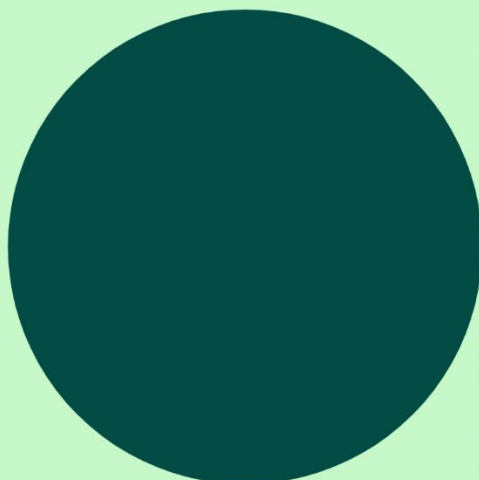




Oslo

Prosjektrapport

Anvendelse og videreutvikling av
AKS rollen i to bydeler i Oslo



Rapporten er utarbeidet av Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Oslo kommune i samarbeid med Bydel Frogner og Bydel Vestre Aker.

Takk til styringsgruppe, prosjektgruppe og alle som har deltatt i Workshop.

Foto: Getty Images

Utgitt desember 2021

Innhold

Sammendrag	4
1 Bakgrunn for prosjekt.....	5
1.1 Hva er en avansert klinisk allmennsykepleier?	6
1.2 Nordisk Modell for avansert klinisk allmennsykepleier	7
2 Metode/fremgangsmåte.....	8
2.1 Organisering av prosjektet	8
2.2 Datainnsamling	9
3 Tema diskutert i workshop.....	10
3.1 Hvordan en arbeidsdag kan se ut.....	10
3.2 Organisering påvirker handlingsrommet til en AKS	11
3.3 Forskjellen på AKS og andre faggrupper	13
3.4 AKS kompetanse anvendt på systemnivå	14
4 Brukernes behov sett fra ansattes perspektiv	15
5 Samarbeid med fagutviklingssykepleier	16
6 Stillingsbeskrivelse	17

Sammendrag

Det er utfordrende for kommunene å ha nok kompetanse for å møte det økte antallet komplekse pasienter i hjemmetjenesten. En avansert klinisk sykepleier, AKS er en sykepleier med breddekompetanse og avansert klinisk observasjons- og vurderingskompetanse. For å utforske hvordan denne kompetansen kan brukes i to bydeler i Oslo kommune ble det satt i gang et fagutviklingsprosjekt initiert av bydel Frogner, bydel Vestre Aker og Senter for fagutvikling og forskning/Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo. Prosjektet ble finansiert av Statsforvalteren.

Det ble innhentet ulike stillingsbeskrivelser for AKS og sykepleiere, som inspirasjon for å komme frem til en omforent stillingsbeskrivelse for AKS i de to deltagende bydelene.

For å få innsikt ble det gjennomført ni workshops med helsepersonell og ledere i ulike bydeler. Tema som ble tatt opp i workshopene var (1) hvordan kan en AKS arbeidsdag se ut, (2) hvordan kan organisering av AKS i hjemmetjenesten påvirke arbeidsoppgaver og handlingsrom, (3) forskjellen på AKS og andre faggrupper, og (4) AKS kompetanse anvendt på systemnivå.

Funn i workshop er systematisert i kapittel 3, som inspirasjon til hvordan tjenester ut fra lokale behov kan anvende og videreutvikle AKS kompetansen til beste for brukere, pasienter, medarbeidere og ledere.

1 Bakgrunn for prosjekt

I etterkant av samhandlingsreformen ble en stor del av pasientansvaret flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten¹. En konsekvens av dette er at pasienter som mottar pleie og omsorgstjenester i hjemmet er mer skrøpelige med økt bruk av polyfarmasi, med komplekse helsetilstander medisinsk, psykososialt og med økte funksjonshendringer enn tidligere². Det kan se ut til at kommunen ikke har den kompetansen som skal til for å ivareta den økte andelen pasienter fra sykehusene⁵. Opplevelsen av mangel på kvalifisert personell er fanget opp av Statsforvalteren i et forventningsbrev i 2021, hvor det beskrives at hjemmetjenestene allerede har begynt å kjenne på utfordringen med å ha nok kvalifisert personell til å kunne gi forsvarlige tjenester³. Det er grunn til å tro at dette forsterkes mot år 2050 når antall yrkesaktive minker, samtidig med at antall personer over 67 år dobles⁴. Dette skaper et økt behov for kompetanse i kommunene, med tanke på forebygging, behandling og oppfølging. Pasientoverganger, helhetlige tjenester og gode pasientforløp er essensielle for å skape gode kommunale tjenester. Oppsummert forskning viser at det er utfordrende å få til⁵. For å imøtekomme disse utfordringene har Helse- og omsorgsdepartementet blant annet bestemt at ny yrkesgruppe; avansert klinisk allmennsykepleiere, AKS, skal innføres for å dekke noen av behovene i kommunehelsetjenesten.

Den norske regjeringen er tydelig på at høy kompetanse blant helsepersonell er avgjørende for kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten hvor rekruttering trekkes frem som essensiell faktor⁶. For å møte pasienter og brukeres behov er et av kompetansesatsingsområdene å gi tilskudd til utdanning av AKS⁷. Avansert klinisk allmenn sykepleie er en relativt ny utdanning i Norge hvor det første kullet ble uteksaminert i 2014 ved Universitet i Oslo. Dette er sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk eller geriatrisk sykepleie forkortet til AKS videre i rapporten. En AKS har breddekompetanse i vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse, og kan jobbe forebyggende, behandlende og lindrende i ulike sykdomsfaser⁸. Dette innebærer

¹ Meld. St. 47. (2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

² Helse- og omsorgsdepartementet (2019) Omsorg 2020.Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.

³ Statsforvalterens forventningsbrev, 2021, s.5; NOVA nr.14/2020, s.7

⁴ NOU 2011.17.(2011): Når sant skal sies om pårørendeomsorg— Fra usynlig til verdsatt og inkludert

⁵ Danielsen, K. Nilsen, E.R, og Fredwall T.E (2017). En oppsummering av kunnskap – pasientforløp for eldre med kronisk sykdom. Nr.5 Senter for omsorgsforskning, Sør side 32

⁶ Helse- og omsorgsdepartementet: Kompetanseløft 2025 kap. 6.1

⁷ Helsedirektoratet (2019). Lønnstilskudd for utdanning i avansert klinisk sykepleie [nettdokument]. Oslo:

Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 23. april 2021). Tilgjengelig fra

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

⁸ Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie(2020). (FOR-2020-01-03-45) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-45>

situasjoner som oppstår akutt- eller subakutt til kronisk og terminal innen somatikk, psykisk helse og rus, fra de uavklarte til de skrøpeligste pasientene med store og sammensatte behov⁹¹⁰. I kommunale tjenester jobber 27 AKS i Norge. Av disse jobber seks ferdigutdannede AKS i hjemmetjenester i Oslo fordelt på fire bydeler ut fra rapportskivers kjennskap. 10 av 90 av AKS studenter er fra Oslo, mens det i Viken er 41¹¹. AKS utdanningen er relativt ny i Norge, og det testes ut i de ulike tjenester hvordan denne kompetansen best kan utnyttes i kommunehelsetjenesten.

Hensikten med dette fagutviklingsprosjektet er å skape mer kunnskap om ulik utøvelse av AKS roller, og på sikt skape gode forutsetninger for dens arbeid. Et langsiktig mål er å stimulere til at flere søker seg til en slik utdanning, og at tjenester i Oslo Kommune anvender AKS i aktuelle stillinger. Rapporten vil være relevant for ledere som skal ansette eller utdanne en AKS i kommunehelsetjenesten, helsepersonell som ønsker en rolleavklaring og studenter i praksis. I denne rapporten beskrives fremgangsmåten, funn og anbefalinger for implementering av AKS kompetanse i kommunehelsetjenesten basert våre funn, guidelines, litteratur og eksisterende forskning. Ledere i de to deltakende bydelene ønsket at prosjektet skulle munne ut i en stillingsbeskrivelse for AKS som kunne fungere både i hjemmetjeneste og i mestringsteam.

1.1 Hva er en avansert klinisk allmennsykepleier?

En AKS er en sykepleier med masterutdanning, hvor breddekompetansen innebærer utvidede kunnskaper i sykdomslære, farmalogi og avanserte kliniske undersøkelsesmetoder og standardiserte vurderingsverktøy. En AKS tar selvstendig opp anamnese og vurderer medikamentlister kritisk i tillegg til utførelse av avanserte sykepleiertiltak etter nasjonale føringer og kliniske retningslinjer. AKS er en internasjonalt anerkjent utdanning som allerede arbeider i over 60 land¹³. I ICN's retningslinjer defineres AKS som (oversatt til norsk av Fagerstrøm¹²):

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

⁹ Helsedirektoratet (2019). Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. Bakgrunnsdokument for Helsedirektoratets arbeid med masterutdanningen. Rapport IS-2822

¹⁰ Meld.St.24(2019-2020). Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag- men andre dager skal vi leve kap.9.8.1

¹¹ AKS i NSF; Webinar om Avansert klinisk allmennsykepleie (2021) 09.11.2021 Hentet fra <https://vimeo.com/645316636>

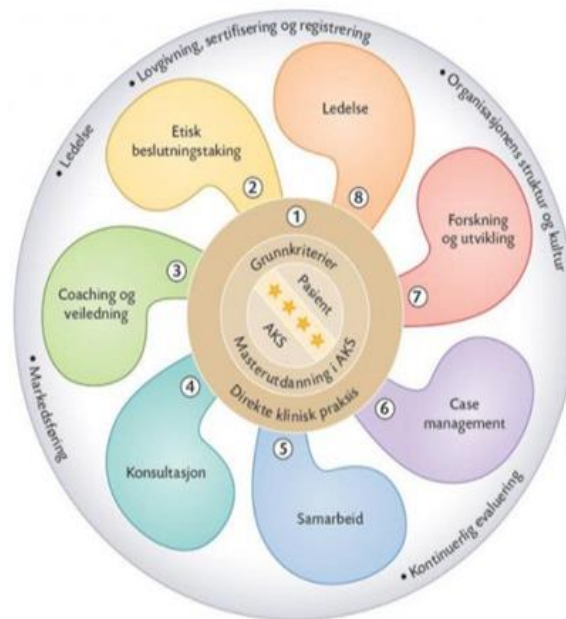
¹² Fagerström, L.M (2019). «En nordisk modell for avansert klinisk sykepleie» i Avansert klinisk sykepleie (1 ed.) red: Lisbeth Fagerström s. 40

En AKS' yrkesutøvelse bør tilpasses føringer i land og kommune, og hvordan helsetjenesten er organisert på den enkeltes arbeidsplass¹³. Flere land jobber med å få lovverk og reguleringer av utøvelse av AKS på plass. I Norge fikk vi to forskrifter vedrørende utøvelse av AKS i 2020^{14,15}. Disse forskriftene regulerer innholdet i utdanningen av AKS og gjør at sykepleiere med AKS utdanning fra oktober 2021 kan søke spesialistgodkjenning i Norge.

Mens rapporten blir skrevet pågår et nasjonalt arbeid med lage en ressurside om AKS, som vil ligge under Kompetanseløft 2025 på Helsedirektoratets sider. Etter hvert vil det være mulig å finne eksempler på stillingsbeskrivelser, presentasjoner og lignende fra ulike steder i landet¹⁶.

1.2 Nordisk Modell for avansert klinisk allmennsykepleier

Fagerström videreutviklet en forenklet teori om hva en AKS er, tilpasset nordisk kontekst¹⁷. Den nordiske modellen for avansert klinisk sykepleie er basert på forskning og analyser, og beskriver en AKS's overordnede ansvarsområder og kompetanse. Modellen er illustrert i figur 1. Der ser vi at pasienten står sentralt sammen med sykepleieteoretiske perspektiver (markert med 4 stjerner). Den beskriver 8



¹³ Helsedirektoratet (2019). Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie - Bakgrunnsdokument for Helsedirektoratets arbeid med masterutdanningen. Helsedirektoratet.

¹⁴ Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (2020). (FOR-2020-01-03-45) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-45>

¹⁵ Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere (2019). (FOR-2019-11-19-2206). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-11-19-2206>

¹⁶ Helsedirektoratet (2020). Strategier og tiltak i Kompetanseløft 2025 [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2025/strategier-og-tiltak-i-kompetanseloft-2025>

¹⁷ Fagerström, L.M (2019). «En nordisk modell for avansert klinisk sykepleie» i Avansert klinisk sykepleie (1 ed.) red: Lisbeth Fagerström

kjerneområder (markert med nummer 1-8), i tillegg til kontekstuelle faktorer (markert i den ytterste sirkelen). Den nordiske modellen belyser viktige områder AKS forventes å jobbe med i blant annet hjemmetjenesten.

Figur 1 Nordisk modell for avansert klinisk allmennsykepleier. Det mest sentrale er samhandling med pasienten så kommer det overordnede rundt.

2 Metode/fremgangsmåte

For å utforske AKS' roller i hjemmetjenestene søkte Senter for fagutvikling og forskning/ Utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem, SFF/ USHT sammen med hjemmetjenestene i bydelene Vestre Aker og Frogner Statsforvalteren om innovasjonsmidler til å gjennomføre et fagutviklingsprosjekt. Dette kapittelet beskriver metoden og analysene som førte frem til en stillingsbeskrivelse, og anbefalinger om hvordan kompetansen til en AKS kan benyttes i hjemmetjenesten i to bydeler i Oslo kommune.

For å hente inn erfaringer med bruk av AKS og innspill til hvordan AKS burde anvendes, ble det gjennomført ulike workshops i og på tvers bydeler.

2.1 Organisering av prosjektet

Styringsgruppe

Det ble opprettet styringsgruppe bestående av ledere fra de to involverte bydelene og SFF/USHT.

Prosjektgruppe

Prosjektgruppen besto av prosjektleder (utdannet AKS), prosjektmedarbeider (brobyggerstipendiat ved OsloMet) begge fra SFF/USHT. I tillegg deltok kvalitetssjef fra hjemmetjenesten i den ene bydelen, og AKS fra mestringsteam i den andre bydelen.

Arbeidsgruppe(ne)

Bydelene etablerte hver sin arbeidsgruppe som ble ledet av AKS og kvalitetssjef som også deltok i prosjektgruppen. Arbeidsgruppene ble organisert ulikt i de to bydelene. Den ene bydelen involverte lederne på alle nivå. Den andre bydelen involverte utøvende helsepersonell.

2.2 Datainnsamling

Relevant nasjonal og internasjonal litteratur, føringer og forskning-, mest i form av masteroppgaver, ble lest. Vi valgte å ta utgangspunkt i Nordisk modell for Avansert klinisk sykepleie (se kapittel om Nordisk modell)¹⁸

Stillingsbeskrivelser

Avansert klinisk allmennsykepleiere og ledere av tjenester med AKS ble bedt om å dele stillingsbeskrivelser. I Oslo var det kun en AKS stillingsbeskrivelse for hjemmetjenester i EQS kvalitetssystemet, og en ved et helsehus. Derfor ble det i tillegg hentet inn stillingsbeskrivelser fra Drammen kommune og Bærum kommune. Sammen med innspill fra workshopene ble de fire stillingsbeskrivelsene brukt som utgangspunkt for utarbeidelse av ny stillingsbeskrivelse som de to deltakende bydelene kunne slutte seg til.

Kartlegging av tjenestenes behov for bruk av AKS

Initiativ og utforming av workshop ble gjennomført av prosjektgruppen. Innkalling av deltakere, tilrettelegging for gjennomføring av workshop (for eksempel booking av møterom og fristilling av helsepersonell) ble delvis gjennomført av deltakere i prosjektgruppen og styringsgruppen. Enkelte tjenesteledere ute i bydel bistod i dette arbeidet. Enkelte workshopdeltakere kom fra andre bydeler enn Frogner og Vestre Aker, og de ble invitert på bakgrunn av deres relevante erfaring med AKS i egen hjemmetjeneste. For å sikre at flest mulig helsepersonell og ledere hadde anledning til å delta foregikk workshopene digitalt, med unntak av to i en bydel. Spørsmålene i workshopen ble utarbeidet av prosjektgruppen og kvalitetssikret av styringsgruppen. Deltakere fikk spørsmålene i forkant av workshop, slik at de hadde mulighet til å tenke igjennom relevante eksempler og tematikk.

Spørsmål stilt i workshop:

1. Hvordan tenker du/dere at AKS' kompetanse best kan komme pasientene til gode?
2. I hvilke situasjoner tenker du det vil være lurt å anvende en AKS i stedet for en sykepleier?

Vi kategoriserte data fra workshop i kategoriene under spørsmål 5 nedenfor som ble stilt til lederne.

Følgende tilleggsspørsmål ble stilt ledere i workshop, hvor hensikten var å få frem balansen mellom jobbing med kvalitetssystem og klinisk pasientnærhet:

¹⁸ Fagerström, L.M (2019). «En nordisk modell for avansert klinisk sykepleie» i Avansert klinisk sykepleie (1 ed.) red: Lisbeth Fagerström

4. Hvordan kan dere som ledere anvende AKS inn i tjenesten for at kompetansen blir anvendt til beste for ulike pasienter på individ-, gruppe-, - og systemnivå?
5. Hvordan styrke tjenesten ved bruk av AKS innenfor følgende kjerneområder?
 - klinisk vurdering
 - helsekompetanse (undervisning og veiledning)
 - faglig ledelse og tjenesteutvikling (pasientforløp, tverrfaglig samarbeid)
 - kunnskapsbasert praksis

Tema ble sortert etter overforstående fire hovedområdene basert på Forskrift om masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleier i innledende arbeid med datamaterialet.

Det ble gjennomført 9 workshop totalt, og inkludert 12 ledere, 1 koordinator, 2 fagutviklingssykepleiere, 4 AKS og 9 helsepersonell. Helsepersonellet var hovedsakelig sykepleiere i hjemmesykepleien.

3 Tema diskutert i workshop

I det videre vil vi presentere hva som ble diskutert i workshopene sortert etter overordnede tema. Dette kapittelet representerer helsepersonells og lederes tanker om bruk av AKS kompetanse.

3.1 Hvordan en arbeidsdag kan se ut

Workshopene diskuterte rollen til en AKS. *De fleste mente kompetansen ble best brukt om AKS ut fra faglig vurdering valgte pasientene med størst behov for oppfølging, og var fristilt fra arbeidslister.*

Det ble blant annet snakket om AKS' mulighet til å:

- Kartlegge nye, uavklarte brukere og risikopasienter (for eksempel pasienter med multimorbiditet og dårlig compliance).
- Fange opp potensielle risikopasienter, for eksempel ved å delta på tavlemøter.
- Anvende helhetsvurdering med utvidet kunnskap innenfor patofysiologi og farmakologi hos uavklarte pasienter, der fastlege er bekymret over at avtaler ikke følges og oversikt er mangelfull.

- Forebygge og revurdere videre sykdomsutvikling, eksempelvis ved å veilede pasient og pårørende, se på funksjonsfall, dårlig ernæringsstatus.
- Gjennomføre legemiddelgjennomganger.
- Komplementere kreftsykepleier ved oppfølging av andre kreftpasientenes øvrige helseproblemer som psykosomatiske lidelser.
- Følge opp risikopasienter identifisert av sykepleierne, for deretter å kartlegge bredere enn det sykepleier har tid og rom til å gjøre.
- Veilede en-til-en med oppfølging hos enkelte pasienter.
- Gjennomføre internundervisninger på tematikker/ pasientcaser relevant i den enkelte avdeling.
- Sikre helhetlige pasientforløp ved å følge pasienten og samordne tjenester tverrprofesjonelt gjennom samarbeid med sykehus, fastlege, pasient, pårørende.
- Være sparringspartner i potensielle akuttsituasjoner. Det ville oppleves trygt om AKS jobbet noen helger, hvor det er færre å støtte seg på og kompetansen er lavere.
- Vurdere og re-evaluere hjelpebehov og eventuelt samtykkekompetanse.
- Gjensidig kompetanseheving gjennom tverrfaglig teamsamarbeid for eksempel i mestringsteam
- Følge opp bekymringsmeldinger fra bydelsoverlegen eller saksbehandler.
- Følge opp brukere som ikke har oppsøkt fastlegen eller har helsetjenester fra før.

3.2 Organisering påvirker handlingsrommet til en AKS

Hovedfunnet i workshop var effekten av organisering på AKS rolle og handlingsrom. Tre av fire bydeler som har, eller skal ansette AKS, vurderte omorganisering. De kom med tanker rundt hvordan de ville gjøre omorganiseringen, noe som gav seks modeller med ulikt handlingsrom presentert her:

AKS i vanlig sykepleieturnus under koordinator; uavklarte situasjoner fanges opp, men lite tid og/eller utstyr til å gjennomføre kliniske undersøkelser og lage utvidede planer vil gjøre at spesialkompetansen blir mindre brukt.

AKS som jobbet som koordinator, med og uten personalansvar, men i mindre grad pasientnært: Kartla risikopasienter, fulgte opp pasientforløp og veiledet kolleger. Fulgte pasientgrupper med tiltak. Koordinerer fordeling av brukere til personalet, kartlegger nye og uavklarte brukere.

AKS i team i en sone/ distrikt, og samhandler tverrfaglig: Jobber hovedsakelig pasientnært, men også med å identifisere risikopasienter, samhandling og veiledning

TA og helsefag. Skaper helhetlig oppfølging ved tverrfaglig samhandling også med eksterne helsetjenester. Lager egne arbeidslister, og veileder TA ved skriving av tiltaksplan. Fordelene med å jobbe pasientnært handlet om å kjenne utfordringene, fange opp uformelle og formelle problemstillinger, kjenne pasientene for å kunne gi veiledning, kjenne til behovet for tematikker for internundervisning. I tillegg får pasientene direkte oppfølging av AKS og deres spesialkompetanse. Når en AKS jobber pasientnært, vil en AKS ha lokal kunnskap om hvordan en kan lykkes med å implementere ny kunnskap i den enkelte avdeling. Dette gjelder også implementering av for eksempel nye prosedyrer.

AKS i tverrfaglig team: Jobber autonomt i et fagteam, med for eksempel kreft- og fagutviklingssykepleier, sammen med demensteam, eller i mestringsteam med fysio-, ergoterapeut, sosionom, logoped o.l. hvor de lager egne arbeidslister. Tverrfaglige refleksjoner og veiledning gir kompetanseheving tverrprofesjonelt, og bredere vurdering og oppfølging av pasientene. Rekker 2-3 pasienter om dagen inklusiv oppdatering på journal, reisetid konsultasjon, etterarbeid med dokumentasjon og planlagte tiltak anskaffelse av hjelpemidler.

AKS i 50 % i klinikk i på tvers av alle avdelinger, 50 % i drift og fagutvikling:

Følger opp pasienter i klinikk som nevnt over, i tillegg til prosjekter som KlinObs, HLR, veilederfunksjon, undervisning, tavlemøter mm. Stillingen oppleves fleksibel, da 50% av stillingen ikke var tilknyttet direkte pasientarbeid. Kompetansen kunne i tillegg brukes til løpende samfunnsoppgaver, som Covid vaksineringskoordineringsfunksjon i tverrfaglige møter og kvalitetsvurderinger.

AKS jobber strategisk med utgangspunkt i pasient-/ tjenestebehov:

Organisert under kvalitetssjef tverrfaglig med fagutviklings-kreftsykepleier, demenskoordinator og ernæringsfysiolog. Dette vil gi bedre tid til felles refleksjon og fordeling av pasientene. Utgangspunktet for denne måten å organisere på, er blant annet at kreft- eller demens pasienter kan ha andre underliggende problemer som en AKS kan observere og kartlegge for å gi en helhetsvurdering av pasienten. Skal løse «flaskehalser» eksempelvis pasientforløp fra institusjon til hjem hvor overføring ikke er optimal, til pasientkategorier som ikke fanges opp. Pasienten vil bli kartlagt som i modellene over, personale veiledet, undervisning med simulering etc.

I hver workshop ble det tatt opp behov for å ha AKS tilgjengelig i avdelingen.

Vi fant at AKS som jobbet i et distrikt hadde god oversikt over alle pasienter og systematisk kartla de. Når AKS fikk ansvar for flere distrikt eller jobbet i mestringsteam så hadde AKS inngående kjennskap til sine pasienter og pasienter det ble reflektert

rundt, men ikke de øvrige. AKS som brukes til å løse flaskehalser og systemer har individkjennskap til noen pasienter, eller pasientgrupper, men har ikke oversikt i soner, med mindre de jobbes i for en periode.

Ansatte trakk frem at behovet er stort både for basal- og spisskunnskap, og at simulering er viktig undervisningsform. Det er verdifullt med undervisning fra komplekse pasientkasus fra egen tjeneste. Det opplevdes som viktig å gi tid til undervisning, da det kan være utfordrende for ansatt å ikke ha fokus på driftsoppgaver, mens undervisning pågår. En AKS kan samarbeide og dele undervisningsmateriell med andre AKS, på tvers i tjenestene i kommunen og nasjonalt. De kan lage filmer, webinar og undervisningsopplegg til bruker og pårørende, og helsepersonell. Noe vil lages internt til refleksjon, som deling av kasus eller etiske refleksjoner rundt eksempelvis bruker/pårørende, egen utøvelse, forløp og system. Videre ble det i workshopene sagt at «tjenesten ikke blir bedre enn de som utøver helsehjelpen», så veiledning og undervisning oppleves som viktig for å kvalitetsutvikle tjenesten. De fleste AKS opplevde det utfordrende å ha tilstrekkelig tid til å lese seg opp på ny forskning og retningslinjer for å jobbe kunnskapsbasert.

Når en AKS jobber pasientnært, vil en AKS ha lokal kunnskap om hvordan en kan lykkes med å implementere ny kunnskap i den enkelte avdeling. Dette gjelder også implementering av for eksempel nye prosedyrer.

3.3 Forskjellen på AKS og andre faggrupper

På spørsmål to i workshopen ble deltakere spurt om hvilke situasjoner de tenker det vil være lurt å anvende en AKS i stedet for en sykepleier. Det ble trukket frem ulike situasjoner og eksempler som kan tydeliggjøre en AKS' rolle i skjæringspunktet til andre kollegaer og faggrupper. Dette er oppsummert punktvis:

- **Klinisk observasjon som spesialitet.** Dette inkluderer anamnese, systematiske kliniske observasjoner, anvendte validerte kartleggingsskjema, legemiddelvurderinger, på et høyere faglig nivå enn for eksempel ansatt med bachelor i sykepleie.
- **Planlegging, gjennomføring og veiledning ved sjeldne tiltak og prosedyrer.** Ansatte ga uttrykk for økt trygghet når AKS fulgte opp pasient og pårørende, i situasjoner ansatte sjeldent står i, ved komplekse helseutfordringer med avansert teknologisk utstyr, palliasjon og hjemmedød.
- **Koordinator.** Unngå fragmentert tjeneste og sørge for helhetlig pasientforløp ved å følge pasienten og samordne tjenester tverrprofesjonelt og tverrfaglig i samarbeid med spesialisthelsetjeneste, institusjoner, fastlege,

pasient og pårørende. Tjenesteansvarlig sykepleier (TA), følger pasienter lite inn på andre institusjoner. Grenseoppgangen her blir mot saksbehandlerne som kan være sykepleiere. Der har AKS et fortrinn siden de har bedre kjennskap til aktuelle undersøkelser utredninger og vurderinger. AKS ble mer brukt til å koordinere enn å utarbeide individuelle planer.

- **Helhetsperspektiv og breddekompetanse.** Sykepleiere ivaretok det mer generelle (basal sykepleie og daglig drift) mens en AKS har med den utvidete kunnskapen mulighet til å se helheten og sammenhenger. Eksempelvis funksjonsfall, vekt, egenressurser, helse og bruk av legemidler.
- **Høy vurderingskompetanse.** En tjeneste erfarte at brukere kunne bo lengre hjemme, fordi AKS styrket kompetansen til hjemmesykepleieteamet rundt pasienten. Komplekse pasienter som hjemmesykepleien før ikke kunne håndtere, får nå tilbud om pleie hjemme grunnet AKS 's økte vurderingskompetanse.
- **Forskning og fagutvikling.** AKS kan anvende, lede eller bistå i fagutviklings- og forskningsprosjekter.

3.4 AKS kompetanse anvendt på systemnivå

I workshopene ble det drøftet hvordan en AKS kan fordele sin arbeidstid og ressurser på en hensiktsmessig måte. Det ble blant annet kommentert at AKS ikke har mulighet til å dekke over alle fagområder, og at tjenestene er nødt til å prioritere hvilke områder den enkelte AKS skal ha ansvar for. I det videre kommer en punktvis oppsummering av fagområder som ble drøftet i workshop.

- **Motvirke «flaskehalser» i tjenesten.** Lage gode standardiserte oppfølgingsplaner for utsatte pasientgrupper, identifisere og gi behandlingstilbud til pasienter systemet ikke er tilpasset for.
- **Systematisere tiltak.** AKS kan brukes til å overordnet identifisere pasientgrupper med behov for tiltak i Gerica. Innføre systematisk oppfølging og evaluering etter faglige retningslinjer f.eks. pasienter med fallfare og polyfarmasi.
- **Styrke kompetansen** i hjemmesykepleien ved å bistå ulike fagutviklingsgrupper ved deltakelse i sårgrupper, psykisk helse m.fl.
- **Bistå i etiske vurderinger og holdningsarbeid** i hjemmetjeneste og mestringssteam.
- **Standardisere kartlegginger**, for eksempel ved inntakssamtale i hjemmet.

- **Helsestasjon for eldre.** Det blir foreslått at det kan bygges opp og etableres Helsestasjon for eldre, der AKS tidlig møter de syke, svake og underernærte med dårlig nettverk.
- **Rådgivende funksjon.** For eksempel: Seniorveileder kan sparre med AKS for å få økt kunnskap og kunne fange opp tidlig forverring.
- **Samhandle om undervisning på tvers av bydeler** / kommuner, for eksempel lage og dele undervisningsmateriell med andre AKS.

4 Brukernes behov sett fra ansattes perspektiv

Ingen pasienter deltok i workshop, men flere av de ansatte hadde fått noen tilbakemeldinger fra pasienter i etterkant av et (eller flere) AKS besøk. Disse tilbakemeldingene ble tatt opp som temaer, eksempler eller erfaringsdeling i workshopene.

En AKS tar opp anamnese, gjør utvidede kartlegginger og undersøkelser, og bruker derfor noe lengre tid enn TA. Pasienten har blitt informert om dette i forkant ved noen av konsultasjonene. Pasienter gav uttrykk for at det var trygt å bli ivarettatt av AKS som fagperson, bli grundig kartlagt og kjenne seg sett. Andre pasienter var derimot ikke vant til at sykepleier f.eks. lyttet på hjerte og lunger, sjekket mobilitet, eller anvendte validerte kartleggingsverktøy. Det har i noen tilfeller gjort at pasienter har stilt spørsmål om hvorfor det gjøres legeundersøkelser, og rolleopplæring har vært nødvendig. Når AKS gjør en grundig klinisk undersøkelse, har enkelte pasienter blitt mer bevisst noen av sine helseplager. Dette forsterkes når en AKS veileder TA i klinisk observasjon, da en i disse veiledningssituasjonene reflekterer høyt om helseutfordringer og hvordan avdekke disse gjennom kartlegginger. For å forebygge unødvendig engstelse, kan det være lurt å ta en faglig drøfting i etterkant med TA, og gjøre utførlig dokumentasjon av funn, vurdering og eventuelle tiltak slik at øvrig helsepersonell er informert om hvilke undersøkelser og tiltak som er gjort.

Pasienter har uttrykt takknemlighet for aktiv brukermedvirkning i møte med AKS, og mulighet til å fortelle om egen opplevelse av å leve med sykdom, skade og lyte, ressurser, behov og mål. Pårørende og pasienter har opplevd det verdifullt at AKS har

lest seg opp i journal før tilsyn, og at de kun trenger å fylle ut med aktuell informasjon og korreksjoner. De oppgav trygghet ved at legemidler, andre preparater og stimulerende midler ble vurdert opp mot helsetilstand og interaksjoner. De satte pris på å få innsikt i hvilke pleie- og behandlingsmuligheter som kunne tilbys, og hva de selv må utrette. De vil bruke krefter på å ta informerte valg, og verdsetter at AKS koordinerer helsetjenester og samhandler.

Ved bruk av AKS kunne komplekse brukere bo lengre hjemme, hjemmetjenesteansatte klarte stå i situasjoner de opplevde vanskelig med støtte fra AKS, slik at eksempelvis flere kunne få dø i eget hjem i trygge rammet som ønsket. Risikopasienter ble oppdaget tidligere og tiltak iverksatt. Dette sparte både lidelse og økonomi.

5 Samarbeid med fagutviklingssykepleier

Både fagutviklingssykepleiere og AKS har ulike individuelle ferdigheter og kunnskapsområder, og hjemmetjenestene kan velge å bruke de på forskjellig vis. En fagutviklingssykepleier har oversikt over det overordnede, og holder i det systemansvarlige, som implementering av verktøy, som SAFE, kvalitet på dokumentasjon, utvikling av prosedyrer, oppfølging av narkotikaregnskap, oppfølging av nyansatte og studenter. Slik det fremkommer av workshopene blir en AKS i større grad brukt i ute i klinikk, og har innsikt i lokale utfordringer og kompetansenivå. Enkelte fagutviklingssykepleiere jobber lite med direkte pasientkontakt, men samarbeider desto tettere med leder og driver tjenesteutvikling i flere av bydelene. En AKS vil kunne bistå med implementering av prosedyrer fagutviklingssykepleier hadde laget, og komme med praktiske innspill til fagutvikling og til gjennomføring av undervisning og organisering.

En kan se for seg at en AKS jobber mer aktivt med veiledning og undervisning av kollegaer, pasienter og pårørende, og hvor en fagutviklingssykepleier i større grad har det overordnede fagansvaret i avdeling. På denne måten utfyller rollene hverandre.

Enkelte steder kan det være en fagutviklingssykepleier som er veldig involvert i praksis, og der vil det kanskje være et behov for en forventningsavklaring og en enda mer konkretisering av disse to ulike rollene.

6 Stillingsbeskrivelse

Ut fra våre funn i workshop, ulike AKS stillingsbeskrivelser, andres kommuners erfaring med bruk av AKS¹⁹ retningslinjer²⁰²¹ og litteratur²², ser vi at AKS kan anvendes på forskjellige innsatsområder. Stillingen bør tilpasses etter tjenestestedets behov og AKS kompetanse, spesialisering og evner. Dette samsvarer med erfaringer i Drammen og Notodden har ved implementering av AKS²³. Under utprøving av rollen erfarte vi at god lederforankring med tydelige forventningsavklaringer og rollebeskrivelse var viktig for å velge riktig organiseringsmodell for tjenesten. Dette gav AKS forventet handlingsrom^{24 25}. Disse erfaringene har vi tatt med i utformingen av en mal til stillingsbeskrivelse for AKS i hjemmetjenesten i Oslo kommune (se vedlegg 1). Stillingsbeskrivelsen fra Drammen kommune lå mest opp til våre funn og forskriften²⁶, og ble derfor brukt som utgangspunkt.

Stillingsbeskrivelsen vil sannsynlig kunne anvendes med små tilpasninger til den enkelte tjeneste og slik de velger å anvende sin AKS, og dermed gi god føring for tjenesten og AKS i det videre arbeidet. Det kan være fare for at AKS skal dekke så mange områder at det ikke er mulig å få gjort grundig arbeid, så avgrensinger er nødvendig. Rolleutøvelsen bør evalueres i takt med tjenestens behov og øvrig tverrfaglig kompetanse med jevne mellomrom.

¹⁹ Helsedirektoratet (2021,24 november) Avansert klinisk allmennsykepleie i kommunen: Hva kan en AKS-er bidra med og hvordan får vi det til hos oss (Webinar) Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/konferanser/avansert-klinisk-allmennsykepleie-i-kommunen>

²⁰ ICN International council of nurses. (2020). Definition and Characteristics of the Role. Hentet fra: <https://international.aanp.org/Practice/APNRole>

²¹ ICN International council of nurses (2020). Guidelines on advanced practice nursing 2020. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

²² Fagerström, L. M. (2019). Avansert klinisk sykepleie (1 ed.). Gyldendal.

²³ AKS i NSF; Webinar om Avansert klinisk allmennsykepleie (2021) 09.11.2021 Hentet fra <https://vimeo.com/645316636>

²⁴ Helsepersonelloven(1999): Helsepersonelloven §16sist endret LOV 2021-06-11-67 Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

²⁵ Helsedirektoratet (2019). Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. Bakgrunnsdokument for Helsedirektoratets arbeid med masterutdanningen. Rapport IS-2822

²⁶ Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie(2020). (FOR-2020-01-03-45) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-45>

Vedlegg 1 Stillingsbeskrivelse

MAL STILLINGSBESKRIVELSE FOR AVANSERT KLINISK ALLMENNSYKEPLEIER



STILLINGENS FORMÅL OG OMFANG

Bidra til helhetlig og personorientert helsehjelp til pasienter og brukere med sammensatte helseutfordringer

Forebygge sykdomsutvikling

Bidra til økt grad av selvstendighet for pasient og bruker

Arbeide for sømløse helsetjenester og gode pasientoverganger med brukermedvirkning og pårørende i fokus

Bidra med faglig støtte og undervisning innad i tjenesten

Ansvar og myndighet

Tittel: Avansert klinisk allmennsykepleier

Lønn: stillingskode: 0094000 **Stillingsbetegnelse:** «Klinisk sykepleier»

Arbeidstid: Etter individuell avtale med leder

Kvalifikasjonskrav:

Mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie (120 stp.) /

spesialistgodkjenning avansert klinisk allmennsykepleier

Norskkunnskaper tilsvarende C1

Organisatorisk plassering

Stillingen organiseres under leder som er mest hensiktsmessig etter funksjon. Ved oppstart i stillingen organisert under _____ ved avdeling_____.

Beskrivelse

Målgruppe:

Pasienter og brukere

- av helsetjenesten i alle aldre
- med akutt- og/eller subakutt funksjonsfall og sykdom
- med komplekse og uavklarte utfordringer
- med sammensatte helse- og omsorgsutfordringer som multimorbiditet, kronisk-/ langvarige sykdommer og tilstander, og palliativ fase.

Det gjøres en avgrensing mot annet helsepersonell med avansert kompetanse på tilgrensende fagområder, blant annet demenskoordinator, kreftsykepleier, lege m.fl. Jamfør

Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. Forskriften belyser også forventet kompetanse anvendt i yrkesutøvelsen.

Avansert klinisk allmennsykepleier, benevnes videre som AKS

Stillingens ansvarsområde:

- Respektere og fremme forståelse for pårørende og brukerens opplevelser med ulike helseplager og derigjennom sikre bruker- og pårørendemedvirkning.
- Sikre personsentrert omsorg ved å involvere bruker og pårørende i planlegging og utøvelse av helsehjelp.
- Samhandle med tjenesteansvarlig, primærkontakt og øvrig helsepersonell med å utarbeide plan, tiltak og evaluering.

- Samhandle med bruker, pårørende, tjenesteansvarlig og primærkontakt, og tverrfaglig med øvrig relevant helsepersonell internt og eksternt. Grundig dokumentasjon av egne kartlegginger, vurderinger, tiltak og videre plan.

Bidra til faglig utvikling i tjenesten gjennom veiledning, undervisning, simulering og implementering til kunnskapsbasert praksis avgrenset til fagområder som ligger under AKS jamfør: «Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie»

- Følge opp og koordinere helsehjelp til pasienter der oppfølging av AKS er nødvendig, i samarbeid med relevant helsepersonell.
- Anvende anamnese, utføre klinisk undersøkelse, bruke relevante kartleggingsverktøy og legemiddelgjennomgang ved vurdering av helsetilstand.
- Samhandle med fagpersoner, saksbehandler og ledelse for å utarbeide smidige pasientoverganger og pasientforløp, ved direkte pasientkontakt og overordnet.
- Delta i innovasjon-, forbedrings -og kvalitetsutviklingsarbeid.
- Holde seg faglig oppdatert og arbeide kunnskapsbasert. Delta aktivt i nettverk som omhandler AKS kompetanse og kompetanseområder.
- Praksisveileder for mastergrad studenter i klinisk sykepleie.

Arbeidsoppgaver:

- Identifisere risikopasienter og forverring, og følge opp pasienter med subakutt sykdom eller funksjonssvikt.
- Gjøre omfattende selvstendige kliniske kartlegginger og vurderinger av pasient og bruker der AKS vurderer dette som et behov, eller i samarbeid med annet helsepersonell som fastlege eller saksbehandler.
- Opprette planer, tiltak og evaluering i tett dialog med pasient/ pårørende, tjenesteansvarlig/ primærkontakt og relevant helsepersonell internt i tjenesten og eksternt som fastlege.

- God dokumentasjon av kartlegginger og vurderinger gjøres elektronisk og tilgjengelig for de nødvendige samarbeidende helsepersonell etter gjeldende regler om taushetsplikt.
- AKS skal veilede, støtte og undervise pasient, pårørende for å øke mestring av helse og livssituasjon.
- Bistå øvrig helsepersonell med veiledning, støtte og undervisning, inklusiv simulering på AKS fagspesifikke områder.
- Medvirke til faglig utvikling i avdeling og bydel ved samhandling med ledelse, forvaltning og relevant helsepersonell.
- Delta i strategisk arbeid i avdelingen opp mot overordnede risikofaktorer innenfor helse- og omsorgsarbeidet.
- Være faglig støtte for ledere i beslutningsprosesser som omhandler brukerens helsetilstand, der beslutninger er tjent med AKS kompetanse og vurdering.
- Samarbeide om planlegging, utøvelse og evaluering av helse- og omsorgstjenester. Det involverer tverr-faglig, -profesjonelt, -sektorielt og med eksterne helsetjenester på individ-, gruppe-, og systemnivå.
- Kan bistå i utvikling av helsefremmende tiltak i bydel.

KRITERIER FOR MÅLING/VURDERING AV JOBBOPPFYLLELSE

Kvalitet på ditt arbeid gjennomgås i oppfølgingssamtaler medleder på bakgrunn av denne stillingsbeskrivelse.

GENERELLE BESTEMMELSER:

Stillingens ansvarsområder er under utvikling og kan endres i takt med skiftende behov. Stillingsbeskrivelsen er ikke utfyllende.

Stillingens funksjoner utøves i henhold til «Ethiske regler for ansatte i Oslo kommune» og gjeldende retningslinjer i kommunen.

Stillingssinneholder skal holde seg faglig oppdatert, og delta i opplærings- og utviklingsvirksomhet som er nødvendig for å fylle stillingen.



Senter for fagutvikling og forskning/
Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
Oslo kommune Helseetaten
Postboks 4716
0506 Oslo
Telefon 23 48 69 60

www.oslo.kommune.no

www.utviklingssenter.no

www.facebook.com/SFFOslo

Utgitt desember 2021

