

# Avansert klinisk allmennsykepleier i sykehjem

## En kvalitativ studie om erfaringer med palliativ omsorg til pasienter med multisykdom

Juliane Gneist, Signe G. Julnes og Ingunn P. Mundal

Juliane Gneist, Kristiansund kommune, [juliane.gneist@kristiansund.kommune.no](mailto:juliane.gneist@kristiansund.kommune.no)

Signe G. Julnes, Høgskolen i Molde

Ingunn P. Mundal, Høgskolen i Molde

### Sammendrag

*Bakgrunn: Antallet pasienter med multisykdom i palliativ fase har økt i kommunehelsetjenesten. Palliative forløp kan være i måneder og år, og krever kontinuerlig oppfølging, systematisk kartlegging og spesialisert kompetanse. Studien undersøker erfaringer hos avanserte kliniske allmennsykepleiere (AKS) i palliativ omsorg i sykehjem. Metode: Kvalitativ design med semistrukturerte intervjuer av åtte AKS. Malterud's firetrinns analysemodell for tekstkondensering ble benyttet. Resultat: AKS styrker palliativ omsorg for multisyke pasienter gjennom systematisk kartlegging, personsentrert kommunikasjon og klinisk legemiddelhåndtering, øker kvalitet og trygghet, reduserer sykehusinnleggelse, men påvirkes av organisatoriske barrierer og uklare roller. Konklusjon: AKS-kompetanse styrker helhetlig palliativ omsorg for multisyke pasienter gjennom kartlegging, kommunikasjon og legemiddelhåndtering. Effektiv bruk krever rolleavklaring og organisatorisk støtte, mens manglende systemtilrettelegging begrenser potensialet. Implementering bør fremme tverrfaglig samarbeid og systematisk praksis.*

### Nøkkelord:

*Avansert klinisk allmennsykepleier, erfaring, multisyk, palliativ, omsorg, sykehjem*

### Fagfelleurdert artikkel

## **Innledning**

Avansert klinisk allmennsykepleier (AKS) er en spesialisert autonom sykepleierrolle som har fått økt oppmerksomhet i norske sykehjem de siste årene. Dette skyldes særlig en aldrende befolkning, en økende forekomst av multisykdom og et stadig større behov for kompetent palliativ omsorg. Rollen innebærer en betydelig faglig ressurs med bred klinisk kompetanse, som omfatter vurdering og håndtering av komplekse helsetilstander, avansert farmakologi, samt håndtering av akutte og uavklarte situasjoner. Denne kompetansen gjør AKS i stand til å bidra til kvalitet, kontinuitet og koordinering i omsorgen for pasienter med multisykdom, noe som er understøttet i litteraturen og flere studier (Holm Hansen et al., 2020; Jakobsen et al., 2022; Fagerström, 2019; Vasset & Julnes 2024). Forskning viser videre at tilstedeværelsen av AKS øker både pasient- og pårørendetilfredshet, reduserer unødvendige sykehusinnleggelseser og styrker tverrfaglig samarbeid i sykehjem (Donald et al., 2013; Martin-Misener et al., 2015; Konetzka et al., 2008).

Betydningen av AKS-rollen kan sees i lys av de omfattende endringene som norske kommunale helse- og omsorgstjenester har gjennomgått de siste tiårene. Initiativer som Samhandlingsreformen og Leve hele livet-strategien har hatt som mål å styrke kvaliteten og tilgjengeligheten av tjenester, men har samtidig lagt betydelig press på kapasitet og kompetanse i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2015, 2017–2018). Disse reformene har medført at kommunene i større grad har blitt ansvarlige for pasienter med komplekse sykdomsforløp, inkludert pasienter som tidligere ville fått omfattende behandling på sykehus. Multisykdom, definert som samtidig forekomst av to eller flere kroniske tilstander, kan omfatte både fysiske og psykiske lidelser, samt symptomkomplekser og ofte sensoriske svekkelser som nedsatt syn eller hørsel (NICE, 2016). Pasienter med multisykdom krever derfor høy grad av avansert klinisk kompetanse, systematisk kartlegging og nøye koordinering av tjenester.

En viktig konsekvens av disse endringene er knyttet til utskrivningspraksis av pasienter fra sykehus. Stadig flere pasienter som er medisinsk utskrivningsklare, overføres til kommunale tjenester og sykehjem for videre oppfølging, inkludert pasienter i palliativ fase med omfattende og komplekse behov (Bruvik et al., 2017). Palliativ omsorg har som mål å fremme livskvalitet og lindre lidelse, og omfatter både fysisk, psykososial og åndelig støtte gjennom forebygging, tidlig identifisering og behandling av symptomer (WHO, 2020). Denne utviklingen har ført til at kompleksiteten i pasientgruppen har økt, noe som stiller høyere krav til kompetanse, koordinering og systematisk praksis for å sikre trygg og helhetlig omsorg (Helsedirektoratet, 2020a; Nicholson et al., 2023).

Tildeling av sykehjems plass må derfor balanseres mellom pasientens behov og tjenestens kapasitet. Pasienter som har høy sykdomsbyrde og komplekse behandlingsløp, krever ofte spesialisert kompetanse som kan møte deres

omfattende pleie- og omsorgsbehov (Førland & Braut, 2023; Wyller, 2020). Samtidig viser forskning at det fortsatt finnes utfordringer knyttet til optimal utnyttelse av slik kompetanse i praksis (Bruvik et al., 2017; Nicholson et al., 2023). Dette understreker behovet for sykepleiere som kan fungere som faglige ressurser og bindeledd mellom ulike tjenester og faggrupper, noe som igjen fremhever betydningen av rollen som AKS.

Her kommer AKS tydelig inn som en sentral ressurs i sykehjem. Rollen kan styrke palliativ omsorg gjennom systematisk helhetlig kartlegging, koordinering av tjenester, veiledning og oppfølging av både pasienter og helsepersonell. AKS kan også bidra til kvalitetsforbedring og effektiv ressursbruk i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Donald et al., 2013; Martin-Misener et al., 2015; Bakerjian, 2022). Internasjonale studier viser at AKS-kompetanse kan bidra til å redusere unødvendige sykehusinnleggelser og helsekostnader, samtidig som pasientenes helsetilstand ivaretas bedre gjennom tidlig og forebyggende omsorg (Konetzka et al., 2008; Donald et al., 2013). Rollen bidrar også til kompetanseheving i personalgruppen, styrker fagmiljø og gjør sykehjem bedre rustet til å møte fremtidige utfordringer.

Til tross for de dokumenterte positive effektene av AKS-kompetanse, er det fortsatt behov for mer forskning på hvordan AKS opplever å ivareta palliativ omsorg for pasienter med multisykdom i sykehjem. Det er særlig viktig å få kunnskap om hvordan kompetansen anvendes i praksis, hvilken betydning den har for beslutningsprosesser, tverrfaglig samarbeid og kvaliteten på tjenestene, samt hvilke implikasjoner dette har for pasientomsorg, utdanning og organisering av helse- og omsorgstjenestene. Ved å belyse disse aspektene kan man utvikle bedre strategier for hvordan AKS kan bidra til trygg, helhetlig og effektiv omsorg i sykehjem.

Med bakgrunn i dette undersøker studien hvordan AKS utøver palliativ omsorg for pasienter med multisykdom i sykehjem, med særlig fokus på utnyttelse av kompetanse, koordinering av tjenester og håndtering av komplekse pasientbehov. Hensikten er å utvikle en dypere forståelse av hvordan AKS kan styrke kvaliteten på omsorgen, samtidig som studien belyser implikasjoner for praksis, utdanning og organisering av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Ved å utforske erfaringene til AKS kan forskningen identifisere faktorer som fremmer eller hemmer god palliativ omsorg, og hvordan tverrfaglig samarbeid og systematisk kartlegging kan styrkes, noe som har betydning for både fagkompetanse og tjenestepanlegging. Carosso (2023) fremhever at AKS spiller en sentral rolle i sykehjem gjennom kombinasjon av klinisk kompetanse, ledelse og koordinering, og at avanserte sykepleiepraksiser – som grundige vurderinger, behandling basert på faglig kunnskap, samordning av omsorg og pasientsikkerhetstiltak – øker pasient- og pårørendetilfredshet, reduserer unødvendige sykehusinnleggelser og styrker tverrfaglig samarbeid. Studien har

derfor som mål å belyse hvordan AKS anvender sin kompetanse i praksis for å fremme omsorgskvalitet og faglig utvikling.

## Metode

Denne studien har et kvalitativt design med en hermeneutisk tilnærming, som er velegnet for å utforske erfaringene til AKS som arbeider med palliativ omsorg for pasienter med multisykdom i sykehjem (Malterud, 2017). Den hermeneutiske tilnærmingen legger vekt på å forstå mening i menneskelig erfaring, og muliggjør tolkning av deltakernes utsagn i lys av både kontekst og forskerens forforståelse (Thornquist, 2021). Analysen fulgte hermeneutikkens spiral, der fortolkning og forforståelse kontinuerlig informerer hverandre. Dette bidrar til forskningskvalitet gjennom å sikre en systematisk og transparent tilnærming til data, samt en grundig forankring av tolkningene i empirien. I kvalitativ forskning brukes begreper som troverdighet, overførbarhet og pålitelighet fremfor tradisjonell reliabilitet og validitet, og metodene som er anvendt her styrker spesielt studiens troverdighet og konsistens (Malterud, 2017).

### *Rekruttering av inklusjon og utvalg*

Et strategisk utvalg ble gjort for å sikre deltakere med relevant erfaring. Inklusjonskriteriene var ferdigutdannet AKS, arbeider i sykehjem, og har erfaring med palliativ omsorg for pasienter med multisykdom. Totalt deltok åtte AKS, hvorav fire hadde mastergrad. Deltakernes stillingsroller var varierte: pasientnært arbeid, fagutvikling og koordinering/ledelse. Dette sikret et bredt perspektiv på hvordan AKS anvender kompetansen i ulike stillinger (Malterud, 2017). Antall deltagere inkludert i studien er illustrert i Tabell 1, og viser hvilken stilling den enkelt AKS har i sykehjem.

**Tabell 1 Oversikt over stillingen til de inkluderte AKS**

<b>Stillingsbeskrivelse</b>	<b>Med Mastergrad</b>	<b>Uten Mastergrad</b>
Jobber i stilling som avansert klinisk allmensesykepleier	4/4	4/4
Jobber pasientnært i avdeling	1/4	3/4
Jobber med Fagutvikling	4/4	1/4
Jobber som Koordinator/Leder	3/4	0/4

### ***Datainnsamling***

Rekruttering ble gjennomført digitalt via e-post. Prosessen startet regionalt i Midt-Norge, men ble raskt utvidet til hele landet på grunn av få AKS som oppfylte inklusjonskriteriene. Samtlige kommuner i Norge (n = 350) ble kontaktet. Da kontaktinformasjon ofte var vanskelig å finne, ble forespørselen sendt til ulike nivåer, inkludert virksomhetsleder for sykehjem, avdelingsleder og helse- og omsorgssjef. Der dette ikke var mulig, ble henvendelsen sendt til kommunens postmottak. Av de 350 kommunene responderte 45 positivt og videresendte informasjonsskriv og samtykkeskjema til aktuelle informanter. Informantene ble bedt om å ta kontakt med førsteforfatter via telefon, tekstmelding eller e-post. Denne strategien sikret frivillig deltakelse og relevant erfaring med palliativ omsorg. Totalt meldte åtte AKS seg, alle kvinner.

Et semistrukturert intervju ble brukt til å samle inn datamateriale. Intervjuguiden inneholdt hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål, for eksempel: «*Kan du fortelle meg litt om hvordan du ivaretar omsorgen til multisyke eldre i palliativ fase?*» (Malterud, 2017). Oppfølgingsspørsmål motiverte deltakerne til å utdype svarene og sikret tilstrekkelig empirisk materiale (Kvale & Brinkmann, 2021; Malterud, 2017).

Førsteforfatter gjennomførte alle intervjuene digitalt via Teams, med digital lydopptaker (Microsoft, 2023). To intervjuer ble gjennomført via telefon på grunn av deltakernes ønske om å ikke bruke video, mens seks brukte videofunksjon, men kun lyd ble tatt opp. Alle lydfiler ble aidentifisert og kodet før opplasting, og transkriberes fortløpende. Lydfilene ble slettet etter ferdig transkripsjon (Helseforskningsloven, 2017; Malterud, 2017; Kvale & Brinkmann, 2021; Personopplysningsloven, 2018). For å sikre validitet ble transkripsjonene deretter nøye gjennomgått av medforfattere, som bidro til å kontrollere korrekt gjengivelse av deltakernes utsagn og ivareta nyanser i meningsinnholdet. Dette styrket påliteligheten i datamaterialet og sikret et solid grunnlag for videre analyse.

### ***Analyse***

Transkripsjonene ble analysert ved hjelp av Systematisk Tekstkondensering (Malterud, 2017). Analysen, illustrert i Tabell 2, ble gjennomført i flere trinn. Først ble materialet lest naivt for å oppnå en helhetsforståelse og identifisere foreløpige temaer. Deretter ble meningsbærende enheter systematisk kodet og kondensert, som utgjorde grunnlaget for videre organisering. Enhetene ble så sortert i kategorier og underkategorier, der kunstige sitater formulert i «jeg»-form ble brukt for å bevare deltakernes perspektiv. Til slutt ble materialet rekontekstualisert, og analysen ble validert ved å knytte tolkningene tett til deltakernes opprinnelige utsagn. Den hermeneutiske tilnærmingen muliggjorde en fortolkning av meningen bak deltakernes erfaringer, med særlig fokus på hvordan AKS anvender sin kompetanse i praksis. Dette styrket studiens troverdighet ved å sikre at tolkningene var forankret i empirien, pålitelighet gjennom konsistent analyseprosess, og overførbarhet ved at

resultatene tydeliggjør erfaringer som kan ha relevans i lignende kontekster (Malterud, 2017; Thornquist, 2021).

Et eksempel på prosessen kan illustreres gjennom temaet kartlegging. En AKS uttalte:

*«...er det demensen som har forverret seg eller er det en annen grunn til endret adferd? Her er det god observasjonsevne og riktig kartlegging som hjelper» (AKS1). Dette ble kodet som «bruk av kompetanse og kartlegging hjelper til å systematisere symptomer» og kondensert til subtema «riktig bruk av kartlegging» (Tabell 2). På denne måten ble meningsbærende enheter systematisert uten å miste deltakernes stemme.*

**Tabell 2** Eksempel på systematisk tekstanalyse for tema kartlegging (Malterud, 2017)

Meningsbærende enheter	Kondenserte meningsbærende enheter	Subtema	Foreløpig tema
...er det demensen som har forverret seg eller er det en annen grunn til endret adferd? Her er det god med god observasjons evne og riktig kartlegging.	Bruk av kompetanse og kartlegging hjelper til å systematisere symptomer	Riktig bruk av kartlegging	Nytteverdi
... med tanke på å fange endring i pasientens helsetilstand i en tidlig fase vil enn kunne forebygge forverring og setter i gang tiltak rask.			
... ofte går enn rett inn på tiltak. Nå velger jeg heller å ta en grundig undersøkelse/kartlegging og samarbeide med legen.	Effektiv bruk av kartlegging	Godt tverrfaglig samarbeid	Samarbeid med legen
... jeg har mer punkter å ha med til legen.	Helhetlig tilnærming bidra til å se det hele bildet		
... føler at dem ikke nyttig gjør min kompetanse.	Å ikke få bruke sin kompetanse	Ubrukt kompetanse	Rolleavklaring
... det er noe med tiltaksplan, det er jo veldig flott om den oppdateres regelmessig, men det er ikke sikkert at den bli fulgt.	AKS som tar regelmessig kartlegging og kontroller kan evaluere tiltak fortløpende	Klinisk kompetanse- og verktøy fungerer bare om den brukes rett	Kvalitetssikring
... før var det ofte tilfeldig hvilke tiltak og rutiner som ble fulgt opp, dette har nå endret seg.			
... det har blitt mer fokus på rett kartlegging.			

Analysen resulterte i tre hovedtema: kartlegging, kommunikasjon og legemiddelhåndtering, med tilhørende undertema som illustrerer hvordan AKS anvender kompetanse i praksis (Tabell 3).

**Tabell 3** Oversikt av studiens hovedtema og undertema

Hovedtema	Kartlegging	Kommunikasjon	Legemiddelhåndtering
Undertema	Nytteverdi	Samarbeid med pasient og pårørende	Polyfarmasi
	Kvalitetssikring	Tverrfaglig samarbeid	Avansert klinisk allmennsykepleier og lege jobber i team
			Rett medisin til rett tid

Innen kartlegging rapporterte AKS at systematisk bruk av verktøy som ABCDE, legemiddelgjennomgang, fallscreening og ernæringscreening bidro til bedre helsetjenester og pasientsikkerhet (Johansen et al., 2021; Helsedirektoratet, 2022, 2024). En deltaker uttrykte: «Ved å kombinere flere kartleggingsverktøy kan jeg få et helhetlig bilde av pasientens helsetilstand» (AKS2).

Kommunikasjon ble fremhevet som essensielt for pasient- og pårørendetilfredshet: «Jeg opplever at pasient og pårørende føler seg mer trygge når jeg forklarer hva som skjer og hvorfor vi gjør tiltakene» (AKS3), noe som samsvarer med tidligere forskning (Collins & Small, 2019; Jakobsen et al., 2022). Når det gjelder legemiddelhåndtering, fremhevet AKS betydningen av vurdering av polyfarmasi og samarbeid med lege for å tilpasse behandling og redusere unødvendige medisiner: «Når jeg vurderer legemidler sammen med legen, kan vi redusere unødvendige medisiner og tilpasse behandlingen til pasientens behov» (AKS4) (Bakerjian, 2022; Konetzka et al., 2008).

### ***Etiske aspekter***

Studien ble gjennomført i tråd med Helseforskningsloven (2017) og De nasjonale forskningsetiske komiteene (2022), og godkjent av Norsk senter for forskningsdata ref. 496223, (Sikt, 2023). Informert samtykke ble innhentet skriftlig, og anonymitet ble sikret gjennom aidentifisering og koding. Forskerens kontinuerlige refleksjon over egen forforståelse bidro til å minimere bias og styrke studiens etiske kvalitet.

### ***Reliabilitet og validitet***

Denne studien benytter et kvalitativt forskningsdesign med en hermeneutisk tilnærming, som er spesielt egnet for å utforske erfaringene til AKS som arbeider med palliativ omsorg for pasienter med multisykdom i sykehjem. Malterud (2017) fremhever at kvalitativ forskning med hermeneutisk tilnærming gir mulighet til å

forstå menneskelige erfaringer i dybden, der meningsskapning og kontekst står sentralt. I tråd med Malterud's prinsipper legger analysen vekt på å tolke deltakernes utsagn i lys av både deres erfaringer og forskerens forforståelse, med en kontinuerlig vekselvirkning mellom empiriske data og fortolkning, slik hermeneutikkens spiral beskriver (Thornquist, 2021). Denne iterative prosessen sikrer systematikk og etterprøvbarehet, og bidrar til å styrke studiens reliabilitet, samtidig som validiteten ivaretas gjennom forankring i empiriske data fremfor subjektive antakelser (Malterud, 2017).

Reliabiliteten i studien styrkes ytterligere ved en systematisk analyseprosess inspirert av Malterud anbefalinger for kvalitativ dataanalyse, inkludert krysskontroll av koder, rekontekstualisering mot de opprinnelige utsagnene og gjennomgang av meningsbærende enheter. Validiteten forsterkes gjennom detaljert metodebeskrivelse, gjennomsiktighet i analyseprosessen og bruk av illustrative sitater som dokumenterer hvordan tolkningene henger direkte sammen med deltakernes erfaringer.

Metodens styrke ligger i kombinasjonen av Malterud's hermeneutiske tilnærming og Systematisk Tekstkondensering, som muliggjør identifisering, strukturering og fortolkning av komplekse mønstre i AKS' erfaringer. Studien gir derfor nyansert og pålitelig innsikt i hvordan AKS anvender sin kompetanse i praksis, og fremhever betydningen av tydelige rollebeskrivelser, systemnivåimplementering og tverrfaglig samarbeid for å optimalisere kvaliteten på palliativ omsorg i norske sykehjem. Videre gjør metoden det mulig å belyse hvordan organisatoriske, kulturelle og kliniske faktorer påvirker AKS' mulighet til å utøve helhetlig omsorg, og gir implikasjoner for praksis, i tråd med Malterud's vektlegging av overførbarhet og faglig relevans i kvalitativ forskning (Malterud, 2017).

## Resultat

### *AKS som pådriver for bruk av kartleggingsverktøy*

#### Kompetanse løfter nytteverdi ved bruk av kartlegging

Standardiserte kartleggingsverktøy til bruk ved ulike sykdomstilstander har en høy nytteverdi for AKS og personer AKS samhandler med. Det var en gjennomgående positiv holdning i å ta i bruk kartleggingsverktøy og utføre klinisk undersøkelser blant informanter. En AKS fortalte:

*«Hver gang en pasient viser en adferdsendring gjør jeg en grundig kartlegging. På denne måten kan jeg oppdager for eksempel infeksjon, eller obstipasjonsproblemer. En klinisk undersøkelse av abdomen gjør jeg nesten daglig» (AKS 2).*

En felles erfaring var at tiltak ble raskere iverksatt og behandlings intensiteten var bedre tilpasset til den enkelte pasient. En AKS fortalte: «Gjennom riktig kartlegging

*av symptomer går det mye fortere å sette i gang intervensjoner» (AKS 1). Flere AKS delte positive opplevelser av høy nytteverdi ved kartlegging når de ga palliativ omsorg til pasienter med multisykdom som var rammet av demens sykdom. Færre sykehusinnleggelses var en gjennomgående erfaring hos AKS. En fortalte: «De velger ofte å ringe meg før dem ringer ambulanse. Dette synes jeg er bra, siden ikke alle fall trenger å kjøres til sykehus» (AKS 3).*

Alle deltakerne hadde en oppfatning om høy nytteverdi av forhåndssamtaler og palliativ plan, men det viste seg å være varierende bruk av den. En av deltakerne forklarte: «Nå har de fleste en palliativ plan (...) På denne måten slipper vi mange konflikter ved livets slutt» (AKS 4). Her kom særlig nytteverdi i form av forebygging fram. En deltaker beskrev dette:

*«De scenarier med sykehus som vil muligens forverre situasjoner (...) Alle skal ha en palliativ plan uansett hvor langt de har kommet i demens sykdommen sin» (AKS6).*

Under intervjuene kom det fram at palliativ plan ikke er i bruk i alle sykehjem der AKS jobber. En AKS fortalte: «Vi bruker ikke palliativ plan eller kun i svært liten grad. Det ligger i systemet og legen har det som mål, men det prioriteres ikke» (AKS2). Likevel var alle deltager enig om en palliativ plan var viktig å ha for den eldre syke. En av deltakerne delte denne oppfatningen: «Dette synes er veldig viktig å få lagt en palliativ plan mens pasienten er i stand å snakke for seg selv» (AKS 8).

#### Kvalitetssikring gjennom bruk og evaluering av kartleggingsverktøy

En felles mening var at kompetansen til AKS fører til at kartleggingsverktøy i sykehjem tas oftere i bruk i mer og bedre tilpasset omfang. En AKS sa:

*«Bruk av kartleggingsverktøy, det er mer fokus på det når mer fag er til stede (...) Fordi tidligere var det veldig slik - kanskje vi tar en stix? det er så standard. (...) Men nå ser man mer helheten og velger hvilket kartleggingsverktøy vil egne seg, det er mye bedre og målrettet» (AKS 1).*

Likevel opplever AKS fremdeles mange situasjoner hvor kartleggingsverktøy bare brukes tilfeldig eller ikke i det hele tatt. Flere fortalte om uheldige tilfeller med negativt utfall for de involverte. Erfaringen til flere AKS viser at holdningen blant samarbeidspartnere grunnet internopplæring er i ferd med å snu, samtidig med at erfaring på å sette søkelys på evaluering og oppfølging av tiltak har økt. Et utsagn er: «Det hjelper lite med å fylle ut et skjema, men å ikke gjør noe med det i etterkant» (AKS 4).

## ***Kompetanse i samarbeid ved bruk av klinisk kommunikasjon***

### Å kommunisere med pasient og pårørende

I kommunikasjon med pasient forteller flere AKS om den individuelle stemmen til den enkelte. Det legges mye vekt på å kommunisere med pasienten mens vedkommende fremdeles har en egen stemme ved for eksempel anamneseopptak og ved forhåndssamtaler. Både verbal og nonverbal kommunikasjon og rett tolking er et gjennomgående tema. En AKS reflekterte over dette: «*Pasienter med demens er ofte så syke og de mangler kanskje språk, her opplever jeg at det vanskelig å kommunisere, fordi jeg vet ikke om gitt informasjon ble forstått*» (AKS 5). I samtale med pasient og pårørende fortalte flere om tryggheten kompetansen til AKS gir dem i å formidle informasjon på rett måte, i rett mengde og til rett tid. En fortalte:

*«Jeg ringer de heller 20 ganger for mye enn å snakke for lite med dem (...) Jeg er veldig opptatt av god informasjon til pårørende slik de bli trygge (...) Det skal ikke komme som en overraskelse at mor på 97 år døde» (AKS 6).*

AKS i denne studien benyttet i hovedsak kompetansen sin til kartlegging og kommunikasjon som verktøy. I tilfeller hvor det ikke ble utført kartlegging erfarte flere AKS høy bruk av kompetansen sin i å formidle/dele kunnskapsbasert informasjon videre. En AKS sa: «*Riktig kommunikasjon opp mot pasient, kolleger og pårørende har bidratt til å bevare verdighet gjennom hele veien*» (AKS 3).

### Klinisk kommunikasjon ved tverrfaglig samarbeid

Kunnskapsbasert og klinisk fundert kommunikasjon med relevante samarbeidspartnere fremstår som et sentralt tema. Flere AKS beskrev at økt faglig kompetanse og avansert klinisk kunnskap bidro til mer presise og målrettede henvendelser til lege. Dette styrket både kvaliteten på samhandlingen og opplevelsen av faglig trygghet. Enkelte AKS erfarte at tydelig og strukturert klinisk kommunikasjon var særlig viktig i samarbeidet med legevaktsleger, ettersom disse ofte ikke kjenner pasienten eller tidligere har hatt kontakt med vedkommende. En AKS eksemplifiserte dette med:

*«Når det gjelder å være fleksibel og å være trygg i seg selv og i sin rolle når en må kontakte lege. Ved å si «nå velge jeg å gi» istedenfor å spørre om hva som skal gjøres tør jeg å si «det og det trenger jeg å gjøre nå» (AKS 7).*

Mange AKS erfarte at kommunikasjon med kolleger på ulike nivå har endret seg. Enkelte nevnte at gjennom veiledning som omhandlet omsorgen til den døende, førte til en mer verdighet ved livets slutt. Andre fortalte om at bruk av tvang kunne reduseres gjennom bedre kommunikasjonsevner. En reflekterte: «*Som AKS har jeg blitt mer tydelig å kommunisere til kolleger*» (AKS 8).

## ***Kompetanse som AKS og tverrfaglig samarbeid i legemidelhåndtering***

### Polyfarmasi har blitt et viktig tema

Pasienter med flere sykdommer bruker ofte også flere legemidler samtidig. Mange AKS erfarte at polyfarmasi er et stort tema på sykehjem. Flere bekreftet at de fleste medisiner ikke vurderes opp mot alderen, og at multisykdom for mange også relateres til mange legemidler som brukes daglig. En AKS fortalte: *«Også i forhold til medisiner og ser virkning/bivirkning. Nå ser jeg medikamentene opp mot hverandre og hva som er nødvendig, på et avansert nivå»* (AKS 2). De fleste pasienter som er i palliativ fase har begrenset levetid, men kan allikevel bo på sykehjem i flere år. Flere fortalte om at legemiddeladministrasjon bidro i stor grad til å styre hverdagen. Oppfølging og evaluering anså flere AKS som nødvendighet, og mange opplevde utfordringen med at det fremdeles ikke var satt i system. En AKS-reflekterte: *«Jeg synes spesielt Paracet er et godt eksempel, her startes det gjerne med 1 gram x 4 daglig, og det skjer ingen evaluering»* (AKS 7).

### AKS og lege jobber i team for pasienten

I samarbeidet mellom AKS og lege erfarte flere en positiv utvikling. Tema som omhandlet legemiddelgjennomgang, ble ansett som viktig, men det var store forskjeller i hvordan dette ble utført både på ulike nivå og i ulike sammenhenger. Noen AKS hadde positive opplevelser ved å gjennomføre legemiddelgjennomgang selvstendig og drøfter deretter funn med lege. Andre fikk ikke mulighet til å bruke sin kompetanse innen farmakologi. En AKS brukte dette eksempel:

*«Med en gang jeg kommer med forslag på hvordan min kompetanse kunne brukes som for eksempel årskontroller eller legemiddelgjennomgang, sies det: «men det er jo legen som gjør dette» (AKS 1).*

Deltakere delte behandling med medisin inn i forbyggende medisin pasienten brukte for å lindre lidelser, og medisin som var forordnet ved behov i tilfelle pasient ble akutt syk eller døende. Her opplevde flere AKS en positiv utvikling i samarbeid med legen. Når for eksempel Morfin på forhånd ble ordinert som behovsmedisin fra legen, valgte flere AKS i studien å gi legemiddelet dersom det var akutt behov, uten å vente på at legen godkjente dette. En AKS fortalte: *«Grunnet tilegnet kompetanse og tillit fra legen kan jeg sette i gang intervensjoner fortere»* (AKS 4). Administrering og vurderinger av behovene knyttet til legemidlene har i vår studie variert mellom deltakerne. En AKS reflekterte: *«Jeg merker jo hvilken lege som er på vakt, det er liksom ikke vi som bestemmer, men vi har stor innvirkning på hva som bør gis»* (AKS 3).

### Når rett medisin gis til rett tid

Flere AKS erfarte at avansert kunnskap i farmakologi bidro til å oppdage og forstå ved for eksempel medikamentanalyser og serumspeil, og har dermed mulighet til å

jobbe forebyggende. En felles erfaring var at legemiddelrelaterte adferdsendringer var økende og utfordrende å håndtere. Mange fortalte om færre fall etter seponering av medisiner som kunne ha påført svimmelhet, sløvhhet og dehydrering. En sa:

*«Spesielt etter Imovane ble seponert er det mye mindre fall, dette er skremmende å se. Bedre å sette de på antihistamin som gir samme effekt, men har ikke samme bivirkning» (AKS 5).*

En annen AKS reflekterte over dette og sa: «Så gjør vi mange forebyggende tiltak selv om vi ikke tenker så nøye over det» (AKS 3). Flere AKS beskrev videre at administrasjon av legemidler i situasjoner der tvang ble benyttet, i større grad ble ivare tatt gjennom bruk av deres farmakologiske kompetanse. En AKS fortalte:

*«Hva gjør man når pasienten ikke vil ta medisin, skal en bruke tvang med en gang? Klart svar er nei. Jeg vurderer alltid hvor hensiktsmessig det er at pasienten tar medisin og om det for eksempel kan gis på en annen måte» (AKS 2).*

Når pasienten er døende, hadde flere AKS en oppfatning om at administrasjon av lindrende medisiner ble utført ulikt. De valgte derfor å jobbe med kompetansehevede tiltak. En AKS sa: «Jeg opplever at mange sykepleiere er redd for å sette den siste dosen. Her har jeg hatt mye interundervisning» (AKS 3).

## Diskusjon

Denne studien har utforsket hvordan AKS opplevde å ivareta palliativ omsorg for pasienter med multisykdom i norske sykehjem. Resultatene viser at AKS-kompetanse i systematisk kartlegging, personsentrert kommunikasjon og klinisk legemiddelhåndtering styrket kvalitet, trygghet og helhetlig omsorg for pasienter og pårørende, samtidig som organisatoriske barrierer kunne begrense anvendelsen av kompetansen.

Systematisk kartlegging og klinisk vurdering fremsto som sentrale verktøy. AKS rapporterte at vurdering av helsetilstand, omsorgsbehov, anamnese og behandlingsplaner – ofte kombinert med verktøy som ABCDE, legemiddelgjennomgang, fall- og ernæringscreening – bidro til trygghet, forutsigbarhet og kvalitet i omsorgen (Fagerström, 2019; Ferrell et al., 2019; Jakobsen et al., 2022; Vasset & Julnes 2024). Slike kartlegginger gir AKS et solid grunnlag for å prioritere tiltak, forebygge komplikasjoner og redusere unødvendige sykehusinnleggelser.

Personsentrert kommunikasjon ble fremhevet som et klinisk verktøy for å skape trygghet og medvirkning. AKS erfarte at tydelig, tilpasset og inkluderende kommunikasjon med pasient og pårørende fremmet forståelse og deltakelse i beslutninger, og støttet pasientsentrert omsorg som en dynamisk prosess (McCormack & McCance, 2017). Brukermedvirkning i legemiddel- og

behandlingsbeslutninger styrket pasientens forståelse av mål og tiltak, og er i samsvar med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Personopplysningsloven (2018).

AKS opplevde at deres farmakologiske kompetanse og samarbeid med leger gjorde det mulig å sikre riktig medisineringspraksis og redusere unødvendige legemidler og sykehusinnleggelser, men at systemnivåets begrensninger og uklar rollefordeling kunne hemme dette arbeidet. Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at både faglig kompetanse, tverrfaglig samarbeid og tydelige strukturer er avgjørende for trygg og effektiv pasientbehandling, mens strukturelle barrierer kan redusere effekten av slike tiltak (Dahl & Grov, 2014; Kaasa & Loge, 2016; Konetzka, Spector & Limcango, 2008; Bakerjian, 2022).

Tverrfaglig samarbeid var avgjørende for kvalitet i palliativ omsorg. Når AKS hadde tillit og selvstendighet i teamet, styrket dette koordinering og helhetlig omsorg. Samarbeid med leger, fysioterapeuter og annet helsepersonell muliggjorde tilpasning av tiltak til komplekse fysiske, psykiske og symptomkomplekse behov. Dette støttes av forskning på ekspertkompetanse i helsetjenesten (Benner, 1984; Donald et al., 2013; Martin-Misener et al., 2015).

Barrierer knyttet til systemnivå, uklare rollebeskrivelser og manglende organisatorisk støtte begrenset AKS' mulighet til å anvende kompetansen fullt ut, og ble opplevd å kunne påvirke pasientforløp, kvalitet og ressursutnyttelse negativt. Studien fremhever behovet for tydelige stillingsinstruksjoner, implementering av AKS-rollen på systemnivå og etablering av strukturer som sikrer klinisk autonomi og tverrfaglig tillit.

Studien bygger teoretisk på Benner sin modell fra novise til ekspert, som vektlegger hvordan klinisk erfaring og intuisjon styrker beslutningstaking i komplekse helsetjenester, samt på rammeverket for personsentrert omsorg (Benner, 1984; McCormack & McCance, 2017). Resultatene viste at AKS kunne håndtere komplekse adaptive systemer gjennom helhetlig vurdering, systematisk kartlegging og koordinering, samtidig som ekspertkompetanse gjorde klinikerne i stand til å navigere organisatoriske utfordringer, selv om strukturelle barrierer kunne begrense effekten.

Implikasjonene for praksis er klare: Systemnivået i norske sykehjem kan styrke rammeverket for AKS-rollen, inkludert stillingsbeskrivelser, tverrfaglig samarbeid og organisatorisk støtte for bruk av kompetanse i kartlegging, kommunikasjon og legemiddelhåndtering. Kontinuerlig kompetanseheving og internundervisning kan bidra til standardisering og bedre pasientforløp. Tillit mellom AKS og leger er kritisk for rask og trygg iverksetting av tiltak, spesielt ved polyfarmasi og lindrende behandling.

Internasjonal litteratur viser at AKS-rollen kan redusere sykehusinnleggelser, øke pasienttilfredshet og forbedre ressursutnyttelse (Donald et al., 2013; Martin-Misener et al., 2015; Vasset & Julnes 2024). Selv om antallet AKS i norske sykehjem er begrenset, viser studien at potensialet for kvalitet og trygghet er betydelig dersom kompetansen anvendes systematisk. Resultatene kan informere implementeringsstrategier, nasjonale retningslinjer og utdanningsprogrammer for AKS med fokus på palliativ omsorg for multisyke pasienter.

Studien viste at AKS-kompetanse er en nøkkelressurs i palliativ omsorg, som fremmer kvalitet, trygghet og helhetlig omsorg, samtidig som den reduserer komplikasjoner og behov for sykehusinnleggelser. For å utnytte dette potensialet fullt ut, vil tydelige stillingsinstruksjoner, tilrettelegging på systemnivå og etablering av tverrfaglige samarbeidsarenaer, samt videre forskning på implementering i ulike deler av primærhelsetjenesten være nyttig.

### ***Studiens styrker og begrensninger***

Denne studien gir innsikt i hvordan AKS i sykehjem ivaretar palliativ omsorg for pasienter med multisykdom, og fremhever hvordan kompetanse i systematisk kartlegging, personsentrert kommunikasjon og legemiddelhåndtering anvendes i komplekse kliniske situasjoner. Studiens kvalitativt dybdeorienterte design gjør det mulig å belyse nyanser i praksis og forstå AKS' rolle som nøkkelressurs i pasientforløp.

En begrensning er at intervjuene ble gjennomført digitalt, noe som begrenset muligheten til å tolke nonverbale signaler. Det ville også vært verdifullt å inkludere AKS som arbeider med palliativ omsorg utenfor sykehjem, for eksempel ved helsehus eller palliative team, for å sammenligne erfaringer på tvers av kontekster.

Videre var utvalget lite, delvis på grunn av manglende nasjonalt register over AKS og en begrenset populasjon i Norge, noe som kan påvirke overførbarhet. Til tross for dette gir studien detaljert og overførbar innsikt som kan bidra til utvikling av organisatoriske tiltak, tydeligere rollebeskrivelser og implementering av AKS-kompetanse i palliativ omsorg, med mål om å styrke kvalitet, trygghet og tverrfaglig samarbeid i sykehjem

### **Konklusjon**

Denne studien utforsket hvordan AKS i sykehjem erfarte å ivareta palliativ omsorg for pasienter med multisykdom. Resultatene viste at AKS opplevde at deres kompetanse fremmet helhetlig palliativ omsorg gjennom integrering av systematisk kartlegging, personsentrert kommunikasjon og klinisk legemiddelhåndtering. Et helhetlig blikk som gjorde det mulig å planlegge målrettede tiltak og sikre kontinuitet, trygghet og kvalitet i omsorgen. Tydelig rolleavklaring og organisatorisk støtte er avgjørende for å realisere dette potensialet, mens manglende systemtilrettelegging kan begrense effekten. For å implementere AKS-rollen vil det

være behov for klare ansvarsområder, tverrfaglig samarbeid og strukturer som muliggjør helhetlig bruk av denne kompetansen. Relevant videre forskning vil derfor være å undersøke bruk av AKS-kompetanse på tvers av ulike tjenester i primærhelsetjenesten.

## Kilder

- Bakerjian, D. (2022). The Advanced Practice Registered Nurse Leadership Role in Nursing Homes: Leading Efforts Toward High Quality and Safe Care. *Nurs Clin North Am*, 57(2), 245-258.  
<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2022.02.011>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Bruvik, F., Drageset, J., & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem— hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning*, 12 (60613), 10-4220. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60613>
- Brøsen, K., Dalhoff, K., & Simonsen, U. (2019). *Basal og klinisk farmakologi* (6. ed.). FADL's forlag.
- Carosso, L. (2023). Advanced nursing practices and their impact on reducing hospital readmissions: An integrative review. *Research & Reviews: Journal of Nursing and Health Sciences*, 9(3).  
<https://www.rroj.com/open-access/advanced-nursing-practices-and-their-impact-on-reducing-hospital-readmissions-an-integrative-review.php?aid=93325>
- Collins, C. M., & Small, S. P. (2019). The nurse practitioner role is ideally suited for palliative care practice: A qualitative descriptive study. *Can Oncol Nurs J*, 29(1), 4-9. <https://doi.org/10.5737/2368807629149>
- Dahl, A. A., & Grov, E. K. (2014). *Komorbiditet i somatikk og psykiatri : forståelse, betydning og konsekvenser* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2022). *Helsinkideklarasjonen*.  
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Lloyd, M., Akhtar-Danesh, N., & DiCenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *J Adv Nurs*, 69 (10), 2148-2161.  
<https://doi.org/10.1111/jan.12140>
- Fagerström, L. (2019). *Avansert klinisk sykepleie* (1. utg.). Gyldendal.
- Ferrell, B. R., Paice, J. A., Wiencek, C., & Wolf, A. (2019). *The Advanced Practice Registered Nurse*. Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/med/9780190862374.003.0068>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Sykdomsbyrden i Norge i 2016*.  
<https://fhi.no/publ/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016/>

- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, master i avansert klinisk sykepleie (2024). (FOR-2025-07-04-1454)  
<https://lovdata.no/forskrift/2025-07-04-1454>
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. (1989). (FOR-1988-11-14-932)  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. (2008). (FOR-2008-04-03-320).  
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2008-04-03-320>
- Førland, O., & Braut, G. S. (2023). *Sykehjem*. <https://sml.snl.no/sykehjem>. Helse- og omsorgsdepartement. (2017-2018). *Leve hele livet- en kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartement.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet/id2547684/>
- Helse Møre og Romsdal HF. (2024). *Palliativ plan*. <https://www.helse-mr.no/fag-og-forsking/samhandling/palliativ-plan>
- Helsedirektoratet. (2020a). *Oppfølging av personer med store sammensatte behov*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet. (2020b). *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand*. [www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand](http://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand)
- Helsedirektoratet. (2022). *Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/legemiddelsamstemming-og-legemiddelgjennomgang>
- Helsedirektoratet. (2024). *Fallforebygging hos eldre*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fallforebygging-hos-eldre>
- Helseforskningsloven. (2017). *Lov om forskningsetikk*.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/helseforskningsloven/id570542/>
- Holm Hansen, E., Bomann, E., Bing-Jonsson, P., & Fagerström, L. (2020). Introducing nurse practitioners into Norwegian primary health care – Experiences and learning. *Research and Theory for Nursing Practice*, 34(1), 21–34. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.34.1.21>
- Jakobsen, R., Bergland, Å., Hillestad, A. H., & Smebye, K. L. (2022). *Avansert klinisk allmennsykepleie i kommunale helse- og omsorgstjenester* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C., & Moen, K. (2021). *Legevakthåndboken*. Gyldendal Akademisk.  
[https://lvh.no/naar-det-haster/abcde\\_primaer-og-sekundaerundersoekelsen/sekundaerundersoekelsen\\_topp\\_til\\_taa](https://lvh.no/naar-det-haster/abcde_primaer-og-sekundaerundersoekelsen/sekundaerundersoekelsen_topp_til_taa)
- Konetzka, R. T., Spector, W., & Limcangco, M. R. (2008). Reducing Hospitalizations From Long-Term Care Settings. *Med Care Res Rev*, 65(1), 40-66. <https://doi.org/10.1177/1077558707307569>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal

- Kaasa, S., & Loge, J. H. r. (2016). *Palliasjon: nordisk lærebok* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Martin-Misener, R., Donald, F., Wickson-Griffiths, A., Akhtar-Danesh, N., Ploeg, J., Brazil, K., Kaasalainen, S., McAiney, C., Carter, N., Schindel Martin, L., Sangster-Gormley, E., & Taniguchi, A. (2015). A mixed methods study of the work patterns of full-time nurse practitioners in nursing homes. *J Clin Nurs*, 24(9-10), 1327-1337. <https://doi.org/10.1111/jocn.12741>
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=2>
- Meld.St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartement. [Meld. St. 26 \(2014-2015\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/Meld.St.26(2014-2015))
- Microsoft. (2023). *Microsoft Teams. Computer software*. <https://www.microsoft.com/nb-no/microsoft-teams/log-in>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Multimorbidity: clinical assessment and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG56/chapter/Recommendations#taking-account-of-multimorbidity-in-tailoring-the-approach-to-care>.
- Nicholson, C., Combes, S., Mold, F., King, H., & Green, R. (2023). Addressing inequity in palliative care provision for older people living with multimorbidity. Perspectives of community-dwelling older people on their palliative care needs: A scoping review. *Palliative Medicine*. Vol.37,p.475-497. <https://doi.org/10.1177/02692163221118230>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999, av 2.juli 1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. <https://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* Justis- og beredskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. (2017). *Veileder: Forhandssamtaler på sykehjem*. <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/2017/veileder-forhandssamtaler.html>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Helse-og omsorgsdepartement. [St.meld. nr. 47 \(2008-2009\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/St.meld.nr.47(2008-2009))
- Thornquist, E. (2021). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Universitetet i Oslo. (2022). Nettskjema. <https://www.uio.no/tjenester/it/administrative-systemer/nettskjema/>
- Vasset, K., & Julnes, R. (2024). *Avansert klinisk allmennsykepleier*. Fagbokforlaget.

- WHO. (2020). Definition of palliative care. World-Health-Organization.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Worldwide Palliative Care Alliance. (2014). Global atlas of palliative care at the end of life. <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- Wyller, T. B. (2020). Geriatri: en medisinsk lærebok (3. utgave. utg.). Gyldendal.