UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

Prosjekt id: 2011/FBM9134

Prosjektnavn: Nytt trinn i omsorgstrappen (2010-1-562)

Søkerorganisasjon: Norske kvinners sanitetsforening

Nytt trinn i omsorgstrappen? Modellutvikling av et nytt forebyggende og rehabiliterende tiltak for eldre i den kommunale eldreomsorgen.

PROSJEKTET
ER STØTTET AV
ExtraStiftelsen
Helse og Rehabilitering
MED EXTRA-MIDLER

Nytt trinn i omsorgstrappen? Modellutvikling av et nytt forebyggende og rehabiliterende tiltak for eldre i den kommunale eldreomsorgen

1. Introduksjon

Den kommunale pleie og omsorgstjenesten representerer det største helseinstitusjonsvesen i Norge, med ca. 200.000 brukere/pasienter (HOD 2005-2006, HOD, 2008-2009). Ca. 40.000 er brukere av institusjonsomsorg (sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns bemanning) og ca. 160.000 av hjemmetjenester (HOD 2005-2006). De fleste (særlig personer over 85 år) har en rekke kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelser. I tillegg til å motta pleie- og omsorgstjenester, er de blant de hyppigste brukerne av kommunale legetjenester (SHdir 2005). Personer over 80 år er også den største gruppen pasienter i sykehus, hvor enkelte avdelinger (bl.a. medisin, ortopedisk kirurgi, rehabilitering) har en overvekt av eldre pasienter.

I løpet av de neste 35 årene vil antall eldre over 80 år øke med ca. 50% og de aller eldste vil øke mest (HOD 2005-2006, HOD 2008-2009). Denne gruppen vil være utsatt for omfattende funksjonssvikt og en rekke kroniske og akutte sykdommer som vil kreve kvalifisert oppfølging. Samtidig vet vi at forebyggende og rehabiliterende tiltak som kan fremme eldres fysiske og psykiske helse både har klinisk effekt og er kostnadseffektive (Struck et al 2002), men at denne oppgaven ikke er tilfredsstillende ivaretatt og derfor må styrkes i årene som kommer (HOD 2008-2009). Internasjonale studier har vist at systematisk behandling og oppfølging, samt iverksetting av forebyggende og helsefremmende tiltak overfor syke eldre i kommunehelsetjenesten av spesialopplærte sykepleiere er kostnadseffektivt (McAiney et al 2008, Szczepura et al 2008). Slike tjenester kan føre til reduksjon i unødvendige sykehusinnleggelser, senere innleggelse i sykehjem, tidligere utskrivelse fra sykehus, samt tidligere behandling av vanlige helseproblemer (som urinveisinfeksjoner, infeksjoner i øvre luftveier, fall og adferdsproblemer) (Lenz et al 2004, McAiney et al 2008, Szczepura et al 2008). De kan derved bidra til bedret fysisk og psykisk helse og livskvalitet. Internasjonalt utføres denne typen tjenester bl.a. av spesialopplærte sykepleiere. I Norge er det imidlertid fortsatt mangel på kommunale helsetjenester som kan kombinere systematisk sekundær- og tertiærforebyggende tiltak med rehabiliterende behandling av eldre brukere. Dette er bl.a. grunnet stor mangel på personale med spesialkompetanse innen geriatri og eldreomsorg (Braaten 2009, Legeforeningen 2001, Legeforeningen 2005, HOD 2005-2006, HOD 2008-2009).

Det er stort behov for å finne løsninger som kan styrke kommunenes evne til å tilby gode og effektive tjenester som bidrar til å forebygge unødvendig helse- og funksjonssvikt blant syke gamle, understøtter og styrker deres evne til mestring og egenomsorg, samt bidrar til effektiv rehabilitering etter akutte sykdomsepisoder. Dette modellutviklingsprosjektet ønsket å bidra til dette gjennom å utvikle et nytt forebyggende og rehabiliterende helsetilbud til eldre, med utgangspunkt i internasjonale modeller med dokumentert effekt.

2. Prosjektets målsetting

Prosjektet hadde som overordnet mål å fremme fysisk og psykisk helse, mestring og livskvalitet blant gamle over 80 år som mottar tjenester fra hjemmesykepleie og i sykehjem. Dette skulle

skje gjennom å utvikle en modell for en ny type forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende geriatrisk sykepleietjeneste.

Den nye tjenestemodellen skal bidra til å:

1. identifisere helseproblemer tidlig gjennom systematisk generell helsekartlegging og iverksetting av forebyggende og behandlende tiltak før problemene blir mer alvorlig og trenger mer omfattende behandling (f. eks. urinveisinfeksjon, svimmelhet, tungpustenhet, smerte, syn/hørselssvikt, angst, depresjon, sosial isolasjon etc.)
2. unngå unødvendige sykehusinnleggelser ved akutt sykdomsforverring gjennom intensivert pleie- og behandling i sykehjem/hjemme
3. fremme mestring og rehabilitering etter akutt helsesvikt gjennom systematisk opplæring av pasient, pårørende og helsepersonell som er involvert i den daglige omsorgen
4. bidra til mer koordinerte tjenester ved effektiv samhandling med legetjenesten og den øvrige helsetjenesten (fysioterapi, ergoterapi, kommunale sykepleietjenesten, spesialisthelsetjenesten)

3. Overordnet ide for prosjektet

Prosjektets antagelse var at ett viktig tiltak for å gjøre kommunene i stand til å løfte sitt ansvar for den eldste del av befolkningen var å utvikle ett nytt "trinn" i behandlings-ogomsorgstrappen" Med det mente vi at det bør introduseres en ny, mer selvstendig klinisk avansert sykepleierolle med spesialisering innen geriatri i kommunehelsetjenesten. En slik rolle vil kunne styrke helsetjenestene til syke gamle gjennom å foreta systematiske helsevurderinger, følge opp, initiere og koordinere medisinsk behandling og omsorg, og bidra med opplæring og veiledning av eldre selv og deres pårørende. Videre skal den nye rollen gi opplæring og veiledning til ansatte i pleie- og omsorgssektoren når det gjelder ivaretagelsen av syke gamle med behov for kompliserte og omfattende helsehjelp. Den nye rollen vil også kunne avlaste og styrke den kommunale legetjenesten ved å utføre noen oppgaver som i dag må ivaretas av leger, men som ville kunne overlates til høyt kvalifiserte sykepleiere. Dermed kan legetjenesten i kommunene prioritere de mer krevende medisinske oppgavene overfor denne voksende gruppen pasienter.

4. Internasjonale erfaringer med rollen som klinisk avansert sykepleier

Rollen som avansert klinisk sykepleier i primærhelsetjenesten og med fokus på helsetjenester til eldre er veletablert internasjonalt. I over 40 år har det blitt utdannet sykepleiere med en avansert klinisk kompetanseprofil, såkalt Nurse Practitioner (NP) eller Advanced Nurse Practitioner (ANP) (Sheer & Wong, 2008). Utdanningsprogram i avansert klinisk sykepleie finnes nå i over 30 land i alle verdensdeler (Pulcini, Loke, Gul, & Jelice, 2008).

I Skandinavia ble den første utdanningen innen avansert klinisk sykepleie startet i Skövde i Sverige i 2003 og i Vasa i Finland i 2007 (Glasberg, Fagerström, Räihä, & Jungerstam, 2009; Sheer & Wong, 2008). Det arbeides nå med å utvikle lignede program både i Danmark, på Island (ICN, 2009) og i et nordisk samarbeid mellom ulike universitet og høyskoler. Hensikten med samtlige internasjonale utdanninger er utvidet kompetanse i klinisk vurdering av pasientens helsetilstand, planlegging av et helhetlig helsetjenestetilbud og iverksetting og oppfølging av tilbudet (Fagerström, 2009; Sheer & Wong, 2008; Stolee, Hillier, Esbaugh, Griffiths, & Borrie, 2006). Programmene kan ha ulike profiler som for eksempel

forebygging/helsefremming, kroniske lidelser eller akuttsykepleie. Et kjennetegn ved utdanningene er at kliniske studier brukes som sentral læringsform (Arbon et al., 2009; Cotter, Bradway, Cross, & Melissa, 2009). Det er vanlig at deler av den kliniske veiledningen blir gitt av leger, for eksempel ved opplæring i vurdering av pasienters helsetilstand og medikamentbruk. Dette anbefalles også av WHO (WHO, 2001).

I flere av landene med lang erfaring med ANP er det utviklet egne målsettinger og kompetansekrav, for eksempel i Australia, USA og Storbritannia. Disse er de siste årene harmonisert slik at utdanningen er forholdsvis lik i de fleste land.

Funksjonen som avansert sykepleier
Yrkesrollen varierer ut fra hvilket fokus utdanningen har hatt og hvilke spesielle behov som finnes i de enkelte land. I litteraturen beskrives for eksempel ANP som arbeider i legesentre sammen med allmennpraktiserende leger (Dierick-van Daele, Metsemakers, Derckx, Spreeuwenberg, & Vrijhoef, 2009), driver egne poliklinikker, arbeider i hjemmetjenesten eller i sykehjem (Stolee, et al., 2006).

Bortsett fra de kulturer der ANP arbeider alene i spesielle avsides områder, er det et sentralt grunnprinsipp at en ANP arbeider tett sammen med leger, andre faggrupper og andre sykepleiere. Videre er det et sentralt prinsipp at sykepleiere med ANP-kompetanse ikke inngår som et fast medlem i en avdeling eller et arbeidslag. En ANP arbeider mer overordnet og fleksibelt og skal være tilgjengelig for et pleieteam når det trengs større kompetanse for å vurdere en pasients helsemessige situasjon. For eksempel kan et sykehjem eller et hjemmetjenestedistrikt ha ansatt en eller flere ANPs som arbeider systematisk med å vurdere pasientenes daglige situasjon og forordner ulike typer ikke-medikamentelle tiltak. De blir videre brukt som førsteinstans ved endring i helsetilstand. ANP skal ha kompetanse til å vurdere en akutt situasjon, sette i verk nødvendige tiltak og vurdere når det må henvises til andre tjenester eller tjenestenivå.
I noen land, som Storbritannia, USA og Australia (Neal, 2004), har ANPs rett til å foreskrive medikamenter og medisinske undersøkelser som for eksempel røntgenundersøkelser. Rett til slik type foreskrivelse er knyttet kun til det utvidede kunnskapsfeltet ANP har fordypet seg i. I andre land, som for eksempel Nederland, har ikke ANP en slik rett, men der kommer ANP med forslag til foreskrivelser som så blir bekreftet av lege (Ter Maten & Garcia-Maas, 2009). I USA har en ekspertgruppe bestående av sykepleiere og leger utarbeidet anbefalinger om mer geriatri i utdanningsprogrammene og at en ANP ikke bør forholde seg til mer enn mellom 12 - 18 pasienter pr åttetimers dag (Mezey et al., 2005).

5. Forskning på effekten av avanserte kliniske sykepleiere

Det er gjennomført en god del forskning både på utforming av rollen, konsekvenser av å innføre en slik ny rolle i helsetjenesten og erfaringer med å utdanne seg til ANP. Ved gjennomgang av deler av denne forskningen avtegnes et bilde av at ANP gjør en positiv forskjell, særlig i de land som har lengst erfaring med rollen. Først og fremst opplever pasientene at ANP sykepleiere gir mer helhetlig og faglig begrunnet omsorg og at kvaliteten på sykepleietjenesten blir bedre.
I de land der ANP arbeider i primærhelsetjenesten konkluderes det i to oversiktsartikler med at APN tilbyr helsetjenester av like høy kvalitet som legen innenfor et avgrenset

kompetanseområde, og at pasienten er meget tilfreds med sykepleiernes tjenestetilbud (Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2002; Laurant et al., 2005). To longitudinelle RCT viser ingen forskjeller i helsestatus hos pasienten, i bruk av tjenester og tilfredshet mellom tilbud fra ANP sammenlignet med tilbudet fra leger (Dierick-van Daele, et al., 2009; Lenz, Mundinger, Kane, Hopkins, & Lin, 2004), hvilket innebærer at sykepleietjenesten ikke står tilbake for legetjenesten på de definerte områdene som disse utøverne ivaretar.
Én forskjell som vises i flere studier er at sykepleierne bruker lenger tid på samtalen med pasientene og at de gjør flere vurderinger før de konkluderer (Dierick-van Daele, et al., 2009; Horrocks, et al., 2002). Grunnen til lengre tidsbruk er at sykepleieren samtaler mer, og er mer holistiske i sin tilnærming til pasienten (Seale, Anderson, & Kinnersley, 2006). I studier som har sett på økonomiske forhold, synes bruk av ANP å være like dyr som leger til tross for lavere lønnskostnader, fordi sykepleierne bruker lengre tid per konsultasjon (Laurant, et al., 2005). Andre har imidlertid dokumentert økonomisk effekt av ANP gjennom redusert bruk av mer kostnadskrevende tjenester, som f. eks. sykehusinnleggelse (McAiney et al 2008, Szczepura et al 2008). Det har vært uttrykt bekymring fra legehold om at sykepleiere ikke har solid nok kompetanse til å arbeide selvstendig i primærhelsetjenesten (Wilson, Pearson, & Hassey, 2002), men hovedkonklusjonen er at ANPs greier å vurdere hvor grensen for deres kompetanse går og at de henviser til et høyere kompetansenivå når pasientens behov tilsier det (Horrocks, et al., 2002).
Der ANP har størst betydning synes å være i sykehjem og i hjemmetjenestene.
Forskning viser at dyktige ANPs fører til færre unødvendige sykehusinnleggelser og mer aktiv behandling (Arbon, et al., 2009; Klaasen, Lamont, & Krishnan, 2009; Szczepura, Nelson, & Wild, 2008). En annen viktig effekt er generell bedring av kvaliteten på sykepleietjenesten der ANP er en aktiv aktør i fagmiljøet, bl.a. med redusert forekomst av trykksår, fallskader, urininkontinens og adferdsproblemer, og bedre lokal behandling av dehydrering, urinveisinfeksjoner og pneumoni (Arbon, et al., 2009; Stolee, et al., 2006). Kvalitetsforbedringen viser seg å henge sammen med at ANP identifiserer og setter i gang intensivert behandling og oppfølging av pasientene og er rollemodell for god praksis, hvilket bidrar til at andre ansatte ser behov for læring og systematisk endringsarbeid. Dette er vist i studier både i Australia (Arbon, et al., 2009), i Storbritannia (Szczepura, et al., 2008) og i Canada (Stolee, et al., 2006).

6. Trenger vi avanserte geriatriske sykepleiere i Norge?

Utvikling av ANP i Norge vil kunne gi muligheter for en mer differensiert og bedre tilpasset helsetjeneste for kronisk syke eldre. Samtidig vil introduksjon av rollen som avansert geriatrisk sykepleier kunne bety at legetjenesten i kommunene vil kunne prioritere oppgaver hvor legekompetansen er påkrevd. Et slikt tilbud vil være helt i tråd med tanken i Samhandlingsmeldingen (HOD, 2008-2009) og WHOs rapport om situasjonen for kronisk syke (WHO, 2005). Det er helt urealistisk at norske kommuner kan få dekket behovet for geriatrisk kompetanse utelukkende gjennom å ansette flere leger med geriatrisk spesialitet de kommende 10 årene, da utdanningskapasiteten i Norge er altfor liten og geriatrisk spesialistkompetanse fortsatt er mangelvare i spesialisthelsetjenesten. Avanserte geriatriske sykepleiere kan fylle en utvidet sykepleierolle i kommunene og være en viktig samarbeidspart til leger og annet helsepersonell både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Slik kan den samlede tilgjengelige kompetansen benyttes best mulig.

En forutsetning for å lykkes med en slik ny rolle er at kommuner, annet samarbeidende helsepersonell og brukere anser at den kan imøtekomme noen av de utfordringene som kommunehelsetjenesten står overfor. Det er behov for å gjøre et systematisk utviklingsarbeid i

samarbeid med kommunesektoren for å utvikle og prøve ut rollen som avansert geriatrisk sykepleier i en norsk kontekst. Det var målet for foreliggende prosjekt.

Utviklingsarbeidet omfattet følgende:

1. kartlegging av behovet for avansert klinisk sykepleiekompetanse innen geriatri i kommunehelsetjenesten
2. i tett samarbeid med utvalgte kommuner, utforme og prøve ut rollen som avansert geriatrisk sykepleier
3. gjennomføre en evaluering av rollen med tanke på om den potensielt kan bidra til å
a. redusere unødvendige sykehusinnleggelser blant syke gamle på sykehjem
b. redusere forekomst av komplikasjoner og reinnleggelser etter utskrivelse fra sykehus
c. identifisere helseproblemer tidlig og iverksette forebyggende og helsefremmende tiltak overfor syke, gamle
d. styrke mestring og egenomsorg blant gamle med kroniske sykdommer og deres pårørende
e. øke tilfredsheten med tjenestene blant pasienter og pårørende
f. øke tilfredsheten og opplevelsen av mestring blant pleiepersonalet i hjemmetjenesten og sykehjemsomsorgen

Det er viktig å bemerke at siden dette var et modellutviklingsprosjekt og ikke en kontrollert studie, så gir evalueringen kun en pekepinn på om denne typen rolle har potensiale i en norsk sammenheng.

Ved UiO utviklet vi i 2010 forslag til et mastergradsprogram i avansert geriatrisk sykepleie som et direkte svar på behovet for å styrke den kliniske kompetansen og helsetjenestetilbudet i kommunal sektor, basert på internasjonale erfaringer og med innspill fra kommunal sektor og geriatrisk ekspertise. Programmet ble tilbudt sykepleiere i de kommunene som var samarbeidspartnere i dette prosjektet.

7. Gjennomføring av utviklingsprosjektet

Prosjektet var et treårig prosjekt, bestående av tre faser. Første fase omfattet en utredning av behovet for den nye rollen i Norge. Fase 2 omfattet forberedelse til utprøving av den nye rollen i utvalgte, interesserte kommuner, samt utvelgelse og opplæring av minimum 10 sykepleiere som skulle delta i utprøvingen av den nye rollen. Fase 3 omfattet en første evaluering av den nye rollen med hensyn til ivaretagelse av behovene for helsehjelp blant syke gamle i kommunene, og tilfredshet med den nye rollen blant de involverte aktørene i de samarbeidene kommunene. Det ble lagt opp til brukerdeltagelse gjennom alle fasene av utviklingsprosjektet. Brukermedvirkning i utforming og utprøving av modellen er avgjørende for å sikre at tjenesten faktisk møter de behov eldre mennesker har for forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende tiltak. Det viste seg imidlertid vanskelig å involvere pasienter og pårørende i arbeidet, da disse på grunn av sin helsemessige tilstand ikke hadde kapasitet og ønske om å være med. I tabellen nedenfor beskrives prosjektets faser med hensyn til delmål, tidsramme, hovedaktiviteter og resultater.

Fase	Delmål	Tids-ramme	Hovedaktiviteter	Resultat
1.	Utrede behovet for AGS i kommune-helse-tjenesten	Vår & høst 2011	1. Etablere samarbeid med et utvalg kommuner som ønsker å delta i utprøving av den nye AGS rollen	Vi hadde som mål å innlede samarbeid med 6-8 kommuner i Norge. Følgende kommuner deltok i prosjektet: Eidsberg, Nord-Odal, Nøtterøy, Tvedestrand, Bærum og Oslo (to bydeler). Disse sa seg villig til å delta i utformingen av en ny rolle i kommunehelsetjenesten og sende minst en sykepleier til utdanningen. Videre var de villig til å delta i utprøvingen av den nye rollen.
			2. Sette ned en bredt sammensatt referansegruppe, inklusive brukerorganisasjoner, og et arbeidsutvalg i hver deltagende kommune som skal delta i diskusjoner om utforming, forankring og funksjon av AGS rollen i kommunen.	Hver kommune satte ned en lokal arbeidsgruppe. Sammensetningen varierte fra kommune til kommune, avhengig av organisering og lokale behov. Prosjektledelsen deltok ikke formelt i disse arbeidsgruppene, men deltok i møter ved behov. Det viste seg vanskelig å få med brukerrepresentanter, da disse generelt var for skrøpelige og arbeidet var vanskelig å definere. I de fleste kommunene ble det heller ikke satt ned en formell referansegruppe. Derimot ble det innkalt til ulike møter med forskjellige aktører etter hvert som behovet for råd og vurdering ble aktuelt. Det viste seg at arbeidet forløp svært forskjellig fra kommune til kommune.
			3. Kartlegge behovet for den nye rollen i kommunene gjennom samtaler med sentrale aktører i kommunene, inklusive brukere.	Det ble gjennomført samtaler med sentrale aktører i alle kommunene om behovet for rollen. Fordi kommunene er svært forskjellige når det gjelder størrelse, organisering og hvilken del av kommunehelsetjenesten som var mest aktivt involvert, ble dette arbeidet organisert forskjellig i hver kommune. Men det var viktig at det ble forankret i den lokale strukturen for at en skulle lykkes i å utforme en lokalt tilpasset modell.
			4. Forberede opplæringsprogrammet for sykepleiere som skal prøve ut den nye rollen	Dette arbeidet skjedde primært internt i universitetet, men med innspill fra den kommuneovergripende arbeidsgruppen som hadde 1-3 representanter fra hver kommune (avhengig av kommunestørrelse og lokale behov).
2.	Forberede etablering av den nye rollen og tilby opplæring til personer som skal prøve ut nye rollen som AGS	Høst 2011-vår 2014	1. I samarbeid med de deltagende kommunene, velge ut totalt 10-15 sykepleiere som skal motta opplæring i avansert geriatrisk sykepleie.	Totalt begynte 12 sykepleiere på utdanningen (men to falt fra underveis). De fleste av de deltagende kommunene hadde en sykepleier i programmet, men en av kommunene hadde 3 sykepleiere i programmet og en to sykepleiere. To kommuner som hadde sykepleiere i programmet deltok ikke i selve utviklingsprosjektet.
			2.kartlegge kompetansenivå og ferdigheter blant de utvalgte sykepleierne	Sykepleiernes kompetanse og kompetanseutvikling underveis ble kartlagt fortløpende som en integrert del av opplæringsprogrammet. Det ble lagt vekt på å undersøke den kliniske kompetansen og hvordan den ble brukt i praksis. Vurderingen foregikk både som teoretiske tester og som observasjon av kliniske

				ferdigheter i konkrete pasientsituasjoner. Videre ble sykepleierne og deres ledere intervjuet om deres kompetanseutvikling underveis i studiet.
			3.gjennomføre opplæringsprogrammet	Opprinnelig var programmet planlagt som et toårig program. Imidlertid ble det funnet mest hensiktsmessig å gjennomføre utdanningen som et deltidsstudium, fordi sykepleierne skulle jobbe parallelt og bruke de nye kunnskapene i sin rolle som sykepleiere i kommunehelsetjenesten.
			4. Arbeide parallelt med utforming, forankring og forberedelse til etablering av den nye rollen i de deltagende kommunene.	Den sentrale arbeidsgruppen, bestående av representanter fra kommunene og fra et par av undervisningssykehjemmene, ble svært sentral i hele prosjektets gjennomføring. Den møtes flere ganger hvert semester for å arbeide frem en modell for den nye rollen. Utgangspunktet var det lokale arbeidet i kommunene, men den sentrale arbeidsgruppen bidro til informasjonsutveksling, muligheter for å diskutere problemstillinger og utveksle ideer. Dette arbeidet var svært krevende for kommunene. De slet med å få et godt grep om hvordan den nye rollen burde utformes. Det ble derfor organisert en studietur til London høsten 2013. Her fikk kommunens representanter og prosjektledelsen møte sykepleiere i forskjellige modeller av denne rollen, deres ledere og samarbeidspartnere (leger o.a.). Denne studieturen var svært viktig og gav kommunene nyttige ideer og innspill. Arbeidet med å utforme lokale modeller løsnet etter dette.
3	Foreløpig evaluering av kandidatene og funksjon i den nye rollen	Høst 2013 og vår 2014	1.kandidatene vil under opplæringsprogrammet evalueres nøye med hensyn til kunnskaps- og ferdighetstilegnelse for å sikre at de har de forventede ferdigheter.	Sykepleiernes kompetanse og kompetanseutvikling underveis ble kartlagt fortløpende som en integrert del av opplæringsprogrammet. Dette gjaldt både teoretiske og kliniske kunnskaper og ferdigheter. Det ble lagt stor vekt på å undersøke den kliniske kompetansen og hvordan den ble brukt i praksis underveis i studiet. Vurderingen foregikk både som teoretiske tester (skriftlig dokumentasjon og analyse av konkrete pasientsituasjoner , inkl. systematisk kartlegging av helse og funksjon, og nødvendige tiltak for å følge opp pasientene). Videre ble sykepleierne observert m.t.p. kliniske ferdigheter i konkrete pasientsituasjoner. Sykepleierne og deres ledere intervjuet om deres kompetanseutvikling underveis og på slutten av studiet.
			2. Evaluering av hvordan kandidatene fungerer i de kliniske praksisperiodene vil gi en foreløpig indikasjon på hvordan de vil kunne løse oppgavene etter endt opplæring	
			3. I løpet av høst 2013, etter ca. fire måneders funksjon i den nye rollen, vil det gjøres en vurdering av deres kliniske kompetanse og effekten av	Opprinnelig var målet å vurdere sykepleierne fire måneder etter avsluttet utdanning. Dette ble ikke mulig, da studiet ble forlenget med ett år som et

			den nye rollen.	resultat av det innledende utredningsarbeidet. Dette understreket betydningen av at sykepleierne ikke studerte full tid, men arbeidet som sykepleiere underveis i opplæringen for å muliggjøre integreringen av de nye ferdighetene og utforme den nye rollen underveis. I stedet ble hovedvekten lagt på evalueringen underveis og på utformingen av den nye modellen. Det er også sikret nye midler (fra Norges forskningsråd, slik at en formell evaluering av rollen vil bli gjennomført). Underveis-evalueringen viste at sykepleierne opplevde å få ny og svært verdifull kompetanse som endret deres evne til å fange opp pasienter i risikosituasjoner og iverksette tiltak tidlig. De opplevde også at samarbeidet med leger og andre kolleger bedret seg, fordi de kunne formidle pasientens behov og situasjon på en mer presis og velinformert måte. De opplevde også styrket identitet som sykepleiere fordi de opplevde å ha et mye mer solid kunnskapsgrunnlag for sin praksis og så nye muligheter i krevende situasjoner. De fremhevet spesielt de nye ferdighetene knyttet til systematisk helsekartlegging og legemiddelhåndtering som svært viktige. Sykepleiernes ledere opplevde også at sykepleierne brukte den nye kunnskapen og derfor håndterte komplekse situasjoner på en helt annen måte enn før. De ble også brukt av kollegene til veiledning og tilkalt i vanskelige situasjoner. De mente dette hadde ført til færre unødvendige sykehusinnleggelser, men også til innleggelser tidligere, fordi problemene ble avdekket raskere. Leger som har erfart samarbeidet med sykepleierne gir uttrykk for at kompetansen til sykepleierne er svært relevant og at samarbeidet er bedret, fordi legene får mye mer presis og nyttig informasjon og blir kontaktet med relevante problemer/spørsmål. Flere understreker at denne typen kompetanse er det de har savnet i kommunehelsetjenesten.

8. Resultater av prosjektet og oppfølging utover prosjektperioden

Det viktigste resultatet vi forventet å få ut av prosjektet var en beskrivelse av en mulig modell for et forebyggende og rehabiliterende tilbud tilpasset eldre brukere av kommunale helse- og

omsorgstjenester, tilpasset norske forhold. I tillegg forventet vi å høste erfaringer med hvordan en slik tjeneste kan gjennomføres og integreres i et utvalg norske kommuner. Prosjektet skulle også gi en pekepinn på om denne typen tjeneste kan føre til bedret helse, funksjon og livskvalitet og imøtekomme erfarte behov blant eldre brukere (pasienter og brukere) av kommunal eldreomsorg. Slik sett forventet vi at prosjektet kunne bidra med ett mulig tiltak som kan bidra til å løse noen av utfordringer samhandlingsreformen (HOD 2008-2009) fremhever.

Fordi prosjektet ikke kunne gjennomføres helt etter planen, ble ikke alle prosjektets mål oppnådd som opprinnelig planlagt. Det største avviket er knyttet til selve evalueringen av rollen. De øvrige delmålene ble oppnådd.

Samlet mener vi prosjektet har vært en suksess. Samarbeidet med hver av de deltagende kommunene og på tvers av kommunene har forløpt uten problemer og har ført til at kommunene også kommer til å fortsette samarbeidet med utforming og evaluering av den nye rollen etter endt prosjektperiode. Både litteraturgjennomgangen og samarbeidet med kommunene bekreftet behovet for den nye rollen. Behovet ble også understreket av at seks kommuner var villige til å delta i prosjektet og at også kommuner som ikke deltok i selve modellutviklingen også sendte sykepleiere til studiet.

Selve opplæringen av sykepleierne må vurderes å være vellykket. Både sykepleierne selv, deres ledere og aktuelle kolleger uttrykker stor tilfredshet med utdanningen og med relevansen for deres arbeid i kommunehelsetjenesten. Evalueringen underveis (både selv-evalueringen og den formelle evalueringen teoretisk og klinisk) viste at sykepleierne mestret de nye ferdighetene på en god måte etter endt studium og selv uttrykte overraskelse over hvor mye de hadde lært og hvor viktig dette var for deres funksjon som sykepleiere i den kommunale eldreomsorgen. Selv om det ikke var mulig å gjennomføre en evaluering av den nye rollen innen prosjektperioden, mente både sykepleierne selv, deres ledere og kolleger at den økte kunnskapen og nye ferdighetene hadde ført til bedre kvalitet på tjenestene og dermed bidratt til bedret funksjon og livskvalitet blant brukerne.

Når det gjelder utformingen av en modell for den nye funksjonen, så har samarbeidet med kommunene vært godt. Imidlertid tok det vesentlig lenger tid og viste seg vanskeligere enn antatt å utforme den nye rollen i de deltagende kommunene. Uklarheten var stor med tanke på hva det «nye trinnet i omsorgstrappen» egentlig skulle innebære. En studietur til London, hvor de har hatt denne typen rolle i mange år, var forløsende og stimulerte kommunenes videre arbeid.

Det ble etter hvert tydelig at det ikke var mulig å utforme én modell som alle kommunene kunne bruke. Tvert imot viste det seg etter hvert at kommunene trengte ulike modeller. Noen av kommunene arbeider stadig med å finne en godt forankret modell for sin kommune, men Eidsberg, Nord-Odal og Nøtterøy har utformet tre ulike modeller som kan være eksempler på hvordan denne rollen kan operasjonaliseres forskjellig, utfra lokale behov og forutsetninger. Disse modellene er nå under utprøving. Nedenfor oppsummeres de tre modellene.

Modell 1 -- ”Virtuell ward”-modellen i Eidsberg – oppfølging av nyutskrevne multisyke eldre

I Eidsberg kommune er det en stor utfordring å følge opp eldre multisyke pasienter som skrives ut stadig tidligere etter akuttbehandling i sykehus. Som i mange andre kommuner, har ikke de eksisterende hjemmetjenestene kapasitet og kompetanse til å følge opp denne økende pasientgruppen. Dette kan føre til rask gjeninnleggelse, fordi pasienten ikke får nødvendig og tilpasset oppfølging i direkte forlengelse av sykehusoppholdet. For å redusere dette problemet, er målet med det innovative tiltaket å organisere de kommunale tjenestene i en såkalt virtuell avdeling med primæroppgave å ta imot utskrivningsklare pasienter, gjøre en grundig vurdering av funksjon og tilstand, evt. justere behandlingsopplegget, samt planlegge og iverksette individualisert og målrettet oppfølging av pasienten via kommunens ordinære tjenester. Avdelingen er virtuell i betydningen at pasienten skrives inn i avdelingen, men bor og følges opp hjemme. Målgruppen er pasienter som skrives ut til hjemmet fra sykehus/kommunalt helsehus, er 65+, har sammensatt sykdomsbilde og bruker mer enn fem medikamenter. Avdelingen vil bestå av følgende ansatte/deltagere: Avansert geriatrisk sykepleier (AGS) (leder for avdelingen), sykepleier fra hjemmetjenesten, fastlegen, spesialisthelsetjenesten (utskrivende avdeling)/Helsehuset, fysioterapeut, ergoterapeut og apotek. AGS skal bruke 50% av tiden til direkte pasientoppfølging i hjemmet (vurdere klinisk tilstand, kontakte fastlege og evt. sykehusavdeling, og bidra til å endre behandlingsopplegget ved behov). De den andre 50% av tiden skal AGS sikre at behovet for oppfølging er grundig kartlagt, sørge for at andre systemer kommer i gang (hjemmehjelp, hjemmesykepleie etc.) og at nødvendig informasjon er der den skal være. Pasienten skrives ut fra den virtuelle avdelingen når behandlingsforløpet er stabilt og evt. justert, kommunalt tjenestebehov er vurdert og igangsatt, videre kontroll og behandling er avklart med fastlege, legemiddellister er kvalitetssikret, sykdomstilstand og medisiner og videre oppfølging er forklart til pasient og evt. pårørende.

Modell 2 – Sykepleierklinikken i Nøtterøy – lavterskeltilbud til personer med kroniske tilstander

I Nøtterøy kommune har man søkt å finne gode oppfølgingssystemer for personer med kroniske tilstander slik som diabetes, kols og kroniske sår. Dette er pasienter som kommer ofte til fastlegen, men som ikke får nødvendig opplæring og oppfølging for å kunne leve best mulig med sin sykdom. Personer med urininkontinens er en "usynlig" gruppe pasienter som ofte ikke får nødvendig hjelp og dermed lever et unødvendig begrenset liv. Opplæring, mestring og støtte har vist seg å bedre egenomsorg, funksjon og livskvalitet blant disse gruppene (5-7). I Nøtterøy ønsker en å etablere en sykepleiedrevet "poliklinikk" som et lavterskel tilbud til disse gruppene, der de kan ta direkte kontakt for hjelp eller hvor de kan henvises av sin fastlege. Målet er å yte hjelp som forhindrer utviklingen av komplikasjoner, og reduserer behovet for mer kostbar oppfølging ved sykehusets poliklinikker og hos fastlegene. Klinikken skal drives i nært samarbeid med kommunens fastleger, som har det medisinske ansvaret for pasientene. Sykepleieklinikken skal primært drives av en Avansert geriatrisk sykepleier. Helsekartlegginger, behandling og pleie, samt opplæring og hjelp til selvhjelp er viktige komponenter.

Modell 3 – Forebyggende og tidlig behandling og oppfølging av hjemmeboende eldre med sammensatte behov i Nord-Odal

Nord-Odal kommune har en høy andel personer over 80 år og har store utgifter knyttet til hyppige innleggelser på sykehus. Kommunen har derfor behov for å finne en metode for og

skaffe nødvendig kompetanse til å kunne drive mer målrettet tidlig innsats for å forebygge uheldig helsesvikt og igangsette behandling tidligere. Det er særlig pasienter med sammensatte helseproblemer som er målgruppen i dette prosjektet. Nord-Odal er en liten kommune med kort avstand mellom fastlegene og hjemmetjenesten. Det er også opprettet interkommunal avdeling for øyeblikkelig hjelp i Kongsvinger. Forholdene ligger derfor godt til rette for å etablere et nytt tjenestetilbud som skal styrke samhandlingen mellom de vanlige kommunale tjenestene og øyeblikkelig hjelp-tjenesten. Det nye tilbudet vil rette seg mot hjemmeboende eldre om sammensatte sykdomstilstander. Hovedelementer i det nye tilbudet vil være systematisk kartlegging av helsetilstand, bedre behandling og opplæring i nært samarbeid med pasientens fastlege og ø.hj. enheten ved behov, samt støtte og opplæring av pasient og pårørende vedr. håndtering av sykdommer og behandling, inklusive fokus på oppfølging av legemiddelbehandlingen.

I tabellen nedenfor er tre tre modellene oppsummert for å få frem likheter og forskjeller.

	Sykepleieklinikken Nøtterøy	**Virtuell avdeling Eidsberg**	**AGS tjeneste Nord-Odal**
Mål	Bedre livskvalitet v/kroniske tilstander -- hjelp til å mestre hverdagen Forebygge senkomplikasjoner Forebygge livsstilssykdommer Redusere utgifter til med-finansiering Etablere et lavterskeltilbud Redusere innleggelser i sykehus Redusere polikliniske behandlinger på sykehus Øke kompetansen i kommunen innenfor diagnoseområdene kols og diabetes Omfordele ressursbruk mellom hjemmetjenesten og poliklinikken	Stabilt/justert behandlingsforløp Kommunalt tjenestebehov vurdert & igangsatt Videre behandling avklart med fastlege Legemiddellister kvalitetssikret Sykdomstilstand, medisiner og videre oppfølging forklart pasient/pårørende Epikrise sendt fastlege og hjemmetjenesten	Bedre kartlegging og oppfølging av pasienter m/sammensatte sykdomsforhold og hjelpebehov Forebygge funksjonssvikt og forbedre funksjonsnivå. Bedre vurderinger av pasienten for å tidlig endre/justere et behandlingsopplegg Redusere behovet for innleggelser i sykehus og gi rett kommunalt tilbud
Mål-grupper	Diabetes T2 KOLS pasienter Personer m/urininkontinens Personer som trenger sårstell	Fra sykehus/kommunalt helsehus utskrevet til hjemmet Alder 65+ Sammensatt sykdomsbilde Mer enn 5 ulike medikamenter	Alder over 67 år Ofte innleggelser i sykehus og kontakt med legevakt. Sammensatt sykdomsbilde Behov for vurdering og oppfølging av: Respirasjon (pneumoni, KOLS, hjertesvikt) Sirkulasjon(blodtrykksregulering, hjertesykdom, hydrering) Legemiddelbehandling Smertebehandling. Spesifikke geriatriske forhold som bl.a nedsatt funksjonsevne, økt falltendens
Organi-sering	Sykepleieklinikk	«Case-management»- enhet i kommunen drevet av AGS	
Ansvar /oppgaver AGS	Samtale: Personer som tar direkte kontakt tilbys en samtale med veiledning og informasjon om kommunens tilbud. Rutinekontroller: Rutinekontroller av diabetes type 2 og kols pasienter som er avtalt med fastlegen. Sårstell/bandasjeskift: Hjelp med enkle sårstell og bandasjeskift. Pasienten må ha eget materiell, eller betale egenandel.	Lede den virtuelle avdelingen Systematisk kartlegging og vurdering av pasienten 50% av tiden i direkte pasientoppfølging i hjemmet: vurdere klinisk tilstand, kontakt med fastlege og evt. sykehusavdeling, endre behandlingsopplegg? 50% av tiden sikre at andre systemer kommer i gang:	Utføre omfattende systematiske kartlegginger (SGA) Nær samhandling med fastlegen, avklare behov for lege-konsultasjon for pasient og drøftingssamtaler om oppfølging etter den SGA Vurdere behov for kontakt med fysioterapeut/ ergoterapeut/ demensteam ved behov for tilleggs-kartlegging. Utarbeide plan for oppfølging/ mål i

	Inkontinensproblematikk: Råd og veiledning. Selvhjelpsgrupper: Det skal etableres to selvhjelpsgrupper for pasienter med diabetes og kols. Undervisning, veiledning og oppfølging av pasienter med diabetes og kols: Klinikken tilbyr to undervisningspakker	Nødvendig informasjon finnes der den skal være Vurdere tjenestebehov	samarbeid med pasient evt. pårørende, fastlege, fysio/ ergo og hjemmetjenesten. Spesiell fokus på oppfølging av medikamentell behandling, og rapportere tilbake til fastlegen. Innkalle til tverrfaglige møter ved behov Sikre at pasienten har best mulig forståelse av sykdomstilstand og innhold i evt. behandling og tiltak, forklare virkning og mulige bivirkninger av medisiner. Veiledning til annet helsepersonell i kommunen

De øvrige kommunene arbeider videre med å konkretisere og beskrive sin modell.

Da dette prosjektet er det første av sitt slag i Norge og derfor hadde fokus på å utforme modeller som vil kunne fungere i en norsk sammenheng, vil det være nødvendig å følge opp prosjektet gjennom forskning som kan evaluere effekten av en slik modell under mer kontrollerte forhold. Derfor er det svært gledelig at vi nå har fått tildelt midler til et treårig forskningsprosjekt hvor rollen skal utprøves og evalueres grundig. Dette er et svært viktig resultat av dette modellutviklingsprosjektet, som viser at det ikke bare har lykkes i å nå de fleste målene, men at også det delmålet som vi ikke klarte å nå i prosjektperioden nå er sikret.

Hvis modellene viser seg å ha det potensialet som vi forventer, og som internasjonal forskning tyder på, vil det måtte arbeides videre med å etablere og forankre et slikt tilbud innenfor kommunenes ordinære helse- og omsorgstjenester. Videre må det utføres et utredningsarbeid som kan gi et solid grunnlag for å vurdere dimensjoneringen av et slikt tilbud i norske kommuner.

9. Konklusjon

Prosjektet har oppnådd de fleste av målene ved at det i nært samarbeid med seks kommuner har utformet «et nytt trinn i omsorgstrappen» i form av en ny rolle for avanserte geriatriske sykepleiere. De deltagende kommunene har alle fått minst en sykepleier med den nye opplæringen, to kommuner har fått to sykepleiere med denne kompetansen. Både sykepleierne selv, deres ledere og kolleger opplever kompetansen som relevant og nødvendig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Prosjektet har også bidratt til ulike modeller for bruk av den nye kompetansen, hvorav tre er modellene «Virtuell avdeling Eidsberg», «Sykepleieklinikken Nøtterøy» og «AGS-tjenesten i Nord-Odal». Det er sikret ny finansiering til videre utvikling, utprøving og evaluering av de utviklede modellene.

10. Referanser

Arbon, P., Bail, K., Eggert, M., Gardner, A., Hogan, S., Phillips, C., et al. (2009). Reporting a research project on the potential of aged care nurse practitioners in the Australian Capital Territory. *Journal of Clinical Nursing, 18*(2), 255-262.

Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*: Addison-Wesley Publishing.

Brykczynski, K. A. (1989). An interpretive study describing the clinical judgment of nurse practitioners. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 3*(2), 75-104.

Brykczynski, K. A. (1999). An interpretive study describing the clinical judgment of nurse practitioners... including commentary by Brown MA with author response... originally printed in Scholarly Inquiry for Nursing Practice, Vol. 3, No. 2, Summer, 1989, pp. 75-104. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 13*(2), 141.
Braaten KE (2009). Krever tung satsing på spesialistutdanningen. Tidsskrift for Norsk Legeforening, nr. 6, 2009; 129, s. 555.
Cotter, V. T., Bradway, C. K., Cross, D., & Melissa, A. T. (2009). Clinical evaluation tools for dual track adult and gerontology nurse practitioner students. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21*(12), 658-662.
Dierick-van Daele, A. T. M., Metsemakers, J. F. M., Derckx, E. W. C., Spreeuwenberg, C., & Vrijhoef, H. J. M. (2009). Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing, 65*(2), 391-401.
Fagerström, L. (2009). Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *International Nursing Review, 56*(2), 269-272.
Glasberg, A., Fagerström, L., Räihä, G., & Jungerstam, S. (2009). Expereiences of the "new" advanced practice nurse role -- a qualitative study. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden, 29*(2), 33-37.
HOD (2005-2006). St.meld. nr. 25. *Mestring, muligheter og mening. Fremtidas omsorgsutfordringer.* [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet.
HOD. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet.
Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ: British Medical Journal, 324*(7341), 819-823.
ICN. (2009). News bulletines. *Issue 11* Retrieved 01.02., 2010
Kirkevold, M. (2000). *Klinisk sygepleje - refleksioner over fagets kerne og grænser. Klinisk sykepleje. Praksis og udvikling*. København: Akademisk forlag.
Kirkevold, M. (2002). Hva slags vitenskap er sykepleievitenskapen? *Videnskab og samfund* (pp. S. 56-72). København: Munksgaard.
Klaasen, K., Lamont, L., & Krishnan, P. (2009). Setting a new standard of care in nursing homes. *Canadian Nurse, 105*(9), 24-30.
Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), CD001271.
Legeforeningen (2001). "Når du blir gammel - og ingen vil ha deg." Legeforeningens statusrapport om helsetjenester for eldre.
Legeforeningen (2005). Legeforeningens policy nr. 2/2005 - Bemanningsnormer ved sykehjem. Økt bemanning gir bedre sykehjemstjenester.
Lenz, E. R., Mundinger, M. O., Kane, R. L., Hopkins, S. C., & Lin, S. X. (2004). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: two-year follow-up. *Medical Care Research & Review, 61*(3), 332-351. 10
McAiney CA, Haughton D, Jennings J, Farr D, Hillier L, Mordon P. (2008). A unique practice model for nurse practitioners in long-term care homes. Journal of Advanced nursing, 62(5): 562-571.
Mezey, M., Greene Burger, S., Bloom, H. G., Bonner, A., Bourbonniere, M., Bowers, B., et al. (2005). Experts recommend strategies for strengthening the use of advanced practice nurses in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(10), 1790-1797.
Neal, L. J. (2004). The nurse practitioner in home care. *Home Health Care Management & Practice, 16*(5), 383-388.
Pulcini, J., Loke, A. Y., Gul, R., & Jelice, M. (2008). An International Survey on Advanced Practice Nursing: Education, Practice and Regulatory Issues Retrieved Jan. 7th 2010

Seale, C., Anderson, E., & Kinnersley, P. (2006). Treatment advice in primary care: a comparative study of nurse practitioners and general practitioners. *Journal of Advanced Nursing, 54*(5), 534-541.
Sheer, B., & Wong, F. K. Y. (2008). The development of advanced nursing practice globally. *Journal of Nursing Scholarship, 40*(3), 204-211.
SHdir (2005). "Normering av legetjenester i sykehjem" Rapport IS-1293. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
Stolee, P., Hillier, L. M., Esbaugh, J., Griffiths, N., & Borrie, M. J. (2006). Examining the nurse practitioner role in long-term care: evaluation of a pilot project in Canada. *Journal of Gerontological Nursing, 32*(10), 28-36.
Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck. JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA 2002; 287: 1022–8.
Szczepura, A., Nelson, S., & Wild, D. (2008). In-reach specialist nursing teams for residential care homes: uptake of services, impact on care provision and cost-effectiveness. *BMC Health Services Research, 8*, 269.
Ter Maten, A., & Garcia-Maas, L. (2009). Dutch advanced nursing practice students: role development through international short-term immersion. *Journal of Nursing Education, 48*(4), 226-231.
WHO. (2001). Mid-level and nurse practitioners in the Pacific: Models and issues (pp. 23). Manilla
WHO. (2005). Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic condition. (pp. 58): World Health Organization.
Wilson, A., Pearson, D., & Hassey, A. (2002). Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care - the GP perspective. *Family Practice, 19*(6), 641-646.