

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Hvordan erfarer allmennsykepleiere at deres breddekompetanse benyttes i primærhelsetjenesten?

Åshild Torstuen

Avansert klinisk allmennsykepleier
Aure kommune

Tone Andersen-Hollekim

Sykepleier og førsteamanuensis
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

Kvalitativ studie

Allmennsykepleier

Sykepleierrolle

Primærhelsetjeneste

Kompetanse

AKS-sykepleie

Sykepleien Forskning 2026;21(108152):e-108152

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2026.108152](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2026.108152)

Bakgrunn: Norsk primærhelsetjeneste står overfor betydelige utfordringer som følge av en aldrende befolkning og en økning av pasienter med komplekse, sammensatte sykdomsbilder. For å sikre trygge, likeverdige helsetjenester er det nødvendig å sørge for relevant sykepleiefaglig kompetanse. Allmennsykepleiere har avansert breddekompetanse og representerer en viktig ressurs i dagens og fremtidens primærhelsetjeneste. Rollen er relativt ny i Norge, og det er begrenset kunnskap om hvordan allmennsykepleierne erfarer å få brukt sin kompetanse.

Hensikt: Hensikten med studien var å utforske allmennsykepleieres erfaringer med å bruke egen breddekompetanse i primærhelsetjenesten.

Metode: Kvalitativ intervjustudie med utforskende design. Til sammen ni allmennsykepleiere deltok i digitale dybdeintervjuer. Dataene ble analysert med tematisk analyse.

Resultat: Tre hovedtemaer ble identifisert i datamaterialet: 1) *Breddekompetansen hevet tjenestekvaliteten, styrket samhandlingen og fremmet fagutviklingen*, 2) *Organisatoriske*

rammer påvirket bruken av breddekompetansen og 3) Breddekompetansen ble opplevd som belastende.

Konklusjon: Allmennsykepleiernes mulighet til å bruke hele sin breddekompetanse påvirkes av organisatoriske strukturer og rammebetingelser. Uklare roller og manglende ansvarsområder fører til uhensiktsmessig bruk. Det kan svekke tjenestekvaliteten og bidra til at allmennsykepleierne forlater yrket. For å sikre bærekraftige helsetjenester bør allmennsykepleiernes kompetanse ivaretas og innpasses i nye arbeidsmodeller.

Introduksjon

Norsk primærhelsetjeneste har opplevd betydelige organisatoriske endringer de siste årene. Helse- og omsorgstjenesteloven fra 2011 (1) og samhandlingsreformen fra 2012 (2) har medført at pasienter som tidligere var spesialisthelsetjenestens ansvar, nå behandles i kommunene (3). Samtidig mangler mange kommuner ressurser og kompetanse for å ivareta disse pasientene (4).

For å møte behovet for sykepleiefaglig spesialkompetanse i primærhelsetjenesten initierte norske helsemyndigheter i 2011 en masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) (5).

Utdanningen er forankret i den internasjonale modellen Advanced Practice Nursing og tilbyr breddekompetanse innen fire sykepleiefaglige områder: 1) klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse, 2) helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning, 3) faglig ledelse og koordinering samt 4) kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og innovasjon (6). I Norge skal Nasjonal forskrift for allmennsykepleiere (6) sikre at kompetansen danner grunnlag for likeverdige helse- og omsorgstjenester.

Der spesialsykepleiere har særskilt kompetanse innenfor ett bestemt fagområde, eksempelvis kreftsykepleie, har allmennsykepleiere avansert breddekompetanse som gjør dem i stand til å utøve selvstendig og helhetlig helsehjelp til ulike pasientgrupper og tilstander (7).

Breddekompetansen inkluderer kunnskap om akutte og kortvarige så vel som komplekse, langvarige helseutfordringer hos ulike pasientgrupper, som eldre og skrøpelige med kroniske sykdomstilstander og pasienter med behov for palliativ omsorg (5).

Allmennsykepleiere har kunnskap til å innhente data om pasientenes helsehistorie, tolke kliniske funn som laboratorieprøver og utføre systematiske organundersøkelser, og de kan tidlig identifisere helseforandringer hos pasientene. De har bred farmakologisk kunnskap og særskilt kompetanse i blant annet koordinering av pasientforløp på tvers av tjenestenivå, fagutvikling og kollegaveiledning (5, 6) og beskrives som naturlige samarbeidspartnere til allmennleger og andre helsefaglige yrkesgrupper (8).

Internasjonal forskning viser at allmennsykepleiere bidrar til økt kvalitet, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestene. De spiller en viktig rolle i å redusere helseulikheter, særlig i underbetjente områder (9, 10). I enkelte land har allmennsykepleierne gjennom

oppgaveglidning tatt over legeoppgaver som reseptforskrivning, henvisninger og visitter (11, 12).

Selv om allmennsykepleierrollen er globalt anerkjent, varierer implementeringen. Manglende regulering, uklare rammer og rangordnede strukturer har vist seg å begrense bruken av denne kompetansen (13–15). En oppsummeringsstudie (16) peker på fravær av nasjonale retningslinjer, finansieringsordninger og rolleavklaring som sentrale hindringer. Spenninger mellom allmennsykepleiere og allmennleger kan begrense allmennsykepleiernes handlingsrom og føre til at de fyller legedelegerte funksjoner fremfor å bruke hele sitt avanserte kliniske sykepleierepertoar (16).

Muligheten til å bruke kompetansen er videre avhengig av lokale forhold som ledelsesstøtte, tverrprofesjonelt samarbeid og organisatorisk fleksibilitet. Der slike strukturer finnes, rapporteres bedre integrasjon og mer helhetlig pasientomsorg (17).

I Norge er det fremdeles begrenset forskningsbasert kunnskap om hvordan allmennsykepleierne opplever å bruke sin breddekompetanse. Den som finnes, samsvarer i stor grad med internasjonale studier. Studier som undersøkte henholdsvis samarbeidet mellom allmennsykepleiere og allmennleger (18) og avanserte geriatriiske sykepleieres erfaringer (19) viste at muligheten til å arbeide i henhold til rollen var avhengig av arbeidsplassens rammebetingelser. Mangel på regulering og retningslinjer gjorde rolleforståelsen uklar for samarbeidende yrkesgrupper, men også for allmennsykepleierne selv, og bidro til at de ikke fikk brukt sin breddekompetanse (18, 19).

En rapport basert på en spørreundersøkelse fra forskningsinstituttet Fafo (20) publisert i 2025 viste at flere kommuner mangler formalisering og forankring av allmennsykepleierrollen. Den viste også at slike initiativer i mange tilfeller kommer fra allmennsykepleieren selv i stedet for gjennom overordnede systematiske kompetansevurderinger.

Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien var å utforske allmennsykepleieres erfaringer med å bruke egen breddekompetanse i primærhelsetjenesten. Denne kunnskapen kan bidra i utviklingen av en bærekraftig primærhelsetjeneste nå og i fremtiden.

Metode

Design

Dette var en kvalitativt utforskende intervjustudie med allmennsykepleiere som var ansatt i sju ulike norske kommuner.

Utvalg og rekruttering

Vi gjorde et strategisk utvalg (21) av allmennsykepleiere ansatt på institusjon, i hjemmesykepleien og på tvers av tjenestenivå. Studiedeltakerne hadde 6–22 års erfaring som

sykepleiere i både primær- og spesialisthelsetjenesten samt 0–8 års erfaring som allmennsykepleiere og var ansatt i både by- og bygdekommuner. Mange arbeidet fortsatt på samme arbeidsplass som tidligere. Tabell 1 viser en oversikt over studiedeltakerne.

Tabell 1. Oversikt over studiedeltakernes arbeidserfaring og arbeidsplass

Deltaker	År som allmenn-sykepleier	År som sykepleier	Stilling	Gammel/ny arbeidsplass	Arbeids-plass
1	1	20	Sykepleier/allmennsykepleier	Gammel	Institusjon/hjemmetjeneste
2	1	10	Allmennsykepleier	Ny	Hjemmetjeneste
3	0	6	Fagsykepleier/allmennsykepleier	Gammel	Hjemmetjeneste
4	2	17	Allmennsykepleier	Ny	Hjemmetjeneste
5	0	Mangler informasjon	Fagsykepleier/allmennsykepleier	Gammel	Institusjon
6	0	22	Sykepleier/allmennsykepleier	Gammel	Institusjon/hjemmetjeneste
7	1	15	Allmennsykepleier	Ny	Institusjon
8	8	10	Allmennsykepleier	Gammel	Institusjon
9	4	16	Sykepleier/allmennsykepleier	Gammel	Hjemmetjeneste

I rekrutteringsprosessen ble forespørsel om å delta lagt ut på allmennsykepleiernes egne Facebook-grupper. E-post ble også sendt til Norsk Sykepleierforbund i alle landets fylker for å komme i kontakt med allmennsykepleiere som var tilknyttet forbundet. Tolv allmennsykepleiere samtykket til å delta i studien. Tre av dem trakk seg uten nærmere forklaring.

Datainnsamling

Vi samlet inn dataene i september og oktober 2023 ved hjelp av individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer (22) med ni allmennsykepleiere, der åtte var kvinner. På bakgrunn av tidligere forskning utviklet vi en intervjuguide som besto av 13 åpne spørsmål (tabell 2). Som følge av stor demografisk variasjon blant studiedeltakerne benyttet vi digitale videointervjuer med lydopptak. Intervjuene varte fra 35 til 65 minutter og ble transkribert ordrett og fortløpende av førsteforfatteren. Intervjuene ga rikholdige data, og metning (22) ble vurdert oppnådd etter ni intervjuer.

Tabell 2. Intervjuguide med 13 overordnede spørsmål

1. Du jobber som allmennsykepleier i [...] kommune. Kan du fortelle hvordan du opplever arbeidshverdagen din?
 2. Beskriv din rolle som avansert klinisk sykepleier på din arbeidsplass.
 3. Hvordan er tildeling av ressurser og ansvar tilpasset din allmennsykepleierrolle?
 4. Kan du beskrive hva det er som skiller ditt ansvar fra andre sykepleierprofesjoner du jobber med?
 5. Hvordan fungerer samarbeidet med dine kolleger?
 6. Forklar i hvilken grad du blir konsultert fra dine kolleger.
 7. På hvilken måte erfarer du at din kompetanse kommer til nytte i tverrfaglig samarbeid?
 8. Hvordan opplever du at ditt nåværende ansvar er i forhold til rollen du tok utdannelse til?
 9. På hvilken måte erfarer du at du får brukt din kliniske ekspertise i pasientnært arbeid?
 10. Hvordan bidrar du til økt kompetanse på din arbeidsplass?
 11. Hvordan legger leder til rette for økt brukt av kompetansen?
 12. Er det noe du synes er spesielt vanskelig med tanke på å få brukt din breddekompetanse?
 13. Nå har vi snakket om [...], er det noe annet vi burde snakket om?
-

Analyse av dataene

Dataene ble analysert med Braun og Clarkes sekstrinns refleksive tematiske analyse (23). I trinn én leste vi transkripsjonene for å bli kjent med innholdet og få et helhetlig inntrykk. Trinn to innebar språknær koding, der tekstsekvenser som var relevante for forskningsspørsmålet, ble markert. I tredje trinn ble kodene sammenslått til mulige temaer. Vi så etter mønstre på tvers av intervjuene, men også nyanser og avvik fra disse. Ett mønster var at allmennsykepleierne opplevde breddekompetansen som belastende.

Fjerde og femte trinn handlet om å videreutvikle temaene, kontrollere at temaene var tverrgående, og at de samsvarte med transkripsjonene. Trinn seks representerer den skriftlige fremstillingen av resultatene (23), som underbygges med sitater fra studiedeltakerne. I enkelte sitater omtales allmennsykepleierne med forkortelsen AKS. Tabell 3 viser et eksempel på analyseprosessen.

Tabell 3. Trinnene i analyseprosessen

Deltaker	Trinn 1: Bli kjent med datamaterialet	Trinn 2: Skape koder	Trinn 3: Finne temaer	Trinn 5: Definere temaer
1	«Ja, jeg har fått et annet blikk, og det har jeg fått bekreftet fra min leder og at 'vi ser at du har fått et helt annet klinisk blikk på ting', som ingen av de for eksempel har. Jeg ser mye mer. Jeg ser et mye større bilde. Det er det som en AKS utgjør, ikke sant, fokus-erer ikke bare på ett symptom eller én sykdom. Du ser det hele. Jeg har jo fått tilbakemelding: 'Ja, det gjør jo alle sykepleiere, alle sykepleiere har en helhetlig tilnærming'. Ja, men ikke på ekspertnivå, ikke sant.»	Ser et større bilde		
2	«Jeg ser at når vi har vært AKS med, så dekker vi nok ofte litt bredere og fanger opp en del ting, kanskje også spesielt knyttet til skrøpelighet som ikke nødvendigvis handler om bare diagnoser, alder eller hvor mange medisiner man bruker, men, men at den skrøpelighetsvurderingen har vært mer med i vurderingen òg, og kanskje derfor også fordi skrøpelighet har vært mer vurdert, så har man klart å identifisere en del brukere hvor det kanskje ikke er noen veldig store problemområder akkurat i dag, men det er en veldig stor risiko for at her kan ting utvikle seg.»	AKS dekker bredere. Fanger opp skrøpelighet		
3	«Så det tenker jeg definitivt er en stor endring fra jeg var sykepleier til jeg nå er AKS. Helhetlig vurdering. Systematisk vurdering.»	Helhetlig og systematisk vurdering	Helhetlig tilnærming og kartleggingskompetanse hever kvaliteten på pasientoppfølgingen	Breddekompetansen hevet tjenestekvaliteten, styrket samhandling og fremmet fagutvikling
4	«Jeg jobber mer helhetlig. Jeg kartlegger. Samhandler mye tettere med saksbehandlere og de andre tverrfaglige rundt teamet enn hva de gjør.»	Jobber helhetlig Kartlegger Samhandler tverrfaglig		
5	«Fordi du blir på en måte, når du tar en mastergrad, så endrer tankesettet sitt litt, altså i hvert fall jeg har opplevd det, at tankesettet har jo endret seg gjennom å studere, at du kanskje ikke nødvendigvis ser problem, men du finner kanskje, er flinkere til å finne løsninger på problemet.»	Endret tankesett Finner løsninger		
7	«Jeg har jo utviklet meg, føler jeg, igjennom en master, så man tenker bredere.»	Tenker bredere		
8	«Jeg går [kun] til de pasientene som har en eller annen utfordring, sånn at det alltid krever en mer utvidet kartlegging og undersøkelser enn det sykepleierne har kompetanse til å gjøre. Kanskje det må vurderes sykehistorie, medisinbruk, det må gjøres kartlegginger, kanskje organfokusert, men det å se helhet. Se hvor skrøpelig pasienten er.»	Henvist med et problem, så finner jeg andre problemer Ser pasientene annerledes		

Trinn 4 vises ikke i tabellen.

Forskningsetiske overveielser

Studien ble godkjent av Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (referansenummer 222374). Studiedeltakerne ble informert om studiens formål, frivillig deltakelse, mulige fordeler og ulemper ved å delta og retten til å trekke sitt samtykke når som helst i prosessen (24). Studiedeltakerne signerte et samtykkeskjema i forkant av intervjuene. Persondata ble anonymisert under transkriberingen. Lydfiler ble oppbevart i henhold til forskningsetiske retningslinjer (25).

Resultater

Studiedeltakerne hadde ulike erfaringer fra arbeidet som allmennsykepleier. Noen opplevde å få brukt hele sin breddekompetanse og deltok aktivt i videreutviklingen av rollen, mens andre fortsatte å arbeide på samme måte som før, uten at rollen medførte vesentlige endringer i deres praksis. Resultatene presenteres i tre hovedtemaer: 1) *Breddekompetansen hevet tjenestekvaliteten, styrket samhandlingen og fremmet fagutviklingen*, 2) *Organisatoriske rammer påvirket bruken av breddekompetansen* og 3) *Breddekompetansen ble opplevd som belastende*.

Breddekompetansen hevet tjenestekvaliteten, styrket samhandlingen og fremmet fagutviklingen

Studiedeltakerne fortalte at breddekompetansen de hadde ervervet seg gjennom studiet, ga autonomi og trygghet til å jobbe selvstendig. De vektla særlig den kliniske kompetansen, som ga dem en dypere og mer helhetlig forståelse av pasienter med kompleks sykdom: «Jeg ser et mye større bilde. Det er det en AKS utgjør, ikke sant, fokuserer ikke bare på ett symptom eller én sykdom. Du ser det hele» (studiedeltaker 1).

Studiedeltakerne erfarte at masterutdanningen gjorde dem mer oppmerksomme på sammenhenger i pasientenes helsesituasjon som de ikke tidligere hadde sett. Ved å kartlegge den enkelte pasient systematisk kunne de tidlig identifisere endringer i helsetilstanden og dermed forebygge sykdomsforverring.

Studiedeltakerne fortalte om nyervervet kompetanse i å ivareta oppgaver som anamneseopptak og organspesifikke undersøkelser. De erfarte at kunnskapen deres hevet kvaliteten på tjenestene og fremhevet at pasienter med kompleks sykdomshistorie hadde behov for sykepleiere med klinisk breddekompetanse:

«Jeg går [kun] til de pasientene som har en eller annen utfordring, sånn at det alltid krever en mer utvidet kartlegging og undersøkelser enn det sykepleierne har kompetanse til å gjøre. Kanskje det må vurderes sykehistorie, medisinbruk, det må gjøres kartlegginger, kanskje organfokusert, men det å se helheten. Se hvor skrøpelig pasienten er» (studiedeltaker 8).

Breddekompetansen gjorde at allmennsykepleierne lettere kunne identifisere pasientens problemer og innhente forskningsbasert kunnskap som bidro til riktig behandling. På den

måten brukte allmennsykepleierne aktivt sin masterkompetanse til å arbeide kunnskapsbasert.

Flere trakk frem at masterkompetansen hadde bidratt til å styrke det tverrfaglige samarbeidet på arbeidsplassen. Allmennsykepleierne hadde utviklet et tydelig fagspråk som var verdifullt i samarbeidet med blant annet legene. De opplevde at tidlig identifisering av sykdomsutvikling samt systematiske rapporter til fastlegene bidro til å fremskynde pasientbehandlingen.

Hjemmebesøk for å vurdere pasientens tilstand, i samråd med fastlegen, medførte at relevante tiltak kunne settes i gang i hjemmet. Slik sparte de skrøpelige pasienter for strevsomme reiser til legekontoret. Allmennsykepleiernes kliniske kompetanse var også verdifull i annet tverrfaglig samarbeid:

«Hvis jeg går med en fysioterapeut eller ergoterapeut, så drar jeg jo inn sykepleieperspektivet mye mer og klinisk undersøkelsesteknikk. De tenker ikke kanskje på at pasienten er tungpustet fordi at han har lavt hemoglobin, ikke sant. Eller om pasienten er svimmel så kan du tenke ortostatisk blodtrykk. De tenker ikke på at det kan være atrieflimmer som ligger der, og som gjør at han er så sliten underveis» (studiedeltaker 4).

Å øke kompetansen hos kolleger ble ansett som en viktig del av allmennsykepleierens rolle. Studiedeltakerne fortalte at de inkluderte sin kliniske kunnskap i fagutviklingsprosjekter, undervisning og simulering. De involverte kolleger i pasientnære oppgaver, veiledet dem i praktiske prosedyrer og bidro til faglig refleksjon rundt komplekse pasientsituasjoner. For allmennsykepleierne var denne involveringen en måte å sikre at også kollegene deres arbeidet kunnskapsbasert.

Enkelte allmennsykepleiere hadde administrative oppgaver og fungerte blant annet som faglig støtte for ledere og saksbehandlere i behandling av pasientklagesaker. De ble også inkludert i tverrfaglige prosjekter på systemnivå, regionale prosjekter og tverrsektoriell samhandling som prosjektsamarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Organisatoriske rammer påvirket bruken av breddekompetansen

Organisatoriske forhold på arbeidsplassen var sentrale for måten allmennsykepleierne fikk brukt sin kompetanse på. Det var avgjørende å få fristilt tid til å bruke breddekompetansen, men ikke alle studiedeltakerne opplevde slik tilrettelegging. Selv om mange arbeidet på samme arbeidsplass før og etter fullført mastergrad, trengte lederne ofte tid til å forstå hvordan de skulle bruke den nye kompetansen: «Jeg er fremdeles i implementeringsfasen, og det betyr at mye ikke er på plass enda» (studiedeltaker 1).

Andre fikk tidlig tillit og frihet til å utforme egen stillingsbeskrivelse og til å velge arbeidsoppgaver som innebar aktiv bruk av breddekompetansen: «Har ganske tett samarbeid med min leder. Har veldig tillit fra henne til at jeg får gjøre det jeg har lyst til» (studiedeltaker 3).

De allmennsykepleierne som hadde administrative oppgaver, opplevde at det gikk på bekostning av pasientnært arbeid. De ønsket kompetansen avgrenset til klinisk praksis eller fagutvikling. Strukturelle rammebetingelser kunne også føre til sen involvering i komplekse og krevende pasientsituasjoner, noe som svekket tjenestekvaliteten: «Ting kunne vært løst veldig annerledes kanskje for to–tre måneder siden, men så har man kommet inn når det har blitt krise da, og da koster det også veldig mye mer å løse de krisene» (studiedeltaker 2).

For få brukt breddekompetansen understreket studiedeltakerne at de måtte fristilles fra ordinære pleieoppgaver. De vektla behovet for tydelige rolleavklaringer og organisatoriske rammer for å utnytte allmennsykepleierkompetansen effektivt:

«Jeg tenker jo at det er veldig viktig at jeg ikke inngår i pleien på en avdeling, at jeg er fristilt til å kunne gjøre andre ting. Jeg tenker at det er helt avgjørende, for hadde jeg vært en av sykepleierne på post, så hadde jeg også måttet dele ut medisiner og vært med på måltider, legevisitt. Så da hadde ikke jeg fått brukt den kompetansen jeg har, da, for jeg jobber jo helt annerledes» (studiedeltaker 8).

Flere arbeidet likevel uten en tydelig stillingsbeskrivelse og opplevde arbeidsoppgavene som fraksjonerte og tilfeldige. Noen var ansatt i kombinerte stillinger der de delvis arbeidet som allmennsykepleier og delvis som vanlig sykepleier, mens andre kun arbeidet som vanlige sykepleiere: «Ja, min rolle er akkurat som en vanlig sykepleier. Jeg er akkurat på lik linje som de andre sykepleierne, og jeg går i stell» (studiedeltaker 7).

I tillegg utførte de assistentarbeid som å vaske skyllerom og kjøkken. Disse arbeidsoppgavene samsvarte ikke med forventningene de hadde til den nye rollen. De følte at kompetansen ikke ble anerkjent, og at de gradvis mistet tilknytningen til allmennsykepleierrollen. Flere opplevde mangelen på rammer i arbeidshverdagen som så utilfredsstillende at de vurderte å slutte i stillingen.

Breddekompetansen ble opplevd som belastende

Studiedeltakerne opplevde at allmennsykepleierkompetansen førte til større arbeidsbelastning enn før. De fortalte om arbeidsdager med stort arbeidspress og et overveldende antall oppgaver som skulle utføres. Oppgavefokuset resulterte i mindre tid til å arbeide så grundig og helhetlig som de ønsket. Grensesetting og prioritering var vanskelig fordi alle arbeidsoppgavene ble ansett som viktige: «Jeg hadde kanskje følt at jeg gjorde ting litt mer skikkelig hvis jeg fokuserte litt mer på én ting, men hva er det jeg skal fokusere på da? Hva er det jeg skal velge vekk?» (studiedeltaker 6).

Sykepleierne som ikke fikk brukt sin kompetanse som tiltenkt, opplevde dette som belastende. De beskrev hindringer som uklare rolleforventninger og begrenset støtte fra kolleger og ledere. Flere opplevde at de måtte legitimere rollen overfor samarbeidspartnere. De tok initiativ til å presentere seg for ledere og fastleger, utarbeidet informasjonsmateriell og inviterte seg inn i tverrfaglige møter. Slik skapte de arenaer for å bli kontaktet når det var behov for dem. De beskrev denne innsatsen som både energikrevende og belastende.

Flere opplevde at sykepleierkollegene følte seg truet av det brede kunnskapsgrunnlaget til allmennsykepleierne. For å unngå konkurranse og reaksjoner fra kollegene hendte det derfor at de utførte kliniske pasientundersøkelser i det skjulte. Fravær av kollegial støtte begrenset allmennsykepleiernes handlingsrom og bidro til at oppgaver ikke ble løst på en tilfredsstillende måte. Studiedeltakerne fortalte om tapt arbeidsglede og engasjement, og flere følte at utdanningen var mer en belastning enn en ressurs:

«Av og til kjennes kompetansen nesten som en byrde, fordi det var enklere å ikke ha så mye kunnskap. For da så du ikke alle de konsekvensene av ting. Nå gjør jeg jo det, og det kjennes faktisk vondere, fordi nå kjenner jeg at, selv om jeg vet alt det her, så får jeg ikke gjort det likevel på bakgrunn av at jeg har ikke nok støttespillere rundt meg» (studiedeltaker 1).

En av studiedeltakerne angret på å ha tatt masterutdanningen og beskrev allmennsykepleieren som «spesialisten ingen vil ha» (studiedeltaker 9).

Flere følte seg ensomme i den nye rollen. De opplevde å stå alene med et stort ansvar for alvorlig syke og komplekse pasientgrupper, samtidig som det ble forventet at de skulle støtte, avlaste og veilede andre. Mangel på støtte sammen med store krav og begrensede ressurser forsterket følelsen av faglig og emosjonell isolasjon:

«Det kan bli litt ensomt selv om jeg har leger og sykepleiere. Blant sykepleiere og hjelpepleiere så blir jeg den som er på toppen, så det kan være utfordrende til tider. At det er ingen som liksom drar meg opp eller løfter, sant, jeg må jobbe litt da for å sørge for at jeg ikke blir utdatert eller irrelevant» (studiedeltaker 8).

Sitatet synliggjør behovet for et kollegialt fellesskap for allmennsykepleiere som arbeidet i kommunene.

Diskusjon

Organisatorisk tilrettelegging som forutsetning for kompetanseutnyttelse

Denne studien viser at organisasjonens tilrettelegging er avgjørende for om allmennsykepleierne får benyttet sin breddekompetanse. Selv om flere allmennsykepleiere i denne studien arbeidet etter allmennsykepleiernes rollebeskrivelse (6), ble andre tildelt grunnleggende sykepleieroppgaver, og enkelte ble også benyttet til rengjøring og rydding.

Studien antyder at ledernes manglende kjennskap til allmennsykepleiernes rolle kan være en medvirkende årsak til at kompetansen ikke blir fullt ut tatt i bruk. Dette funnet samsvarer med tidligere forskning som viser at mangel på organisatorisk regulering, rolleforståelse og tillit blant samarbeidspartnere hemmer sykepleiernes autonomi og begrenser muligheten til å utnytte rollen fullt ut (13, 16, 19, 20, 26). Det fremstår likevel som et paradoks at tilgjengelig spesialkompetanse ikke benyttes hensiktsmessig samtidig som behovet for slik kompetanse vedvarer (4).

Høy arbeidsbelastning og prioriteringsutfordringer

Studien viser at selv om allmennsykepleierne arbeidet i henhold til rollebeskrivelsen, begrenset en høy arbeidsbelastning og prioriteringsutfordringer muligheten til å utøve helhetlig sykepleie. Det er kjent at sykepleiere som går på akkord med yrkets verdigrunnlag, risikerer utbrenthet (27). Et utvidet ansvar for alvorlig syke pasienter kombinert med høy arbeidsbelastning og manglende støtte fra lederen og kolleger er en medvirkende årsak til at sykepleiere forlater yrket (27). Dette er bekymringsfullt i en tid der flere kommuner har problemer med å rekruttere nødvendig sykepleiefaglig kompetanse (4).

Utfordringer med å prioritere arbeidsoppgaver kan skyldes at studiedeltakerne var relativt nye i allmennsykepleierrollen. Alle hadde likevel lang erfaring fra helsetjenesten, noe som styrker prioriteringsevnen (28). Dette funnet indikerer et behov for strategiske tiltak, for eksempel å ansette flere allmennsykepleiere, som også kan bidra til et verdifullt kollegialt fellesskap og motvirke ensomhet i yrket.

Andre tiltak kan være å tydeliggjøre allmennsykepleiernes oppgaver i tråd med rollebeskrivelsen. Allmennsykepleieres breddekompetanse gjør at de kan ha flere ulike funksjoner – en av allmennsykepleiernes styrker. Breddekompetansen kan likevel gjøre det vanskelig å prioritere hensiktsmessig, slik denne studien viser (28).

Rolleavklaring og forankring er nødvendig

Denne studien har tydeliggjort at allmennsykepleierens rolle fortsatt ikke er tilstrekkelig innarbeidet i norsk primærhelsetjeneste. Overordnet er det organisasjonens ansvar å tilrettelegge for at ansatte kan utøve sitt arbeid i tråd med den kompetansen og utdanningen de besitter.

Når sykepleiere ansettes i nye roller, krever det en strukturert innarbeidelse med tydelige rollebeskrivelser og forankring hos samarbeidende yrkesgrupper. Dersom sykepleiere må bruke tid og energi på å legitimere sin egen rolle, kan det hemme effektiviteten og kvaliteten i pasientbehandlingen (16, 20). Det kan også belaste arbeidstakeren unødvendig og føre til yrkesretrett, slik denne studien antyder.

Allmennsykepleierne bør ha stillingsbeskrivelser som gir klare roller i det tverrfaglige teamet og rom til å utøve sin kompetanse. Det er avgjørende å involvere samarbeidende yrkesgrupper, som fastleger og annet helsepersonell, for å skape gjensidig forståelse og nødvendig tillit til allmennsykepleiernes kompetanse. Når sykepleiere får mulighet til å arbeide i samsvar med sin utdanning, styrkes både den faglige autonomien og ressursutnyttelsen (29). Organisatorisk tilrettelegging er derfor nødvendig for en velfungerende og bærekraftig primærhelsetjeneste – nå og i fremtiden.

Studiens styrker og begrensninger

Allmennsykepleierens rolle i Norge er relativt ny og uutforsket, og vi vurderer temaet som tidsmessig relevant. Kvalitativt design er velegnet ettersom feltet fortsatt preges av begrenset

kunnskap (22). Studiedeltakerne arbeidet på forskjellige tjenestenivåer i sju ulike kommuner. Variasjonen i utvalget styrker resultatenes overføringsverdi til andre kontekster. Resultatene samsvarer med tidligere forskning på feltet, noe som styrker studiens validitet.

Det er likevel en svakhet at de fleste studiedeltakerne hadde kort erfaring som allmennsykepleier. Ni intervjuer ga rikholdige data. Det kan likevel tenkes at flere deltakere, inkludert allmennsykepleiere med lengre erfaring i rollen, kunne nyansert resultatene ytterligere (22).

Begge forfatterne har nærhet til det studerte feltet, noe som kan representere en risiko for såkalt feltblindhet (22), der forskerne vektlegger det som er kjent. Vi var bevisste på vår egen forforståelse og utfordret denne gjennom kontinuerlig refleksjon og diskusjon av funn, i tråd med Braun og Clarkes refleksive tilnærming (23).

Konklusjon

Denne studien viser at organisatoriske faktorer som ledelsesforankring og stillingsbeskrivelse kan påvirke bruken av allmennsykepleiernes breddekompetanse. Allmennsykepleiere som fikk mulighet til å anvende hele sin breddekompetanse, opplevde at kompetansen hevet kvaliteten på tjenestene, men at ansvarsområdene var for mange. Allmennsykepleiere som trådte inn i rollen uten avklarte ansvarsområder, arbeidet i stor grad som vanlige sykepleiere.

Uhensiktsmessig bruk av allmennsykepleiernes spesialkompetanse kan bidra til at de slutter i arbeidet, og kan føre til geografiske forskjeller i kommunalt helsetilbud. Bærekraftige helsetjenester forutsetter at allmennsykepleieres faglige ressurser ivaretas og integreres i nye arbeidsmodeller.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



BRUKES IKKE HENSIKTSMESSIG: Allmennsykepleiernes breddekompetanse må ivaretas og innpasses i nye arbeidsmodeller for å sikre at de ikke forlater yrket. *Illustrasjonsfoto: Maskot/NTB*

1. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) [internett]. LOV-2011-06-24-30 [hentet 12. desember 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
2. Meld. St. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009 [hentet 2. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs>
3. Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015 [hentet 30. januar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs>
4. Bovim G. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [internett]. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon; 2023 [hentet 9. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/1a958da52d374c0496ce2ac7fb950055/nou-2023-4-tid-for-handling.pdf>
5. Helsedirektoratet. Avansert klinisk sykepleier og klinisk breddekompetanse [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2022 [hentet 29. januar 2023]. Tilgjengelig

fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov/utvikling-av-avansert-klinisk-sykepleierolle--internasjonale-og-nasjonale-erfaringer/avansert-klinisk-sykepleier-og-klinisk-breddekompetanse>

6. Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie [internett]. FOR-2020-01-03-45 [hentet 25. mars 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-45>
7. Helsedirektoratet. Avansert klinisk allmennsykepleier (AKS) [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2021 [hentet 4. april 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/kompetanseloft-2025/avansert-klinisk-sykepleie-aks>
8. Fagerström LM, red. Avansert klinisk sykepleie. Oslo: Gyldendal; 2019.
9. Elvidge N, Hobbs M, Fox A, Currie J, Williams S, Theobald K, et al. Practice pathways, education, and regulation influencing nurse practitioners' decision to provide primary care: a rapid scoping review. BMC Prim Care. 2024;25(1):182. DOI: [10.1186/s12875-024-02350-3](https://doi.org/10.1186/s12875-024-02350-3)
10. Htay M, Whitehead D. The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: a systematic review. Int J Nurs Stud Adv. 2021;3:100034. DOI: [10.1016/j.ijnsa.2021.100034](https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100034)
11. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2018; (7):CD001271. DOI: [10.1002/14651858.CD001271.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3)
12. Lovink MH, Laurant MG, van Vught AJ, Maassen I, Schoonhoven L, Persoon A, mfl. Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: a realist evaluation case study. BMJ Open. 2019;9(5):e028169. DOI: [10.1136/bmjopen-2018-028169](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028169)
13. Haimi M. Successful advanced practice nursing implementation in primary healthcare depends on role clarity, regulation and stakeholder collaboration. Evid Based Nurs. 12. november 2025. DOI: [10.1136/ebnurs-2025-104457](https://doi.org/10.1136/ebnurs-2025-104457)
14. Wheeler K, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens M. Advanced practice nursing roles, regulation, education, and practice: a global study. Ann Glob Health 2022;88(1):42. DOI: [10.5334/aogh.3698](https://doi.org/10.5334/aogh.3698)
15. Gysin S, Sottas B, Odermatt M, Essig S. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2019;20(1):163. DOI: [10.1186/s12875-019-1055-z](https://doi.org/10.1186/s12875-019-1055-z)

16. Jakimowicz M, Williams D, Stankiewicz G. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. BMC Nurs. 2017;16(1):6. DOI: [10.1186/s12912-016-0198-7](https://doi.org/10.1186/s12912-016-0198-7)
17. Franziska Z, Ramona T, Hansruedi S, Monique SS, Franziska V, Kornelia K. Advanced practice nurses' daily practices delivering primary care to residents in long-term care facilities: a qualitative study. BMC Prim Care. 2024;25(1):203. DOI: [10.1186/s12875-024-02455-9](https://doi.org/10.1186/s12875-024-02455-9)
18. Kjær LA, Tøien M, Førsund LH. Exploring nurse practitioners' collaboration with general practitioners in Norwegian homecare services: a qualitative study. Scand J Prim Health Care. 2025;43(1):3–12. DOI: [10.1080/02813432.2024.2381064](https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2381064)
19. Henni SH, Kirkevold M, Antypas K, Foss C. The role of advanced geriatric nurses in Norway: a descriptive exploratory study. Int J Older People Nurs. 2018;13(3):e12188. DOI: [10.1111/opn.12188](https://doi.org/10.1111/opn.12188)
20. Jordell H, Yssen SSF. Den avanserte kliniske allmennsykepleieren [internett]. Oslo: Fafo; 2025 [hentet 29. april 2025]. Fafo-rapport 2025:03. Tilgjengelig fra: <https://www.fafo.no/publikasjoner/fafo-rapporter/den-avanserte-kliniske-allmennsykepleieren>
21. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 7. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020.
22. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
23. Braun V, Clarke V. Thematic analysis: a practical guide. London, Thousand Oaks, CA: SAGE; 2022.
24. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
25. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Klassifisering av filer og informasjon [internett]. Trondheim: NTNU; u.å. [hentet 5. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/klassifisering+av+filer+og+informasjon>
26. Loso AH, Østensen E. Lederes erfaringer med avanserte kliniske allmennsykepleiere – en kvalitativ intervjustudie. Nord Sygeplejeforsk. 2025;15(4):1–14. DOI: [10.18261/nsf.15.4.4](https://doi.org/10.18261/nsf.15.4.4)
27. Woodhead EL, Northrop L, Edelstein B. Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. J Appl Gerontol. 2016;35(1):84–105. DOI: [10.1177/0733464814542465](https://doi.org/10.1177/0733464814542465)
28. Bassi E, Jones TL, Chiappinotto S, Tartaglini D, Molin AD, Palese A. Educating nurses on prioritization: insights from a mixed-methods study on unfinished nursing care. BMC Nurs. 2025;24(1):759. DOI: [10.1186/s12912-025-03345-w](https://doi.org/10.1186/s12912-025-03345-w)

29. Déry J, Paquet M, Boyer L, Dubois S, Lavigne G, Lavoie-Tremblay M. Optimizing nurses' enacted scope of practice to its full potential as an integrated strategy for the continuous improvement of clinical performance: a multicentre descriptive analysis. *J Nurs Manag*. 2022;30(1):205–13. DOI: [10.1111/jonm.13473](https://doi.org/10.1111/jonm.13473)