatet over. Offentlig spesialistgodkjenning er et hett politisk tema, og det er kun to yrkesgrupper i Norge som i dag har rett på denne beskyttende tittelen. Utenom prestisjen den fører med seg, er det også en rekke oppgaver kun spesialister har lov til å gjennomføre. Selv om høringsforslaget ikke nevner nye rettigheter som henvisnings-og forskrivningsrett, er det politiske signalet tydelig på at nye oppgaver og rettigheter vil kunne komme.

## 10.0 Tid for profesjonskamp?

Veien som gjenstår etter en eventuell spesialistgodkjenning gjøres mulig i lovverket, er en diskusjon rundt utvidede rettigheter. Dette vil også kreve en lovendring. Som det står i Primærhelsemeldingen:

.... utrede om forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger skal endres slik at sykepleiere med nærmere definerte mastegradutdanninger skal bli offentlig godkjente spesialister .... Andre oppgaver, som mulighet til å henvise, og rett til å forskrive legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept, innebærer en formell utvidelse av rettigheter og vil kreve endring i regelverket. (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015, s. 61)

Utredningen er ikke ferdig og konklusjonen lar vente på seg. Men det vil være underlig om anbefalingen som blir gitt ikke tenner en større diskusjon rundt nye rettigheter. (Helsedirektoratet, 2018, strategi 2: punkt 4) Det er denne barrieren som "må brytes" hvis vi skal få være egne NP-er i Norge. Uten slike rettigheter, vil innvirkningsgraden reduseres, fordi gruppen mister muligheten selvstendighet. Den resterende veien kan imidlertid bli kronglete. Noen kritiske røster i den offentlige debatten har blant annet vært leder for Norsk forening for allmenntidmedisin, Petter Brelin.

Et sentralt argument han fører omhandler ikke kompetanse, men heller mangel på oversikt. Her kommer det gamle ordtaket «flere kokker mere søl» til sin rett. En sykehjemspasient i dag kan stå på legemidler fra sin fastlege, sykehjemslege og kanskje også en sykehuslege. Brelin mener det er fastlegen som skal ha ansvaret for eldre. Ved å gi enda en gruppe rett til å skrive ut medisiner, uten å rydde opp i rotet, skaper en ikke bare mer kaos? (Hanger, 2018)

Brelin har et poeng. Det norske helsevesenet er plaget av å måtte forholde seg til flere ulike journalsystemer ut ifra hvilke instanser du som pasient eller bruker tilhører. Systemene samhandler gjerne ikke, og feil oppstår. Denne erkjennelsen må vi ta på alvor. Men hvor radikalt er det egentlig å gi AKS-sykepleierne denne rettigheten? To grupper sykepleiere har begrenset forskrivningsrett på medisiner allerede. Erfaringene er gode. (Madsen, 2018). Som noen av studiene i essayet viser, kunne en av flere oppgaver til AKS-sykepleierne vært å følge opp pasientene som blir sendt mellom tjenestene, og sikre at kommunikasjonen ble bedre. En annen er hyppigere legemiddelgjennomgang. Det ville avlastet arbeid og bekymringer legene sitter med. Og redusert graden av skadelige bivirkninger for pasientene. Er ikke det en vinn-vinn?

Innledningsvis skrev jeg at vi står i en brytningstid mellom det gamle og det nye. Et av de beste eksemplene på hva jeg legger i denne påstanden er å vise til en situasjonsbeskrivelse fra direktoratet for E-helse:

Dagens elektroniske samhandling består i stor grad av at informasjonen sendes mellom virksomheter (elektroniske meldinger). Elektroniske meldinger fungerer bra i mange sammenhenger, men er en kompleks ordning som baserer seg på gårsdagens teknologi. .... Det arbeides lokalt og nasjonalt med nye IKT-løsninger. .... Visjonen er én innbygger – en journal. (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016)

En felles journal for hele helsetjenesten (primær-og spesialisthelsetjenesten) vil gjøre at helsepersonell får samme behandlingshistorikk, medisinliste og diagnose(r) opp på skjermen sin. Det vil uten tvil kunne heve pasientsikkerheten og lette samhandlingen i hele helsetjenesten. Det er også et godt eksempel på hva Bent Høie legger i uttrykket partnere.

Realiseringen av det nasjonale målbildet "en innbygger en journal" skjer gjennom ulike initiativ. Et sentralt eksempel er arbeidet med felles journalsystem for spesialist- og kommunehelsetjenesten i Midt-Norge. Prosjektet, kjent under navnet Helseplattformen, lover økt kvalitet i behandling, enklere systemer og en mer effektiv helsetjeneste (Helse Midt-Norge, 2019). Når et slik system skal lages er det selvfølgelig flere kritiske røster, og vi er fortsatt kun i startfasen. Noe av kritikken som rettes mot løsningen, er at den kun skal basere seg på en storleverandør (Storvik, 2019). Hvis Helseplattformen evner å svare på kritikken og idéen om en journal ikke er morgendagens luftslott i et helsevesen med flere teknologiskandaler er det grunn til å forvente positive endringer for hvordan AKS-sykepleieren og resten av helsevesenet på enklere måte kunne klart samarbeid.

## 11.0 Avslutning

«Mangelfull kunnskap og uhensiktsmessig organisering er årsaken til at så mange eldre er på sykehus» (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015, s.11).  
Er det noe sant i utsagnet?

Kompetanseunderskuddet i primærhelsetjenesten i dag er reelt. Det har ikke blitt tatt store nok grep etter Riksrevisjonens avsløringer i 2016. Det kan fortsatt stilles spørsmål om kommunehelsetjenesten takler konsekvensene av tidligere utskrivelse og mer komplekse pasienter. Vi blir ikke færre eldre. Morgendagens helseutfordringer kommer til å sette enda større krav til god samhandling og forebyggende arbeid. Målene samhandlingsreformen har definert er derfor riktige å arbeide mot. Men vi må svare på kompetansegapet vi ser.

Jeg tror ikke AKS-sykepleieren er en mirakelkur i denne konteksten. Heller er yrkesgruppen en brikke i puslespillet som må ferdigstilles for at vi skal nå de politiske målene vi har satt. AKS-sykepleieren kan om få år spille en større rolle i helsevesenet vårt. Selv om gruppen møter skepsis fra leger og andre, viser resultater fra utlandet at de er godt nok rustet til å få et ekstra ansvar og utvidede rettigheter. La oss heller ikke glemme at vi allerede har to sykepleiergrupper med noen slike rettigheter. Jordmødrene og helsesykepleierne gjør viktig arbeid for sine pasientgrupper. AKS-sykepleieren er tenkt å arbeide med større samfunnslag. En av dem vil være eldre. Her vil det være interessant å sette opp ambulerende team som

kan skape bro mellom tjenesteleddene, trygge sykehjem-og hjemmetjenester og samtidig heve kompetansen. Med tiden tror jeg også legene vil se nytten. De vil eksempelvis få mer tid til de mest kritiske pasientene.

Det er viktig å understreke at det også er andre grep som kan tas – og bør vurderes. I diskusjonen rundt partnere, burde sykehus og sykehjem kanskje fått pålegg om å lage flere offisielle samarbeidsavtaler for undervisning og kunnskapsutveksling? Et felles journalsystem vil også lette på samarbeidet. Det er fortsatt en lang vei å gå før Helseplattformen blir lansert, men prosjektet er absolutt interessant å merke seg. Hva som vil bli skjebnen til KAD-plassene er fortsatt vanskelig å si. Oppsummert er samarbeid grunnleggende positivt. AKS-sykepleieren er spennende fordi yrkesgruppen kan virke mellom de ulike tjenestene. Dermed bli bindeleddet mellom to separate sektorer (som vi ser i dag). Veien er fortsatt lang, men jeg tror vi kan nå frem.

## 12.0 Referanseliste

Aase, K. (2018) *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*. (3.utgave). Oslo: Universitetsforlaget AS

Bergsagel, I. (2019, 06. februar) 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore>

Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J F. (2017) Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/fra-sykehus-til-sykehjem>

Dolonen, K. A. (2017, 14.november) Norge har flest sykepleiere. *Sykepleien*. Hentet fra: (<https://sykepleien.no/2017/11/norge-har-flest-sykepleiere>)

Dwyer, T., Craswell, A., Rossi, D & Holzberger, D. (2017) Evaluation of an aged care nurse practitioner service: quality of care within a residential aged care facility hospital avoidance service. *BMC Health Services Research* 17:33. [10.1186/s12913-017-1977-x](https://doi.org/10.1186/s12913-017-1977-x)

Engtrø, E., Nore, S.P., Kittang, B.R., Krüger, K. (2018) *Metodebok for sykehjemsleger*. Bergen kommune: Etat for alders-og sykehjem. Hentet fra: <http://sykehjemshandboka.no/generell-del/legemiddelgjennomgang>

Flodgren, G., Bidonde, J. & Berg, R.C. (2017) *Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse-og omsorgstjenestene* (Rapport 2017) Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/konsekvenser-av-en-hoy-andel-ufaglarte-pa-kvalitet-og-sikkerhet-i-helse-og-omsorgssektoren-rapport-2017-v2.pdf>

Gautun, H., Øien, H., Bratt, C. (2016) *Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*.

(NOVA Rapport-2016) Hentet fra: [https://sykepleien.no/sites/default/files/tiltrykk-nova-r6-16-25-mai-2016\\_2.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/tiltrykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf)

Hanger, M. R. (2018, 09.juli) Skeptisk til at sykepleierne skal kunne skrive ut medisiner. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/07/09/skeptisk-til-at-sykepleierne-skal-kunne-skrive-ut-medisiner/>

Helsedirektoratet. (2017) *Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?* (Rapport IS-2674) Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/videreutdanning-for-sykepleiere>

Helsedirektoratet. (2018, 3. august) Samhandlingsreformen. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Helsedirektoratet. (2019, 02.mai) Kompetanseløft 2020. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020#strategi-2.-sikre-at-grunn--og-vidareutdanningane-har-god-kvalitet-og-er-tilpassa-kva-tenestene-treng>

Helsedirektoratet (2019, u.å.) *Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie: Bakgrunnsdokument for Helsedirektoratets arbeid med masterutdanningen* (Rapport IS 2822) Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen>

Helse Midt-Norge. (2019, 25. april.) Helseplattformen – en journal for helse helsetjenesten i Midt-Norge. Hentet fra: <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/prosjekter/ehelse/helseplattformen>

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

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

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

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

Helse-og omsorgsdepartementet (2016) Elektronisk pasientjournal. *Regjeringen.no*

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/e-helse/innsikt/elektronisk-pasientjournal/id2480061/>

Helse-og omsorgsdepartementet (2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016*. (Meld. St. 6 (2017-2018)) Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/49a6fabd659744dda11b5f2afb00c3a3/no/pdfs/stm201720180006000dddpdfs.pdf>

Helse-og omsorgsdepartementet (2018) *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Helse-og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester m.m. ([LOV-2018-12-20-113](#)) Hentet fra:

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3)

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hilsen, M. (2019, 12. mai) Slik jobber sykepleiere i stab på Søreide sykehjem.

*Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2019/05/slik-jobber-sykepleiere-i-stab-pa-soreide-sykehjem>



Hjortaas, Knut (2015, 11.01) KAD til besvær. *Dagens medisin*. Hentet fra:

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/06/22/kad-til-besvar/>

Hofstad, E. (2016, 29.mars) Sykepleiemangelen er dokumentert. *Sykepleien*. Hentet

fra: <https://sykepleien.no/2016/03/sykepleiermangelen-er-dokumentert>

Høie, Bent. (2019, 15.januar) Sykehustalen 2019. *Regjeringen.no* Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2019/id2625399/>

Intrator, O. Zinn, J. & Mor, V. (2004) Nursing Home Characteristics and Potentially Preventable Hospitalizations of Long-Stay Residents, *American Geriatric Society*, 52, 1730-1736. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1532-5415.2004.52469.x>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A H. (2014) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utgave) Oslo: Gyldendal akademisk.

Krüger, K., Jansen, K., Grimsmo, A., Eide, G. & Geitung, J.T. (2011) Hospital Admissions from Nursing Homes: Rates and Reasons *Nursing research and practice*, 2011, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1155/2011/247623>

Kunnskapsdepartementet (2019) *Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i*

*avansert klinisk sykepleie*. [Høringsutkast] Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/f503741442384b378046bd26f8355f58/horingsnotat-forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie.pdf>

Kvaal, B. (2016, 17.03) Mange øyeblikkelig hjelp-senger står ubrukte. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/nyheter-og-aktuelt/mange-oyeblikkelig-hjelp-senger-star-ubrukte>

- Madsen, S. (2018, 07.april) Sykepleierne – en lite utnyttet legemiddelressurs? *Dagens Medisin*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/blogger/steinar-madsen/2018/07/04/sykepleierne---en-lite-utnyttet-legemiddelressurs/>
- McAiney, C. A., Haughton, D., Jennings, J., Farr, D. Hillier, L. & Morden, P. (2008) A unique practice model for Nurse Practitioners in long-term care homes. *Journal of Advanced Nursing* 62(5), 562-571. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04628.x>
- Molven, O. (2016) *Sykepleie og jus* (5. utgave) Oslo: Gyldendal juridisk
- Oslo kommune (2019) Alle sykehjem. Hentet fra: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/alle-sykehjem/#gref>
- Pasient-og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient-og brukerrettigheter (LOV-1999-0702-63) Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2)
- Reisæter, V.J. (2018, 07. november) Forrige uke sluttet jeg som sykepleier. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/11/forrige-uke-sluttet-jeg-som-sykepleier>
- Richards, D. & Borglin, G. (2019) 'Shitty nursing' – The new normal? *International Journal of Nursing Studies*, 91, 148-152. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.018>
- Riksrevisjonen. (2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen*. (Rapport 3:5) Hentet fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>
- Rogne, A. F. & Syse, A. (2017) *Framtidens eldre i by og bygd: Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse*. (SSB

Rapport 2017/32) Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/328026?ts=15f811146d0>

Romøren, M., Gjelstad, S. & Lindbæk, M. (2017) A structured training program for healthworkers in intravenous treatment with fluids and antibiotics in nursing homes: A modified steppedwedge cluster-randomised trial to reduce hospital admissions. *PLoS ONE* 12(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182619>

Unroe, K.T., Nazir, A., Holtz, L.R., Maurer, H. Miller, E., Hickman, S.E., ... Sachs, G. A. (2015) The Optimizing Patient Transfers, Impacting Medical Quality, and Improving Symptoms: Transforming Institutional Care Approach: Preliminary Data from the Implementation of a Centers for Medicare and Medicaid Services Nursing Facility Demonstration Project. *The American Geriatric society* 63: 165-169. <https://doi.org/10.1111/jgs.13141>

Ørn, S. & Gansmo-Bach, E. (2016) *Sykdom og behandling* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk

Ørvik, C. I. (2016, 15. august) Kommuner klarer ikke å ta imot pasienter – får millionbøter. *Verdens gang*. Hentet fra: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/d3WmA/kommuner-klarere-ikke-aa-ta-imot-pasienter-faar-millionboeter>