

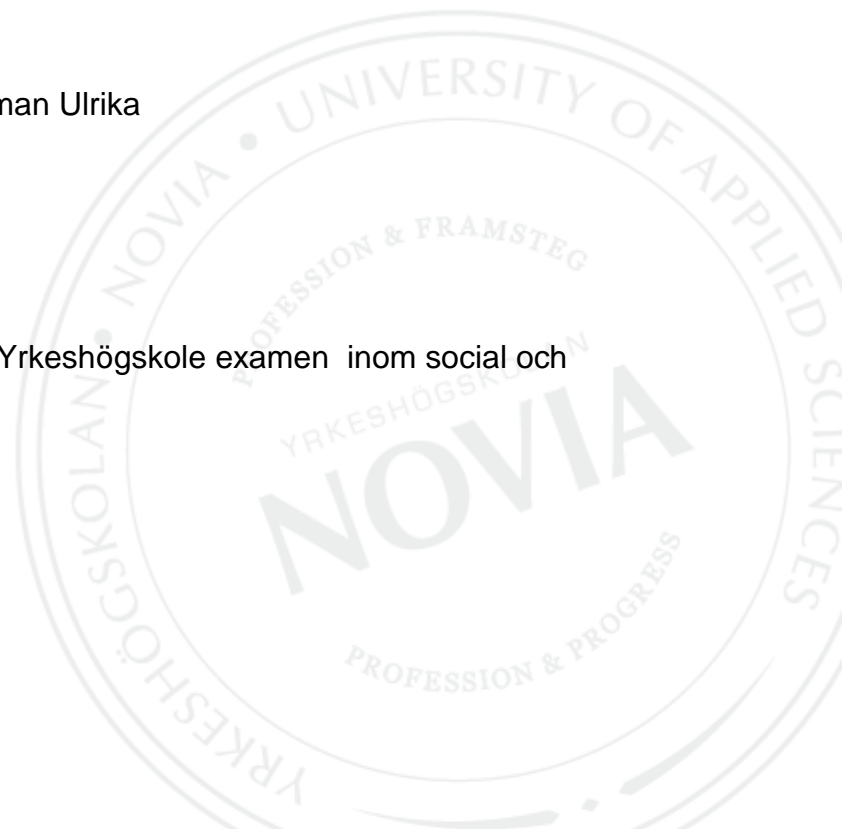


EN INNOVATIV STUDIE FÖR AVANCERADE KLINISKA SJUKSKÖTAREN

Ahlnäs Anna-Lena & Hedman Ulrika

Examensarbete för högre Yrkehögskole examen inom social och
hälsovård

Vasa 2015



EXAMENSARBETE

Författare: Ahlnäs Anna-Lena & Hedman Ulrika
Utbildning och ort: Högre Yrkehögskole examen inom social & hälsovård Vasa
Profilering: Avancerad Klinisk Vård
Handledare: Glasberg Ann-Louise

Titel: **EN INNOVATIV STUDIE FÖR AVANCERADE KLINISKA SJUKSKÖTAREN**

Datum 12.5.2015

Sidantal 58

Bilagor 0

Abstrakt

Denna studie har gjorts till Norrlands läns landsting (NLL). Syftet med studien var att undersöka hur sjukskötarens arbetsroll skiljer sig från avancerade kliniska sjukskötarens arbetsroll vid Övertorneå kommuns vårdcentral. Frågeställningen till utredningsarbete var. Hur kan Avancerade Kliniska Sjukskötarrollen (AKS) utvecklas för att förbättra och trygga patientens vårdkontakt? Vad är skillnaden i patient dokumentationen hos sjukskötare och avancerade kliniska sjukskötarens mottagning?

Metoden som användes var innehållsanalys med kvantitativ och kvalitativ ansats. Datainsamlingsmetoden var dokument som en sjukskötare och en AKS har samlat i tio veckor från Övertorneå, NLL. Data analyserades som innehållsanalys genom att jämföra skillnaderna i arbetsuppgifter mellan (S) och (AKS).

Resultaten har förklarats i text och diagram som tagits ur dokumenten av S och AKS dokumentering av patienter. Det framkommer att AKS jobbar innovativt och självständigt och på en fördjupad expertis i vården. Resultatet i studien visar att AKS sköter en större mängd patienter än en sjukskötare, och på ett utförligt sätt så att patienten känner sig trygg och behöver inte alltid läkarbesök.

Språk: svenska Nyckelord: innovativ, dokument, strategi, sjuksköterska, avancerad klinisk sjukskötare.

MASTER THESIS

Author: Ahlnäs Anna-Lena & Hedman Ulrika
Degree Programme: Master in social- and health care
Specialization: Advanced clinical nursing
Supervisors: Glasberg Ann-Louise

Title: **AN INNOVATIVE STUDY FOR CLINICAL ADVANCED NURSING**

Date 12.5.2015 Number of pages 58 Appendices 0

Summary

This study is made for Norrland County Council (NLL). Purpose with this study was to investigate how nurses work role is different from advanced clinical nurses work role at Övertorneå community care center.

Questions asked for the study was: How can the Clinical Advanced Nursing role develop to improve and secure care contact with the patient? What is the difference in patient documentation made by the nurse or by the clinical advanced nurse in their reception?

The method that has been used was content analysis with a quantitative and qualitative approach. The method for collecting data was from document, that a nurse and an advanced clinical nurse had collected in ten weeks from Övertorneå, NLL. Data was analyzed by comparing the differences between a nurse and an advanced clinical nurse.

The result that came out of the analyze from the documents is shown in text and in charts. It shows that advanced clinical nurse works in an innovative way with independence and a wide know-how in healthcare. The result also shows that the advanced clinical nurse has taken care of several patients than a nurse in a detailed way, so that the patient feels safe and doesn't always need to visit a doctor.

Language: Swedish Key words: innovative, document, strategy, nurse, advanced clinical nurse

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Syfte och problemprecisering.....	2
3. Teoretiska utgångspunkter.....	2
3.1. Benners teori, "från novis till expert"	3
3.2. Fagerströms teori på avancerad klinisk omvårdnad i praxis.....	5
4. Teoretisk bakgrund.....	6
4.1. Norrbottens läns landsting.....	6
4.1.1. Samarbete i Norr inom pre-hospital akutsjukvård.....	9
4.1.2. Gränslös vård (Rajaton-hoito), i Tornedalen.....	10
4.1.3. Övertorneå kommun.....	11
4.2. Definition av avancerade kliniska sjukskötarens roll	12
4.3. Avancerade kliniska sjukskötarens arbetsuppgifter.....	14
4.4. Övergripande verksamhetsmodell för AKS.....	15
4.5. Vårdprocessen.....	16
5. Tidigare forskningar.....	16
5.1. Betydelsen av en bra rolldefinition för AKS.....	17
5.2. Utbildningsprogram och schematisering av AKS.....	20
5.3. Utvärdering och erfarenheter av AKS.....	25

6. Metod	29
6.1. Urval.....	30
6.2. Dokument som datainsamlingsmetod.....	30
6.3. Dataanalysmetod.....	31
6.3.1. Kvantitativ och kvalitativ metod.....	31
6.3.2. Deskriptiv statistik.....	32
6.3.3. Innehållsanalys.....	32
7. Resultat	33
7.1 Antal besök till sjukskötaren.....	33
7.2 Antal besök till avancerade kliniska sjukskötaren.....	34
7.3. Kontaktorsak till sjukskötaren.....	35
7.4. Kontaktorsak till avancerade kliniska sjukskötaren.....	36
7.5. Besökens längd till sjukskötaren.....	37
7.6. Besökens längd till avancerade kliniska sjukskötaren.....	38
7.7 Sjukskötarens och avancerade kliniska sjukskötarens doku- mentation.....	39
7.7.1 Aktuellt.....	41
7.7.2 Allmäntillstånd.....	42
7.7.3 Bedömning.....	43
7.7.4 Diagnos.....	44
7.7.5 Åtgärd.....	46
7.7.6 Planering.....	47

8. Tolkning av resultatet.....	49
9. Kritisk granskning.....	51
10. Diskussion.....	52
LITTERATUR	55

1. Inledning

Inom vården sker ständiga möten med olika människor. Till utövandet av vårddyrket hör skapande och upprätthållande samt bedömning av vård förhållanden baserade på goda och trygghetsingivande relationer, främst till patienten men även till deras anhöriga och andra yrkesutövare i vården. (Fagerström, m.fl. 2011. S. 9-25.)

Att arbeta med människor innebär ett stort ansvar och därför finns det inom vårddyrkena flera riktlinjer och principer som hjälper vårdarna att handla rätt. I dagens situation får man som patient mindre och mindre tid för sitt läkarbesök, trots att läkare utexamineras mera än de någonsin har gjorts och patientantalet växer. Det finns inte kapacitet för den tid som man som patient egentligen skulle vilja ha hos läkaren. (Fagerström, m.fl. 2011. s.45.)

”Trots att säkerhet och personcentrerad omvårdnad länge varit hörnpelarna i den kliniska vården har sjukvårdslandskapet förändrats och det har dykt upp hot mot säker vård av hög kvalitet.” (Santamäki-Fischer, & Boman, Vård i Focus 3/2014)

Detta har gjort att man försöker hitta nya lösningar inom vårdarbetet och tagit modell från USA och övriga världen där Avancerad Klinisk Sjukskötare har funnits i flera årtionden. (Ruel, & Motyka, 2009)

”Varför ska läkarna ge sin tid åt att sköta ”minor illnesses” (mindre sjukdomar) när en fortbildad sjuksköterska kan göra det lika bra?”, (VBL 03.02.2015)

Undrade Lisbeth Fagerström i en intervju i Vasabladet 3.2.2015. Det var den frågan hon ställde sig för 10 år sedan när hon fick en idé om att införa Avancerad klinisk Sjukskötare (AKS) utbildningen i Vasa, Novia 2005.

I augusti 2014, träffade vi Elisabeth Eero och Lisbeth Fagerström på den internationella INC/APNN kongressen som hölls i Helsingfors. Hon berättade att de skulle börja med AKS mottagning i Övertorneå (ÖT) kommuns vårdcentral där hon är chef. Mari Huhtanen som studerar till AKS genom det nordiska programmet Geoproffs, skulle arbeta två dagar i veckan som AKS på akutmottagningen. Elisabeth var av den åsikten att man borde absolut undersöka kring nyttan av att ha en AKS i

vårdarbetet på akuten vid deras vårdcentral i Över Torneå, och om vårdarbetet skulle löpa smidigare.

Vi hoppade på förslaget om att göra en studie om detta, eftersom båda behövde komma igång med examensarbetet och var därför glada åt en beställning. Vi satte oss i bilen en söndag eftermiddag i mitten på september och körde iväg med GPS inställd mot Övertorneå. Där tillbringades två dagar med att se hur hälsocentralen och dess verksamhet var uppbyggd och framförallt med Mari för att följa hennes mottagning och få en inblick i vad syftet med studien skulle vara.

2. Syfte och problemprecisering

Syftet med denna studie är att göra ett utredningsarbete till Norrlandsläns landsting. Till utredningsarbetet hör att undersöka hur sjukskötarens (S) arbetsroll skiljer sig från avancerade kliniska sjukskötarens (AKS) arbetsroll vid Övertorneå kommuns vårdcentral.

Hur kan Avancerade Kliniska Sjukskötarrollen (AKS) utvecklas för att förbättra och trygga patientens vårdkontakt?

Vad är skillnaden i patientdokumentationen hos Sjukskötaren (S) och Avancerade Kliniska Sjukskötarens mottagning (AKS)?

3. Teoretiska utgångspunkter

Under teoretiska utgångspunkterna beskrivs Benners teori, från novis till expert. Även Fagerströms avancerade kliniska omvårdnadsteori redogörs för att läsaren skall förstå vårt tankesätt när resultatet redovisas i slutet av examensarbetet och då även speglas mot teoretikernas teorier samt tidigare forskning.

3.1. Benners teori, "från novis till expert"

Benners teori från novis till expert kommer att utgöra en grund i examensarbetet. Vi anser att hon på ett bra sätt förklarar stegen från att vara en nybörjare till att bli en expert på ett område så att man förstår. Hennes teori anses stöda vårt examensarbete genom att bl.a. skillnaderna undersöks på sjukskötarbesök och AKS besök.

Benner anser att när klinikern har utvecklat sitt praktiska arbete och hittar på nya förbättringar och förslag i sitt arbete, då har expertvetande uppstått. Hon menar även att erfarenhet kommer av att klinikern självmedvetet utmanar förväntningarna som finns av/på henne/honom. Det är därför som hon poängterar att erfarenheten är en av de nödvändigaste förutsättningarna för att kunna bli en expert. Hon anser att en erfaren sjuksköterska är också expert på sitt område på så vis att hon/han vet "varför" situationen blivit sådan och kan därför snabbt skrida till verket och ta itu med problemet utan att slösa tid på hypoteser om irrelevanta tänkbarheter. (Benner, 1997. s. 24-25)

Den kliniska kunskapen kommer med tiden och med erfarenheter. Dock är klinikerna oftast omedvetna om vad de har lärt sig genom sina erfarenheter. Som novis är arbetssättet oftast mycket regelstyrkt och stelt. Det svåra utgörs av att novisen saknar erfarenhet på området de står inför. Därför är det av stor vikt att man har uppgjort regler som handledning på vägen. När en ny utexaminerad sjuksköterska kommer till ett nytt kliniskt område har hon/han ingen uppfattning om innebörden som avser kontexten av de inlärdade fackorden från läroanstalten. Det skall dock poängteras att studeranden eller den nytexaminerade, är inte de enda som är novis på ett nytt kliniskt område. Varje nytt kliniskt område eller miljö för en sjuksköterska där hon saknar erfarenhet är för henne/honom ett område där hon/han är noviser. (Benner, 1997. s.36-39)

Enligt Benner är det avancerad nybörjare som följs efter novis. Redan under denna stadie, krävs lite erfarenhet för att själva eller med en handledares hjälp börja känna igen och urskilja återkommande beståndsdelar i en specifik situation. Hon/han har lite erfarenheter av riktiga situationer och med hjälp från handledaren kan hon/han identifiera aspekter som inte är helt objektiva. I det här skedet kan hon/han reglerna och man kan istället börja formulera handlings principer eller riktlinjer. Noviser och avancerade nybörjare har dock svårt att prioritera och uppfatta en hel situation utan de koncentrerar sig helt på sina regler och riktlinjer som de har fått lära sig på området. Det är därför viktigt att de får stöd och hjälp i kliniska sammanhang som är nya med

att prioritera, så att de börjar se de återkommande väsentliga mönstren i sitt praktiska arbete. (Benner, 1997. s. 39-40)

En sjukskötare som arbetat på samma område i cirka 2-3 år är ett bra exempel på en sjukskötare som har uppnått stadiet som kompetent, anser Benner i sin teori. Den kompetenta sjuksköterskan har en egen fastslagen strategi som utarbetats genom en analyserande eftertanke av ett problem. Som kompetent behärskar sjuksköterskan en situation som uppstått samt oförutsedda händelser. Men hon saknar dock den skickliges tempo och att anpassa sig i den oförutsedda situationen. Att hon/han har skapat en strategi som är typisk för denna "nivå", gör att hon/han arbetar mera verksamt och organiserat. Efter hårt arbete känns det som att alla frågetecken har klarnat. (Benner, 1997. s.40-42)

Den fjärde nivån kallar Benner för skicklig. Då upplever sjuksköterskan händelser som helheter istället för olika infallsvinklar och agerandet styrs av levnadsregler. Ett viktigt ord på den här nivån är förnimmelse/ varseblivning. Infallsvinkeln är inte mera uttänkt utan den grundar sig på erfarenheten på området, upplevda situationer och handlingsinstinkten uppstår helt enkelt av sig själv. Att se de långsiktiga målen och ta hänsyn till situationen och dess betydelse är ett sätt för den skickliga sjuksköterskan att agera. Tack vare denna yrkesegenskap kan hon/han snabbt se när den normala situationen förändras till det icke normala. Den här egenskapen är också ett viktigt verktyg för henne/honom när det gäller att fatta beslut. (Benner, 1997.s. 42-44)

Den femte och sista nivån enligt Benners teori är expert. Experten sätter inte sin egen tillit längre på regler och riktlinjer för att finna en lämplig åtgärd för den explicita situationen, utan hon/han kan nu uppfatta händelser instinktivt och börja agera utan att ödsla tid på alternativa diagnoser och ofruktbara lösningar. Experten agerar ofta utifrån den egna känslan och instinkten istället för att följa principer och utsatta regler. Om man frågar en expert varför hon/han gjorde så, kan man få ett svar som att "det kändes rätt". Känslan och instinkten har utvecklats av alla dessa stadier som experten genomgått för att bli expert och all den erfarenhet och olika situationer som hon/han upplevt på vägen. Experten känns igen på att de kan lösa komplicerade situationer och göra kliniska undersökningar och bedömningar på ett beaktansvärt sätt. (Benner, 1997. s. 44-47)

Benners teori är uppbyggd på en sjuksköterskas kunskap, men kan mycket väl betraktas som en avancerad klinisk sjukskötares kunskap, stadiet som skicklig och expert. Att AKS utbildningen kräver en vård utbildning på högskolenivå som grund och även flera års arbetserfarenhet, sätter sin prägel på och påvisar viktigheten i att sjukskötaren har uppnått skicklig nivån innan hon/han kan vidareutbilda sig till AKS.

3.2. Fagerströms teori på avancerad klinisk omvårdnadsteori i praxis

Enligt Fagerström är en vanlig strategi för avancerade kliniska sjuksköterskor (AKS) att satsa på olika former av samarbete, genom att förbättra, påverka, omforma sjukskötarens område. Till innovationerna hör förändring som blir aktuellt för AKS. AKS har en ledarskapsfunktion i de organisationer och sammanhang de arbetar i. De kan uppfattas som "förändringsagenter", som ständigt söker effektiva sätt att praktisera och förbättra produktionen av vård. (Fagerström. m.fl., 2011, s 187).

Fagerström säger i sina visioner att det innebär en genomgripande förändring med mental och attityd förändring men också i andra professioner och hos befolkningen. Med tanke på dagens krav och de behov som ställs på morgondagens hälso- och sjukvård behövs det innovativa förbättringar i serviceformerna. För att lyckas med implementeringsprocesser som gjorts i andra länder krävs det omstruktureringar och fördelningar av resurser. (Fagerström m.fl., 2011, s 429-431)

Enligt Fagerströms teori i klinisk omvårdnad genomför en AKS en klinisk status och fortsätter sen med en sorts process som kännetecknas av en cirkulär bearbetning som följer varandra genom att man undersöker parametrar som mäts, får resultat, vårdar och ger bedömning av respons som man har inhämtat. Värderingar görs i ett syfte att urskilja olika eller avvikande fynd från de normala.

Det är också viktigt att man i ett tidigt skede kan beakta potentiella och reella riskfaktorer från den ingående kliniska statusen. Den bedömning som görs stöds med teoretiska faktakunskaper, tidigare erfarenheter, samt riktlinjer som är gällande i vårdprogram med evidensbaserade forskning och vårdens helhetssituation.

De betydande diagnostiska vårdresultaten är den centrala delen i hela kliniska processen, som man fastställer genom olika särdrag och händelser i hela processen.

Därefter följer diagnos, behandling, råd för egen vård och åtgärder samt råd för vidare undersökningar. Man planerar olika mål både korta och långsiktiga som man också värderar och följer upp.

Patienten ges möjlighet att delta i vården och ge sin bedömning samt responsen av behandlingen för att säkerställa att informationen gått fram och man har fått en helhet i den kliniska processen. Patienten skall alltid uppmanas att söka vård igen om situationen försämras eller om förbättring uteblir. För att patienten skall komma i kontakt med rätt vårdnivå bör information garanteras. (Fagerström. m.fl., 2011, s. 241-242)

4. Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrunden kommer det att tas upp om Norrlandsläns Landsting, med närliggande landsgränser. Sjukhusen som är belägna där räknas upp i bild och text. I Övertorneå med omnejd har det pågått ett EU-projekt vid namnet "Vård utan gränser" som kommer att nämnas i examensarbetet. Ett annat samarbete som görs över gränserna i norr är "Avtal om gräns samverkan inom pre-hospital akutsjukvård" som även den kommer att beskrivas. Om Övertorneå kommun berättas kortfattat för att läsaren skall veta var utredningsarbetet har gjorts.

I utredningsarbetet har det tagits upp om rolldefinitionerna eftersom det fortfarande råder tvivel och oenigheter om arbetsuppgifter för AKS, och andra rollbenämningar. En belysning av en övergripande verksamhetsmodell för AKS ses över och vårdprocessen nämns också i AKS arbetsroll.

4.1. Norrbottens läns landsting

Norrbottens län är 25 procent av Sveriges totala yta och därmed Sveriges största län. Det är nästan 100 000 kvadratkilometer stort. Cirka en kvarts miljon eller 250 000 människor bor här. Det innebär att tre procent av Sveriges befolkning är norrbottningar och bor på en fjärdedel av landets yta. Norrbottens läns landsting har fem sjukhus i

länet, tre vid kusten och två i Malmfälten. *Gällivare sjukhus, Kalix sjukhus, Kiruna sjukhus, Piteå sjukhus och Sundeby sjukhus. (www.NLL.se)



Fig. 1 Landsgränser

Bilden ovan visar landsgränserna i norr mellan Norge, Sverige och Finland. Landsgränserna ger en sorts skiss hur området sträcker sig och var någonstans de ligger när vi nämner "Vård utan gränser". (www.nll.se/gränslösvård)



Fig. 2 Gällivare sjukhus



Fig. 3 Kalix sjukhus



Fig. 4 Kiruna sjukhus



Fig. 5 Piteå sjukhus



Fig. 6 Sundeby sjukhus



Fig. 7 Övertorneå vårdcentral

4.1.1. Samarbete i Norr inom pre-hospital akutsjukvård

I Norrbottens länslandsting, Sverige, Helse Nord RHF, Norge och Lapplands sjukvårdsdistrikt i Finland har man ingått ett samarbetsavtal f.o.m. första januari 2012. "Avtal om gräns samverkan inom pre-hospital akutsjukvård". Detta avtal inkluderar bemannade väg ambulanser, ambulanshelikoptrar samt övriga resurser inom pre-hospital akutsjukvård när en storolycka har skett eller när befintliga resurser inte räcker

till, eller vid livshotande sjukdomstillstånd hos en enskild medborgare när en resurs på nationsgränsen anses ha kortare insatstid. Det är larmcentralernas uppgift i respektive land (SOS alarm, R-AMK Tromsø och Alarmcentralerna) att bedöma insatsbehovet och alarmera berörda larmcentral för att begära hjälp av den andra nationen. (Persson m.fl. 2011 broschyr)

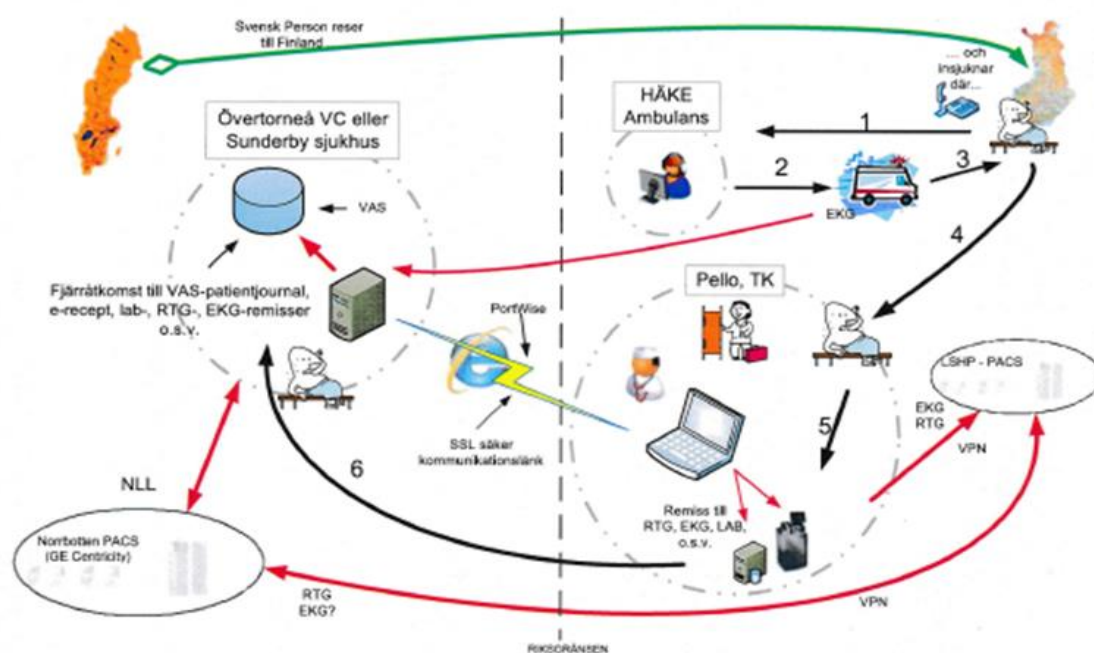


Fig. 8 Bild över Gränslös vård i Norrlandsläns landsting "akutfall och ambulansutryckning över riksgränsen"

4.1.2. Gränslös vård (Rajaton hoito), i Tornedalen

Samarbete över gränsen i Tornedalen har gjorts i över 30 år. "Gränslös vård – Tornedalen" är ett EU-projekt där Tornedalen med omnejd valts som pilotområde, ep-SOS, Smart Open Services for European Patients. Syftet med projektet är att utveckla ett fungerande system som kan användas i framtiden inom hela Europeiska Unionen. Projektet har utförts i två skeden. Skede ett påbörjades i januari 2008 och avslutades i juni 2009. Det gick ut på att få en överblick över hur vårdssituationen såg ut då och

komma på idéer och förslag till förbättring och sätta ett mål för hur man ville att samarbetet skulle fungera i framtiden på bästa möjliga sätt. De berörda vårdcentralerna träffades och hade möten flera gånger under tidsperioden och utarbetade olika grupper som skulle arbeta med de olika arbetsområdena (AO): n (AO1 Patient, fritt vårdval, AO2 Logistik (ambulans helikopter katastrof samverkan mm, AO3 Arbetssätt jourvårdplaner, mm, AO4 Diagnostik laboratorie, röntgen, ultraljud, mm, AO5 Utbildning terminologi, nätverk, mm, AO6 Informations- och kommunikationsteknik, AO7 Lagrum och ersättning, AO8 Kommunikation och spridning). (Gränslös vård delrapport I .2009 s. 2-12)

I skede två av vård utan gränser som pågick från januari 2010 till september 2011, koncentrerade man sig på att få allting att fungera som man ville. Praktiska saker som "live" videosändning till annan vårdcentral, rättigheter att läsa patientjournaler i annat land, elektronisk överföring av röntgenbilder mellan länderna, elektronisk överföring av labbsvar, undersökningar m.m., och infrastruktur, säkerställning av användarrättigheter o.s.v. (Gränslös vård delrapport 2. 2011.s. 8-10)

"Gränslös vård – Tornedalen" ingicks med Norrbottens Läns Landsting i Sverige och Länsstyrelsen i Lapplands län i Finland, och samarbetar nu för att vården av patienterna skall kunna ske tryggt och smidigt över landsgränserna utan fördröjningar, speciellt bland personer som t.ex. bor i ett land men som arbetar i det andra landet. Provtagningar, undersökningar, patientjournalerna och rutinkontroller har gjorts i ett sådant program som möjliggör att det kan öppnas och kontrolleras, läsas av vårdpersonal om behovet finns oberoende av i vilket land prover har tagits eller i vilket land patienten befinner sig. Detta gör att vården löper smidigt och man undviker dubbelt tagna prover och undersökningar eftersom allt finns till tillgängligt på respektive vårdenheter i båda landen. (Gränslös vård delrapport 2. 2011. s.10-19)

4.1.3. Övertorneå kommun

I Övertorneå kommun finns cirka 4800 invånare, varav en femtedel är invandrare. Övertorneå kommun finns i Norrbottens län i Sverige och gränsar till Pajala i norr, Överkalix i väster, Kalix i sydväst samt Haparanda kommun i söder. På finska sidan gränsar Övertorneå kommun med Pello och finska Övertorneå. I kommunen pratas

svenska, finska och "mieänkieli" (Tornedal finska). (sv.wikipedia.org/wiki/övertorneå_kommun/ www.overtornea.se/)

I Övertorneå kommun finns en vårdcentral som är öppen alla vardagar 8-17. Där finns även en akutavdelning som sköts av två sjuksköterskor nattetid och en undersköterska och en sjuksköterska dagtid. Där finns fem patientplatser. Dagtid är även ambulanssköterskan på avdelningen och hjälper till. Vårdcentralens akuta mottagning är öppen dygnet runt. Samjouren kvällstid och helger sker varannan vardagskväll/ natt och varannan helg tillsammans med finska Pello. Vid vårdcentralen har man "call-me" system dit man kan ringa under hela dagen, man knappar in sitt personsignum eller telefonnummer och får sedan en ungefärlig tid när man blir uppringd. Dit kan man ringa bl.a. för att få svar på laboratorieprover eller för att få en tid till läkare, sjuksköterska eller avancerad klinisk sjukskötare, AKS. På vårdcentralen finns även en ambulans. Ambulansföraren är i beredskap i hemmet. Övrig personal vid hälsovårdscentralen är diabetessköterska, röntgensköterska, laboratorie-sköterska, sjukgymnast, astma sköterska m.fl. (www.nll.se/sv/Halsa-och-sjukvard/Vardcentraler1/Overtornea-halsocentral/)

4.2. Definition av Avancerade Kliniska Sjukskötarens roll

Grundutbildningen för att bli sjuksköterska, är idag i flera länder en lägre högskoleutbildning, alltså på kandidatnivå, (bachelor). Det överensstämmer med Europeiska unionens riktlinjer för sjuksköterskeutbildningen. Advanced Practice Nursing (APN), är ett begrepp som täcker flera former av avancerad klinisk omvårdnad (AKO). En sköterska som utbildat sig inom "Advanced Practice Nursing" är alltså en Avancerad Klinisk Sjukskötare, (AKS). International Council of Nurses (ICN), har gett APN, d. v .s. AKS definitionen:

"en registrerad sjuksköterska som har det expertkunnande som krävs, den förmåga att fatta komplexa beslut och klinisk kompetens för en utvidgad arbetsbeskrivning, vars karaktär ska formas av sammanhanget och/eller det land i vilken hon har befogenhet att verka."

ICN:s rekommendationer är att AKS utbildningen sker på masternivå, d.v.s. på en högre högskolenivå/universitet. I internationell litteratur och forskningar, ser man

många olika benämningar för sjukskötare inom avancerade klinisk vård, t.ex. nurse practitioner, acute care practitioner, expert nurse, clinical nurse specialist, advanced practice nurse, nurse practitioner, specialist practitioner. (Fagerström, m.fl. 2011.s.25-30)

Avancerad klinisk sjukskötare (AKS) används för en sjukskötare som utövar omvårdnad på en avancerad nivå, nämligen avancerad klinisk omvårdnad. Definitionen av avancerad klinisk omvårdnad har sin startpunkt i sjukskötarens grundläggande kompetens och ansvarsområden, d.v.s. avancerade kliniska sjuksköterskans kompetens har fördjupats och utvidgats till att omfatta kunskaper och färdigheter för en avancerad klinisk bedömning och ett avancerat kliniskt beslutfattande samtidigt som traditionella ansvarsområden kvarstår och utvidgats. En avancerad klinisk sjuksköterska har därmed beredskap för en självständig professionell yrkesutövning. Tilläggskompetensen är att de systematiskt kan utföra en klinisk undersökning av patienten och utreda patientens hälsostatus och hälsobehov på ett fördjupat sätt. (Fagerström, m.fl., 2011.s. 25.)

Enligt nordisk definition är AKS en sjuksköterska med en avancerad klinisk kompetens som skall självständigt kunna bedöma, diagnostisera och omhänderta vanliga akuta hälsoproblem och hälsotillstånd samt ansvara för och hand ha uppföljning och vård av hälsoproblem. Hon/han kan systematiskt utföra en omfattande klinisk undersökning av patienten och utreda patientens hälsohistoria och hälsobehov på ett fördjupat sätt. Utgående från denna kliniska bedömning har man beredskap och förmåga att kunna fastställa patientens hälsobehov och utföra de omvårdnadsåtgärder och behandlingsinsatser som krävs. AKS kan även ordinera undersökningar och ordinera medicinering(om lov finns), remittera samt skriva in och ut patienter, d.v.s. ge en helhetsmässig omvårdnad. Hon/han skall kunna ansvara för, leda och koordinera hälsoförordnande och hälso befrämjande arbete. Andra viktiga kompetensområden är etiskt beslutsfattande, samarbete, konsultation, patientorganisering, ledarskap, forskning och utveckling. En avancerad klinisk sjuksköterska har en grundutbildning som sjuksköterska, tillräcklig arbetserfarenhet samt en utbildning motsvarande mastergrad inom avancerad klinisk vård. (Fagerström, m.fl. 2011.s. 98-99)

I en internationell enighet har man kommit fram till fyra undergrupper till paraplyet "AKS",/ "Advanced Practice Nursing": 1. Clinical Nurse Specialist, 2. Barnmorskor, 3.

Anestesisjuksköterskor, 4. Nurse practitioners. Tanken är att samarbetet fungerar, samt att öka informationsöverföringen mellan regionens olika sjukvårdsaktörer. (Fagerström, m.fl. 2011.s. 80-81)

4.3. Avancerade Kliniska Sjukskötarens arbetsuppgifter

AKS ingår som en del av vårdteamet i samarbetet med sjuksköterna och läkarna, där läkaren stödjer och undervisar. Konsultation med läkarna, gör att vårdarna kan ge en trygg vård. En aspekt är att en AKS måste sköta all provtagning själv, sy sår utan assistans och ingen av patienterna är förundersökt. Det är ett vanligt förekommande fenomen som ser ut att höra till AKS – modellen, men som naturligtvis bör utvärderas. En utmaning kan vara att få en redan stressad läkare konsulterad för att få en patient sjukskriven, få recept utskrivet och få just den aktuella patienten utskrivet från juren. Problem kan uppstå då en patient med svårare sjukdomar är bokade till AKS mottagningen som inte helt eller delvis kan skötas av AKS. Det är därför viktigt att kunna utveckla ett smidigt och relevant system för bättre samarbete med läkarna i den aktuella vårdkedjan.

Betydelse av ett teamarbete för att kunna utveckla patientens vård och behandling samt att effektivisera verksamheten är stor och kan inte nog markeras. En AKS ska kunna fungera som ledare och utbildare på den egna enheten. Men de ska även kunna ta hand om hela organisationens behov av vidareutbildning och kompetensutveckling inom sitt område.

Särskilt runt den akuta sjukvården sker utvecklingen snabbt och forskningen går fort framåt och nya metoder för vård och medicinering införs i allt snabbare takt. En AKS bör hålla sig uppdaterad och föra kunskaperna vidare, liksom det naturligtvis är arbetsplatsens och varje sjukskötares ansvar att hålla sig uppdaterad med aktuell forskning inom området. De som söker vård har rätt att få den utmärkta vården enligt patientens önskan och de resurser organisationen har.

En AKS bör ha beredskap att leda vården och verksamheten och fungera som konsult för övrig vårdpersonal. Andra uppdateringar som kan höra till en AKS är organisationens beredskapsplaner, samt att ordna skolningstillfällen för hela personalen. En klar fördel med att överföra en del av patientströmmen till AKS gör att

det blir en bättre tillgänglighet till vård och behandling, samt kortare väntetider för patienterna. (Fagerström, m.fl.,2011. s. 269-271)

4.4. Övergripande verksamhetsmodell för Avancerade Kliniska Sjukskötaren

Centralsjukhuset i Vasa har varit en föregångare då det gäller sjukskötarledd mottagningsverksamhet. Sjukskötarmottagningar för hjärt, njur- och diabetespatienter inleddes redan på 1970-talet. Att höja utbildningsnivån bland de sjukskötare som har egen mottagning och rätt långt självständigt har hand om olika patientgrupper blev en hederssak för Vasa Central Sjukhus (VCS), 2008-2012 när de skrevs in i organisationen. Under den tiden inrättades fem specialistsjukskötarbefattningar, per år med kompetenskrav högre yrkeshögskole-examen. AKS är en helt ny yrkesgrupp och skall inte sammanblandas med tidigare specialistsjukskötare i expertfunktion. En AKS är en legitimerad sjukskötare som har en högre yrkeshögskoleexamen (90sp) som medför de egna professions- och vetenskapsområdet. Alla AKS har eller kommer att ha en egen specialutarbetad verksamhetsmodell speciellt anpassad till den egna organisationen. Patienten skall ha den största nyttan av verksamhetsmodellen och uppleva att vården är professionell, kvalitativt bra, trygg och lätt tillgänglig.

Till AKS arbetsuppgifter och ansvarsområden enligt VCS modell hör;

- * intervju av patientens hälso och livshistoria, - patientanalys
- * kliniska undersökningar av patienten
- * tolkning och bedömning-kliniska beslut
- * bedömning av patientens vårdbehov och att hänvisa till rätt vårdnivå/vårdgivare.
- * vårdplanering
- * vård handling, vårdaktivitet
- * undervisning
- * handledning
- * utfärdande av intyg

* begränsad rätt att ordinera mediciner

* Utvärdering

* dokumentation

(med beaktande av lagar och organisatoriska beslut)(Mannevaara, 2010.s. 2-5)

4.5. Vårdprocessen

Vårdprocessen som AKS utgår ifrån när hon/han tar emot en patient, börjar med fallbeskrivning. I fallbeskrivningen går AKS genom tidigare hälso och medicinsk historia, tar upp all relevant persondata bl.a. mediciner, allergier och levnadsförhållanden. AKS gör en klinisk status, vårdbedömsbedömning av patienten samtidigt som hon/han iakttar och lyssnar. Till patienten ger man tid att kunna berätta med egna ord om insjuknandet. Efter det gör AKS en grundlig fysisk undersökning genom auskultering, perkutering och palpering kontrollerar vitala tecken och noterar mätresultat. (Ackley & Ladwig, 2011.s. 1-4)

När vårdbedömsbedömningen är gjord, ställer AKS en diagnos eller "nursing diagnos" baserat på de data som hon/han samlat in. Efter fastställd diagnos börjar AKS planeringen av vården och genomförandet. Hon/han funderar över åtgärder som behöver göras som t.ex. påbörjan av behandling, medicinering, och eventuella tilläggs laboratorieprover samt undersökningar. Genomförandet börjar när AKS har en plan för hur hon/han skall gå till väga. Efteråt kan AKS göra en uppföljning och utvärdering vid t.ex. ett inbokat återbesök eller tid till läkare. (Ackley & Ladwig. 2011.s. 1-4)

5. TIDIGARE FORSKNINGAR

För att ge en bättre överblick har vi valt att sätta in tidigare forskning under en egen rubrik i examensarbetet. Forskningarna har grupperats enligt syfte och resultat. Forskningarna går ändå in i varandras syften till en del eftersom syftet ibland har varit sammansatt av flera aspekter. Längre fram i examensarbetet kommer hänvisningar att göras till tidigare forskning, när resultatet för den här studien redovisas.

I första gruppen av tidigare forskningar läggs vikten på att ha en bra och stark rollbeskrivning och rolldefinition för att övriga kollegor, samarbetspartners skall kunna ta till sig AKS, och deras arbetsuppgifter på ett bra sätt.

5.1. Betydelsen av en bra rolldefinition för Avancerad Kliniska Sjukskötaren

En grupp forskare från Australien har gjort en studie vars syfte var att påvisa betydelsen i att tillhanda hålla en meningsfull rolldefinition av klinisk avancerade sjukskötare, AKS och klarhet för att förbättra internationella standarder av sjukvårdarnas titlar och dess tillämpningsområde i praktiken. En stor mängd internationell litteratur finns som diskuterar definitionen av avancerade kliniska sjukskötaren och deras medverkan till framförande av hälsovården i olika länder. Emellertid, bristen på överenskommelse angående titeln, roll beskrivning och yrkets tillämpningsområde kvarstår.

Studien gjordes som en litteraturstudie som undersökte artiklar skrivna i ämnet mellan åren 1995-2010. Alla artiklar var på engelska. Den här Studien understöder behovet av att förstärka AKS:s roll i hälsovården och professionell tydlighet är ett sätt som är identifierat för att nå detta. Mycket arbete har redan gjorts för att förstärka rolldefinitionen av AKS men mycket arbete återstår ännu. Även om bevis finns för att "Advanced practice nursing roles" ökar internationellt, återstår fortfarande osäkerhet i rollens tydlighet. (Lowe, m.fl. 2011)

I USA har man gjort en studie genom att analysera och klargöra begreppsmässiga principer för avancerad vård. Denna begreppsanalys är en större förståelse för den konceptuella grunden för avancerade metoder omvårdnad i ett försök att få klarhet, internationell sammanhållning, extern legitimitet och acceptans för APN roller i samhället och andra vårdyrken. Termen avancerade metoder omvårdnad dök först upp i omvårdnadslitteraturen under 1980-talet. Avancerad praktisk omvårdnad representerar framtidens gränser för sjukvårdspraxis. American Association of Colleges för omvårdnad (1996) definierar avancerade praktiska sjuksköterskor som licensierade registrerade sjuksköterskor framställda på forskarnivå inom omvårdnad som sjuksköterske utövare, klinisk sjuksköterske specialist, certifierad sjukskötare barnmorska, eller bestyrkt sjuksköterska i narkos för att ge direkt patientvård.

Men ändå verkar det vara en enorm kunskapslucka inom vård och samhället när det gäller avancerad praxis omvårdnad. De ofta missriktade tolkningar i samhället när det gäller syftet med APN utgör ett hinder som hindrar ett fullständigt genomförande av avancerade metoder omvårdnad och minska den påverkan som APN kan göra på hälsa och behandlingsresultat.

Det finns ett behov av avancerade omvårdnads metoder som definieras tydligt för att hjälpa till att få förståelse och acceptera ytterligare av dessa avancerade omvårdnads roller i samhället och andra vårdyrken. Det kommer också fram i studien att det är av stor vikt att värdera lämpligheten för ett praktiskt omvårdnadskoncept för att kunna använda det. (Ruel, & Motyka, 2009)

Den senaste tidens överflöd av nya omvårdnads roller i Storbritannien har lett till stor förvirring i medvetandet hos sjukvårdskonsumenter, arbetsgivare, omvårdnads utövare och pedagoger om innebörden, omfattning, praxis, förberedelse för och förväntningar på sådana roller.

Följaktligen har sjukvårdspraxis blivit mer varierad än någonsin tidigare och gränserna för mellan och inom yrkesutövningen blir allt otydligare. Många av frågorna rör kärnverksamhet, omvårdnad, delegering av medicinska arbetsuppgifter, roll förlängning, roll expansion och, på senare tid, roll utveckling. Det är allmänt accepterat i Storbritannien att omvårdnad innebär att främja hälsa, förebygga sjukdom, vård av sjuka, och rehabilitering. (Daly, & Carnwell, 2003)

Avancerad praxis omvårdnad (APN) representerar framtidens gränser för sjukvårdspraxis och professionell utveckling. Det är ett sätt att se på världen som möjliggör ifrågasättande av rådande praxis, skapande av nya vårdrelaterad kunskap och förbättrad leverans av omvårdnad och hälso- och sjukvårdstjänster. Därför är fortsatt utveckling av APN, en roll utveckling, genomförande och utvärdering beskrivs, och rekommendationer för det framtida införandet av APN roller föreslås. Förvirring om rollerna är tydligt i missbruk av termer, inkonsekvent textning och utbildnings preparat och varierande tolkningar om syftet med APN roller. Avancerad sjukvårdspraxis beskriver arbetet, eller vad sjuksköterskor "to do" i rollen. Det finns ingen enhetlig definition, men avtal om avancerade sjukvårdspraxis ökar traditionell omfattning i omvårdnad och det innebär mycket självständig praktik som maximerar användandet

av vårdrelaterad kunskap och bidrar till utveckling av yrket. (Bryant-Lukosius, m.fl. 2004)

I en studie gjord i Irland 2004 var syftet att fastställa attityden bland sköterskor och läkare gentemot utvecklandet av avancerade kliniska sjukskötare, AKS, på en akutvårdsavdelning. 25 akuta sköterskor, 13 akutvårdsläkare och 69 allmänläkare deltog i studien. De svarade på en enkät, där man även fritt fick formulera tankar och funderingar kring utvecklandet av AKS på akutvårdsmottagningar.

Svarsprocenten var ca.75%. Det visade sig att de flesta var i det stora hela positiva till att utveckla AKS tjänster på akutvårdsmottagning. De som tyckte att det var mindre positivt var allmän läkare. Den främsta skillnaden som framkom fanns mellan akutvårdspersonal och allmänläkare. Utav detta kunde man dra slutsatsen att det är väldigt viktigt med existerande angivna rollbeskrivningar och klara riktlinjer för AKS arbetet redan i deras utbildning. (Griffin & Melby, 2005)

Omstrukturering i sjukvården har lett till ökad efterfrågan på avancerad omvårdnads (APN) roller. Dessa roller fokuserar på att tillgodose patientens vårdbehov genom att maximera användningen av vårdrelaterad kunskap och färdigheter och förbättra tillhandahållandet av vård- och sjukvårdstjänster.

APN roller kräver forskarutbildning, involverar autonoma och avancerad praktik samt inkluderar flera domäner relaterade till klinisk praxis, utbildning, forskning, kompetensutveckling och ledarskap. Denna forskning beskriver ett ramverk för att styra en framgångsrik utveckling, genomförande och utvärdering av APN roller som innehåller en strategi för att införa ny vårdpersonal. I kanadensiska sjukhus rekommenderar man att: identifiera patientens behov, samarbeta med läkare, bestämma typer av anställningar, definiera omfattningen av praktiken, som standarder och utveckla protokoll, ger utbildningsprogram, utvärdera effekten, och avgöra behovet av framtida positioner.

Ramverket har framgångsrikt använts för att introducera flera APN roller i Kanada. De omfattar följande steg: etablera nya roller, definiera rollen, utvärdera säkerhet, effektivitet och ekonomisk roll, samt bedöma effekten av vårdkvalitet, patient acceptans och tillfredsställelse. Utvärdera vårdgivare, bestämma triage av patient om annan vårdgivarfunktion och övervaka långsiktiga resultat, till att ytterligare omfatta ett

steg för att utveckla och utvärdera utbildningsprogram som är specifika för den nya rollen.(Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Peer review (referensgranskning) är en integrerad del av självreglering och yrkespraktik, för sjuksköterskor. Den amerikanska Nurses Association (1988) har länge föreslagit att sjuksköterskor med liknande rang och klinisk kompetens bör genomföra utvärderingar. Traditionellt har peer review för APN drivits av kvalitetssäkring. Diagram används ofta för att övervaka efterlevnaden av institutionella normer och politik, avgör vårdkvalitet, och utvärdera kliniska färdigheter. Peer review har också använts för att utvärdera professionella insatser och att ställa personliga och professionella mål. Utvecklingen av en peer review process som uppfyller behoven för APN över flera specialiteters vård och övningssituationer kan innebära en utmaning. APN i Arizona är licensierade som oberoende utövare i detta speciella Arizona sjukhus, men de är kvalificerade som allierad vårdpersonal som arbetar i samarbete med en övervakande läkare. Vid detta sjukhus närvarade cirka 60 APN i en mängd olika specialområden och övningssituationer. Från denna grupp, har en arbetsgrupp bildas för att utveckla en peer review process som var specifik för APN.(Kenny, 2008)

5.2. Utbildningsprogram och schematisering av Avancerade Kliniska Sjuksköterskan

Under denna grupp samlades de forskningar som tog upp AKS och uppbyggnaden av utbildningen, samt andra studier inom samma yrkeskategori. Även en inblick i när de olika utbildningarna kom till Norden tas upp.

I den med att börja utbilda nurse practitionerer i Sverige fick sin början 1992 när ÅDEL-reformen trädde in och ändrade distriktssköterskans roll och arbetsförhållanden. Efter flera års bearbetning, startade Högskolan i Skövde hösten 2002 ett projekt i syfte att skapa ett program för vidare utbildning av specialistsjuksköterskor till avancerad specialistsjuksköterska/ nurse practitionerer. Socialstyrelsens krav på utbildningen var att;

”Utbildningen måste ha en grundlig inriktning på diagnostik och behandling med betoning på sjukdomslära, farmakologi och undersökningsteknik.”

Skaraborg utförde ett studiebesök till St. Martins Collage, Carlisle i Storbritannien där man gjorde intervjuer av patienter och kliniska auskultationer hos nurse practitioners och allmänläkare. Patienterna upplevde att de hade möjlighet att ta upp flera problem än vad man sökte för och att de fick mera tid att diskutera helheten med en Nurse practitioner än med läkaren. Utbildningsprogrammet i Sverige, Högskolan i Skövde påbörjade utbildningen av Avancerad specialistsjuksköterska i primärvården augusti 2003. (Hallman & Gillsjö, 2005)

Behovet av AKS i Finland och dess utvecklingsprocess var syftet med en studie som gjordes på västkusten vid ett centralsjukhus och tre hälsocentraler år 2004. Omorganiseringen i den Finska sjukvården och dess service har krävt att en ny struktur skall göras upp kring vårdarnas ansvar – och vårdområden i förhållande till deras examen – och utbildning.

Man kunde konstatera på basen av materialet att AKS behövs för effektivare och kunnigare uppföljning av patienter med kroniska sjukdomar som t.ex. kranskärslssjukdom, diabetes, mentala problem. AKS skulle även vara en viktig länk i akutvården av patienter genom att göra en första bedömning, beställa laboratorieprov och röntgen om en patient t.ex. har pneumoni. AKS skulle även fungera bra inom familjevården genom att ge stöd och råd vid familjeplanering.

Avdelningssköterskorna som deltog i studien klargjorde deras förväntningar på AKS. AKS skulle ha arbetserfarenhet, kompetens inom evidens- baserad vård, vara kapabel att arbeta självständigt. Utgående från detta utvecklade man en utbildning på magisternivå, 90 sp som startade hösten 2006, med fokus på preventiv vård, akut hälsa – och sjukvård och uppföljning av patienter med kroniska sjukdomar. (Fagerström, 2009)

En annan studie som gjordes under samma år i Vasas sjukvårdsdistrikt med syfte att ge en överblick över utvecklingen av expertsjukskötar utbildningen vid Svenska yrkeshögskolan, SYH, i Finland, byggde på projektpengar från utbildningsministeriet för att kunna utveckla expertsjukskötar utbildningen i Österbotten. Utbildningen är jämförbar med internationella utbildningen till Nurse Practitioner.

Undersökningen utfördes i två skeden för att kartlägga behovet av expertsjukskötare inom primärhälsovården och specialistsjukvården. I första skedet delades en enkät ut åt

42 informanter som bestod av överskötare, avdelningsskötare och ledande läkare i regionen. I andra skedet deltog 46 sjukskötare/hälsovårdare med någon form av expertkunnande eller specialfunktion. Dessa deltog i nio fokusgruppintervjuer, där man försökte få en djupare förståelse för vilka områden som behövde expertsjukskötare och vilka kunskaper en expertsjukskötare borde inneha.

Utvecklingen av utbildningen resulterade i teoretiska och kliniska studier, sammanlagt 60 studiepoäng, varav 45 sp, bestod av farmakologi, anatomi, fysiologi, sjukdomslära och diagnostik, vårdutveckling och vårdforskning. 15 sp består av praktik på hälsoinrättningar och praktiska övningar i klass. Utbildningen startades hösten 2005 vid svenska yrkeshögskolan i Vasa. (Fagerström & Åberg, 2005)

Genom att beskriva bakgrunden till sjuksköterskeutbildningen och AKS utbildningen i Norden, gav det en grund för Norge till initiativet till AKS utbildning i klinisk praxis. I Norden är sjukskötarutbildningen ganska lika, tre - fyraårig utbildning på högskolenivå. Men en magisters examen inom klinisk vård är ganska nytt i Norden, förut har det endast funnits magister nivå inom tekniska sektorn och inom pedagogiken. Det nya inom Norden är att man kan som t.ex. sjukskötare, hälsovårdare, röntgenskötare vidare utbilda sig på universitetsnivå och få en magister examen. I Norden är AKS utbildningen ganska ny, bl.a. i Finland, Vasa startade första expertsjukskötarutbildningen 2005, i Sverige, Skövde 2003. I Norge vid Institutionen för vårdforskning, upprättad av Universitetet i Oslo startades en treårig utbildning; avancerad klinisk vård med inriktning på kliniskt kunnande, evidens baserad klinisk vård inom hälsovård och utbildning år 1996. (Hamilton, m.fl. 1998)

En studie genomfördes mellan februari och september 2008 i Delphi, genom att man ingick tre faser för att utveckla en operativ ram som skulle klargöra avancerade omvårdnadsrollerna. Expertpanelen bestod av 10 sjuksköterskor från den akuta vård enheten: 3 kliniska sjuksköterskor, 3 avdelningsskötare, 2 översköterskor, 2 distriktskötare i omvårdnad och 2 representanter från gemensam omvårdnad.

Det fanns också två områdesmedlemmar från en akademisk miljö, en från en yrkesorganisation och en från en industriell avdelning. Några medlemmar representerade mer än ett område. Valideringen av ett verktyg som visar avancerad omvårdnad är avgörande för lämplig spridning av avancerade praktiska sjuksköterskor. Även om de flesta länder har nu tydliga definitioner och

kompetensstandarder för sjuksköterskor, finns ingen sådan klarhet för många avancerade sjuksköterskeroller. Vilket gör att vårdgivaren lämnar osäker om deras servicebehov kan eller bör tillgodoses genom en avancerad sjuksköterska eller sjuksköterske utövare. (Chang, m.fl. 2010)

Nieminen, Mannevaara och Fagerström diskuterade i en studie om klinisk avancerade sjukskötare, hur de uttrycks i kliniska exempel. Diskussion om avancerad klinisk praxis har pågått i USA sedan 1960-talet och i Storbritannien sedan slutet av 1980-talet. Cirka 24 länder, exklusive USA, har förverkligat rollen för klinisk avancerade sjukskötare. I de nordiska länderna, särskilt Sverige och Finland, har APN införts i vissa organisationer men deras kompetens områden har ännu inte klart definierats.

Studiens teoretiska ram härrör sig från Aristotle's tre-dimensionell syn på kunskap. Mellan oktober 2005 och 2006 gjordes fokusgruppsintervjuer av kliniska sjuksköterske specialister som tillhandahåller expertfunktioner inom pediatrik, inre medicin, och kirurgiska enheter (n = 26) och APN studenter (n = 8). Resultaten tyder på att APN:s har avancerad klinisk kompetens nivå på: (A) bedömning av patientens vårdande behov och sjuksköterskevård, (B) den vårdande relationen, (C) multiprofessionellt teamarbete, (D) Utveckling av kompetens och omvårdnad, och (E) ledarskap i en lärande och vårdande kultur.

Kliniska kompetensen består av avancerade färdigheter, som kännetecknas av en växande roll som erbjuder nya möjligheter för holistisk vård praktik. APN utövar praktik som präglas av ansvar och kompetens i att göra självständiga bedömningar baserade på utvidgad klinisk kompetens. På avancerad nivå, består klinisk kompetens inte bara av avancerade färdigheter för att bedöma och tillgodose behoven hos patienter, men också skapandet av säkra och förtroendefulla relationer med patienter och samarbete med kollegor. APN kan realisera avancerade färdigheter i sina handlingar genom deras sätt att veta, att göra, och att vara. (Nieminen, m.fl. 2011)

Under flera år av omvårdnad har man försökt att ha som grundtanke, avancerad sjukvårdspraxis från en professionell och pedagogiskt perspektiv. Syftet med denna studie är att beskriva ett nationellt policydokument för avancerad omvårdnad och barnmorskeyrket, att lyfta fram de viktigaste komponenterna i en pedagogisk ram för praktiken och att överväga framgång av den avancerade sjukvårdspraxis roll.

I rapporten från kommissionen om omvårdnad (Irlands regering 1998) identifieras att marknadsföringsmöjligheter bör finnas tillgängliga för sjuksköterskor och barnmorskor som vill stanna kvar i klinisk praxis, därmed rekommendera en klinisk karriärslinje från registrering till avancerad praktik.

Den snabba förändringen av hälso- och sjukvården, finansiella begränsningar och konsumenternas efterfrågan har påverkat utövandet av alla vårdutövare och är kritiska faktorer i framväxten av den avancerade praxis roll i omvårdnad. Dessutom har sjuksköterske pedagoger börjat analysera, kommunicera och utveckla läroplaner i ett samarbetsprojekt och partnerskaps modell med möjligheter till förändring. Läroanstalterna har ett ansvar för att ge program som kommer att utbilda och utveckla ANP och har en positiv effekt på patienten/klientens krav.(Furlong & Smith, 2005)

Världshälsoorganisationen (WHO) utarbetade år 2003 fram tio undervisningsplaner för tilläggsutbildning i kliniskt vårdarbete. I tolv av EU:s medlemsländer ordnades år 2013 sammanlagt 39 olika program för specialiseringsutbildning i kliniskt vårdarbete. Femton av dessa ordnades i minst fem länder. Utgående från denna utredning och tidigare utredningar framläggs ett förslag till en referensram för tilläggsutbildning i kliniskt vårdarbete, som består av sex orienterande studiehelheter som ingår i sjukskötarexamen och tolv specialiseringsutbildningar i kliniskt vårdarbete. Dessutom framläggs förslag till att utarbeta enhetliga kompetensbeskrivningar för tilläggsutbildningarna, fastställa praxis för säkerställandet av kompetens, fastställa inträdeskrav, skapa nya strukturer för lärande i arbetet, registrera specialkompetens och samordna specialiseringsutbildningarna.

Syftet i rapporten är att ta fram information och olika alternativ för genomförandet av Kaste-programmet och på detta sätt främja likvärdiga möjligheter till specialiseringsutbildning för högskoleutbildade och stärka specialiseringsutbildningens möjligheter att tillgodose arbetslivets behov, tilläggsutbildning i kliniskt vårdarbete samt nuläge och nya utvecklingsförslag. (Vallimies-Patomäki, 2012)

Den pågående yrkeshögskolereformen syftar till att skapa nya lösningar för att ordna och finansiera tilläggsutbildning. I Kaste - programmet för åren 2011–2015 ingår skapande av specialiseringsutbildningar för social- och hälsovårdsområdet. Dessutom reformeras innehållet i sjukskötarutbildningen inom det nationella utvecklingsprojektet.

Dessa åtgärder skapar underlag för utveckling av kompetensen hos dem som utför vårdarbete genom nya specialiseringsutbildningar för att svara mot de föränderliga kompetensbehoven inom den nya servicestrukturen.

Denna rapport baserar sig på en utredning om ordnande av tilläggsutbildning för kliniskt vårdarbete i Finland och internationellt som gjorts vid social- och hälsovårdsministeriet. Yrkeshögskolorna ordnade under åren 2009–2013 specialiseringsstudier i kliniskt vårdarbete inom 30 specialiseringsområden. Därutöver har man inlett tilläggsutbildning i pre-hospital akutsjukvård på vårdnivå och utbildning för begränsad förskrivningsrätt vilka bygger på förordning samt utbildning för klientansvariga som baserar sig på programmet, Fungerande hälsovårdscentraler. Under åren 2007–2013 ordnades 10 % av alla yrkesinriktade specialiseringsstudier i kliniskt vårdarbete inom varje specialupptagningsområde och 35 % endast inom ett specialupptagningsområde.

5.3. Utvärdering och erfarenheter av Avancerad Kliniska Sjukskötaren

Här har vi samlat de studier som har haft som syfte att utvärdera AKS i teorin och i praktiken. Det innebär att andra yrkesgrupper har utvärderat samarbetet med AKS, och hennes/hans arbetsuppgifter. Även AKS själv har utvärderat sin nya arbetsroll.

I Sverige gjordes en studie genom att undersöka och beskriva erfarenheterna för de första avancerade specialistsjukskötarna som utexaminerats, och som arbetade i öppna vården samt deras handledning av allmänläkarna.

Deltagarna i undersökningsgrupp ett bestod av de fyra första utexaminerade AKS från Skövde universitet år 2005 som arbetade i primärvården. Den andra undersökningsgruppen bestod av de allmänläkare som har under tiden handlett AKS i deras arbetsuppgifter och fungerat som konsult i olika frågor.

I resultaten kunde man påvisa saker som att AKS kände sig trygg när hon hade en allmän läkare att rådfråga om det behövdes. Att föreskrivnings rätt för vissa mediciner och remisskrivning skulle ha kunnat göras av AKS för att snabba vårdprocessen eftersom det oftast hade ordinerats klart men att en läkare var tvungen att skriva under remissen eller receptet för att det skulle godtas. Man kunde även påvisa att

läkarbesöken minskade eftersom patienterna fick flera saker omsköta under besöket hos AKS vilket resulterade i att de inte behövde söka sig till läkare flera gånger och inom kort tid igen.

AKS skall dock inte ses som en ersättare för allmän läkare, utan som ett värdefullt komplement till hälsa – och sjukvården. På det sättet att allmän läkaren får mera tid åt att koncentrera sig på medicinska delen och mera komplicerade fall medan AKS har möjlighet att utveckla sin kompetens och fördjupa sig i hälsa och sjukvård.

Det som dock begränsar forskningen är att det endast deltog ett fåtal färdiga AKS som arbetar i primärvården. (Lindblad m.fl. 2010)

Vid yrkeshögskolan Novia i Vasa inleddes i januari 2005 en specialiseringsutbildning för klinisk expertsjukskötare (KES). Utbildningen fokuserades på klinisk kompetensutveckling hos sjukskötarna för att utvidga deras kompetens och professionella yrkesutövning. Syftet med studien var att beskriva och utvärdera den för finska förhållanden nya kliniska expertsjukskötarrollen utifrån ett personligt och organisatoriskt perspektiv.

I studien använde man sig av en kvalitativ explorativ ansats med utgångspunkt i intervjuer. Informanterna bestod av samtliga 17 utexaminerade KES i december 2006, alla kvinnor. Man analyserade intervjuerna utifrån innehållsanalys och kategoriserades. De tre kategorierna som framkom var (1) arbetets innehåll, (2) påverkan i arbetet och (3) erfarenhet av stöd med därtill hörande kategorier.

En tredjedel av informanterna upplevde att deras arbetsuppgifter inte hade förändrats, detta gällde främst de som arbetade i specialistsjukvården. De flesta hade inte heller fått officiellt ökade befogenheter i sitt arbete.

Sex av sjutton beskrev att de hade fått en mera självständig arbetssituation, där flera hade egen mottagning och kunde göra en klinisk bedömning av egna patienter. Tolv av 17 ansåg att de hade fått ett större ansvar, däribland även de som inte arbetade på egen mottagning eller hade egna patienter.

Kunskaperna och kliniska färdigheterna hos KES hade ökat och en betydande utveckling hade skett. KES kunde och vågade mera, de beskrev även att de hade fått ett vidare patientperspektiv och förändrat tankesätt. I stort sett alla KES upplevde en

ökad arbetstillfredsställelse efter utbildningen, de upplevde arbetet som roligare och meningsfullare eftersom de kunde mera.

Expertsjukskötarens arbetsuppgifter ansågs något diffusa av KES själva och även av kollegorna. Av kollegorna upplevdes KES utbildning som en "miniläkare" utbildning och rollen som KES uppfattades både som negativ och positiv av andra. En del upplevde t.o.m. att de hade uteslutits ur arbetsgemenskapen. (Glasberg m.fl. 2009)

Syftet i den här studien var att utforska och beskriva översköterskornas erfarenhet av rollen som avancerad klinisk sjukskötare, AKS. Eftersom de första utexaminerade AKS år 2006 i Finland var 17 till antalet och de arbetade på sju olika vårdenheter med olika definierade AKS uppgifter, så intervjuade man sju översköterskor från alla de olika vårdenheterna. Intervjun ägde rum ett år efter integreringen av AKS rollen i vårdarbetet.

I resultatet framkom att alla översköterskor var överens om betydelsen av AKS rollen vid deras vårdenhet. AKS:s verksamhetsområde inkluderar ett mera självständigt och autonomt arbetssätt än sjukskötare. AKS är en värdefull tillgång i vården av kroniskt sjuka patienter och akutsjuka patienter. En viktig sak som framkom var att man ska informera annan personal och patienter om AKS:s roll, arbetssätt, kunskap, klar rolldefinition och ansvar. (Fagerström & Glasberg, 2011)

En studie med syfte att kritiskt granska och analysera konceptet avancerad klinisk sjukskötare, AKS, och förevisa en uppfattning av utvecklingen i rollen som avancerad klinisk sjukskötare i Irländskt kontext, gjordes år 2003-2005 vid the Faculty of Nursing & Midwifery, Royal college of surgeons i Irland. Den gjordes som en litterär studie för att ta upp diverse naturligt förekomna frågor inom detta koncept. I England har AKS konceptet funnits sedan 1980-talet. I Irland har det funnits sedan 1990-talet.

Det kom fram att det finns massor med bevis som tyder på att AKS har medfört en betydlig förbättring av resultatet i patientvården. Det konstaterades även att AKS har en värdefull roll, för att på ett fördelaktigt sätt, bidra till att minska klyftan som finns inom hälso- och sjukvården tack vare effektiv kommunikation och konsultation, holistiskt patient-centrerad förhållningssätt, råd för hälsa och fostran och regelbundna efterkontroller. (Callaghan, 2006)

En studie gjord i Australien där syfte var att utvärdera effekterna av införandet av Emergency Nurse Practitioner (ENPC) om väntetider och vistelsetid på patienter som till en stor urban akutmottagningen i Melbourne, Australien. En del av Viktorianska statens initiativ, för att förbättra patient förväntning och om betydelsen av akut sjukskötare har utvecklats. Integrationen och genomförandet av denna nya roll, med målen att tillhandahålla holistisk och omfattande vård för patienterna framkom.

I ENPC gruppen ingick alla patienter som vårdas av ENPC och i den traditionella modell gruppen ingick alla patienter som förvaltas av den traditionella medicinska vårdmodellen (TM). I studien undersöktes väntetider och vistelsetider. Det var signifikanta skillnader mellan de två grupperna i väntetider och vistelsetider i akut TM. Den totala median väntetiden för akutpatienter som ses av ENPC var mindre än för TM-gruppen. Denna studie har visat att ENPCs genomförande i Melbourne Australien var förknippade med signifikant minskade väntetider och vistelsetider för akuta patienter. Studien tyder på att datorer kan ha en gynnsam effekt på behandlingsresultat med avseende på väntetider och vistelsens längd. (Jennings, 2008)

I oktober 1994 var en sjukskötare anställd i en grupp av åtta praktiska allmänläkare (GPS), i en liten kuststad i nordvästra England. En två-års pilotstudie gjordes för att utvärdera genomförbarheten av den roll och dess möjliga framtida tillämpning på andra inrättnings primärvård. Studien syftade till att utvärdera det praktiska, utforska uppfattningar både av yrkesverksamma inom primärvårdens team och patienter av funktionella befolkningen. Rollen som sjukskötare, undersöktes i vilken utsträckning den påverkar traditionella rollgränser inom primärvårds teamet genom att identifiera de särskilda uppgifter och ansvar sjukskötaren har.

Målet var att jämföra arbetet hos NP med allmänläkarna i att notera likheter och skillnader om rollen som överensstämmer med den som anges i arbetsbeskrivningen. Data som samlats in under maj månad 1995, som en del av ett större projekt visade att sjukskötarens allmänna praxis var i alla diagnoskategorier, men majoriteten bestod av infektions, andningssjukdomar, matsmältnings-störningar, och hudåkommor. (Reveley, 1998)

Med samjour menar man dejoureringar, där man sköter både specialistsjukvårdspatienter och primärvårdspatienter. Bedömning av patienten kommer

att göras av sjukskötare i linje med behov av antingen sjuksköterska, allmänläkare eller specialist läkare.

Därför var syftet med en studie som gjordes vid Hyvinges gemensamma akutmottagning att fastställa orsaken till ankomst efter patientflödesanalys och dess användbarhet av vårdbehovsbedömning och framgången för uppföljningen. Studien klassades av Hyvinges gemensamma akutmottagning 2008, där 49700 besök ingick. Av data som samlats in i informationssystemet framkom ankomstorsak och generös flödesanalys. De flesta av patientgrupperna vid gemensamma akutmottagningen var en tydlig triage (sortering av patienter), och patienten skulle antingen till allmänläkaren eller specialiserade läkare. (Malmström, m.fl. 2012)

6. METOD

I vårt utredningsarbete med dokument från patientjournaler som samlats i tio veckors tid har vi, på ett strategiskt sätt tagit fram innovativa skillnader mellan S och AKS. Idag kräver man aktiva, snabba och skickliga vårdrelationer med sjuksköterna, läkarna och patienterna. Vårdrelationerna borde förbättras mellan olika arbetsroller och arbetsfördelningar så att patienten får en trygg och säker vård. Utredningsarbetet genomfördes med kvantitativ och kvalitativ ansats.

6.1. Urval

Eftersom vår undersökning är gjord i Övertorneå, från 25.8.2014 – 25.11.2014, två utvalda dagar i veckan, på deras vårdcentral, vid S och AKS mottagningen, innebär det att urvalet av patientjournalerna är systematiskt och konsekutivt (fortlöpande) utvalda, men inte helt slumpmässiga. Det betyder att alla som besökt sjukskötermottagningen och/eller AKS mottagningen under dessa veckor av undersökningstiden ingår i vårt material för undersökningen. En risk med konsekutivt utvalda är att det kan finnas något pågående fenomen under tiden för undersökningen, därför borde undersökningen sträcka sig under så pass lång tid att fenomenet rimligtvis inte påverkar slutresultatet.(www.infovoice.se/) (Olsson & Sörensen, 2011.s. 115)

Som analysmetod av materialet för examensarbetet har valts att använda dokumentstudie. Den kvantitativa och kvalitativa insamlingsmetoden som vi använder oss av innebär en systematisering av kunskap för att hitta ett syfte och djupare förstå problemet som studeras. Kunskapsinsamlingens syfte är att hitta sammanhang och mönster i forskningsmaterialet. Som datainsamlingsmetoder inom kvalitativ forskning finns; observationer, skrivna texter eller berättelser. (Forsberg & Wengström, 2008.s.131)

6.2 Dokument som datainsamlingsmetod

Protokoll, dokument har en begränsad tillgänglighet. Meningen är att på ett riktigt sätt skildra det som hänt. Risken finns att dessa dokument är ofullständiga eller partiska. De kan bygga på endast en del av besöket medan andra saker lämnar oregistrerade. Besöket registreras ur en viss synvinkel och ger bara en del av händelsen i dokumenten, vilket kan leda till att dokumentet har tendens att vara ofullständiga och ensidiga. saker kan ha utelämnats som nämnts under besöket. (Denscombe, 2009. s.306)

Dokumentet i sin tur är det material som ska analyseras. Dokument kan göras i olika mallar för att på ett tydligt sätt kunna synliggöra specifika omvårdnadsområden. De är en viktig del i den vård som AKS ger, till skillnad från läkarens medicinska vård. Syftet är att utveckla ett stöd för strukturerande dokumentation som krävs i funktionen för en AKS. Man skall alltid försöka använda ett tydligt, enkelt och korrekt språk vid dokumentation. Man ska undvika icke relevant information. Kortfattad och tydlig både i tal, skrift. Man skall även tänka på att patienten och anhöriga ska kunna läsa samt förstå och kunna vara delaktiga i innehållet. (Fagerström m.fl. 2011.s. 241-243, Patel & Davidson, 2007.s. 63-65)

6.3. Dataanalysmetod

Som dataanalys användes deskriptiv (beskrivande) statistik metod och innehållsanalys. Med dataanalys menas att läsa, koda eller gruppera information, ord för ord, och tolka med hjälp av teorier, där skillnader och likheter undersöks. Efter detta

framkommer kategorier som hjälper forskarna att komma fram till ett resultat. (Fejes & Thornberg, 2015.s. 16-17)

6.3.1 Kvantitativ och kvalitativ metod

Kvalitativ och kvantitativ inriktad forskning har diskuterats i flera årtionden. Beteckningarna kvalitativ och kvantitativ eftersträvar till att välja hur man analyserar, bearbetar och utvecklar fakta som samlats. Forskningar som är kvantitativa kan delas in i deskriptiva och explanativa, vilket betyder beskrivande, förklarande eller experimentiella. Beskrivning av en viss population är vanligen profilerande forskningstyp och anses som deskriptiv. Bäst lämpade vid kvantitativ metod sker genom att man mäter "på bredden" för att få tydligt beskrivna förhållanden och attityder inom det undersökta området. Detta sker oftast genom uppställning av tabeller och diagram. (Olsson & Sörensen, 2011.s.108, Eliasson, 2011.s.30, Patel & Davidson, 2007.s.109)

Forskningar som är kvalitativa bygger oftast på induktivt (erfarenheter) tänkande som utgångspunkt. Forskningen baserar sig på mjuk data som t.ex. dokument och intervjuer i form av textmaterial, som analyseras och tolkas på ett ordagrant sätt. En fördel med kvalitativ metod är att hitta sammanhang och förståelse som i forskningen blir tydligare och tydligare under forskningens gång. Den här metoden är flexibel och går att anpassa efter behov, dels kan material samlas in så länge det behövs. (Patel & Davidson, 2007.s.14, Eliasson, 2011.s. 27)

6.3.2. Deskriptiv statistik

Med deskriptiv menar man att en forskning är beskrivande och i det här fallet med deskriptiv statistik innebär det att man redogör för en berättande, beskrivande statistik i resultatredovisningen som t.ex. könsfördelningen i forskningen. Detta är viktigt för att det skall vara lättare för läsaren att få en bra överblick av personerna som inkluderats i forskningen. Deskriptiv statistik hör under den kvantitativa ansatsen. (Henricson, 2012.s.309-310)

En undersökning som är deduktiv (från grunden), utgår från en teori och utgående från denna ställer forskaren frågor/hypoteser som sedan prövas mot forskningsmaterialet för att se om hypotesen stämmer. På det här sättet kan forskaren undersöka teorin i vilken utsträckning den håller. Forskaren kan utveckla och systematiskt pröva den för att få ett empiriskt stöd för teorin. (Fejes & Thornberg, 2012.s. 24-25)

6.3.3. Innehållsanalys

Innehållsanalysen används främst när det gäller att analysera dokument. Analysmetoden kan användas vid alla slags "texter" som t.ex. bandade samtal och skrifter av olika slag som skall analyseras. (Denscombe, 2009.s.307)

Praktiskt går en innehållsanalys till så att forskaren försöker hitta olika mönster, koder eller teman i studiematerialet. Koderna kan bestå av enstaka ord eller hela meningar. Forskaren skall ha uttänkt en klar frågeställning för kategorierna eller ideérna som intresserar henne/honom. Forskaren kan då hitta "nyckelord som associerar till mönstret, och kodar sen enheterna som passar in i forskningsfrågorna och räknar genom förekomsten av dessa "nyckelord". Efter detta kan forskaren sätta in koderna i större teman som hon/han sedan återspeglar genom de valda teorierna.(Henricsson, 2012.s.206-207)&(Denscombe, 2009.s.308-309)

Induktiv innehållsanalys är ett tillvägagångssätt som utgår från innehållet i datamaterialet, genom att forskaren sätter sig djupt in i texten och hittar kategorier, teman och mönster som inte är klart synliga från början. Efter det kan man börja integrera data i en förklaringsmodell. Innehållsanalysen hör under kvalitativa ansatsen.(Forsberg & Wengström, 2008.s.150-151)

7. RESULTAT

Den kvantitativa och kvalitativa delen av resultaten har delats in i **grupper** och **undergrupper**. De är **svärtade** i resultatets text för att läsaren skall få en klar bild av utredningsarbetet.

Handlingarna ur patientjournalerna som är censurerade från namn och personsignum har lästs igenom och först delats upp enligt:

”Om besöket gjorts hos sjukskötaren (S) eller hos avancerad klinisk sjukskötare (AKS)”

Efter detta utsågs fyra **grupper**, som är följande: **antal besök**, **kontaktsak**, **besökens längd**, och **dokumentering**. Ur **gruppen kontaktsak** har det vuxit fram **undergrupper** som innehållsanalyserats och redovisats genom kvantitativa och kvalitativa diagram. Ur **gruppen dokumentering** har innehållsanalys och tolkning kvalitativt med citat och kvantitativt med diagram gjorts för att ge en bättre bild av resultatet enligt följande: **aktuellt**, **allmäntillstånd**, **bedömning**, **diagnos**, **åtgärd** och **planering**, som vi kallar **kategorier**.

7.1. Antal besök till Sjukskötaren

Diagrammet nedan visar hur många besök till sjuksköterskemottagningen (S) det varit under den utsatta tiden för undersökningen, 25.8-25.11.2015 vid Övertorneå vårdcentral. Totalt (29) besökte S mottagningen, 18 Kvinnor, 9 män och 2 barn. Här saknades fakta om patienternas ålder, vilket resulterar i, att besöken även inkluderar besök av barn, som framträder i dokumenttexten och ses även i diagrammet i Fig.9.

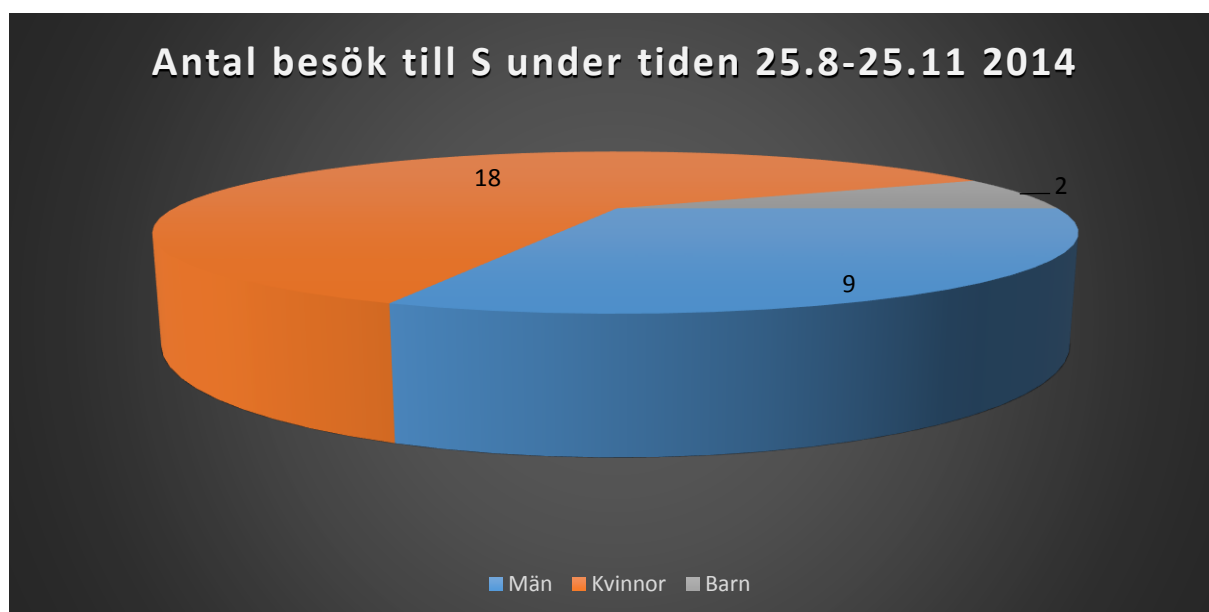


Fig.9 Antal besök till S

7.2. Antal besök till Avancerade Kliniska Sjukskötaren

Här redovisas besöken hos avancerad klinisk sjuksköterskemottagning (AKS), under den utsatta tiden för undersökningen. Totalt (56) besökte AKS mottagningen, 30 Kvinnor och 26 män. Eftersom studien gjordes med fakta och information ur patientdokument som blivit censurerade från namn och personsignum, finns ingen vetskap om patienternas ålder. Detta betyder att man inte vet, hur många av de som besökt AKS mottagning som var barn.

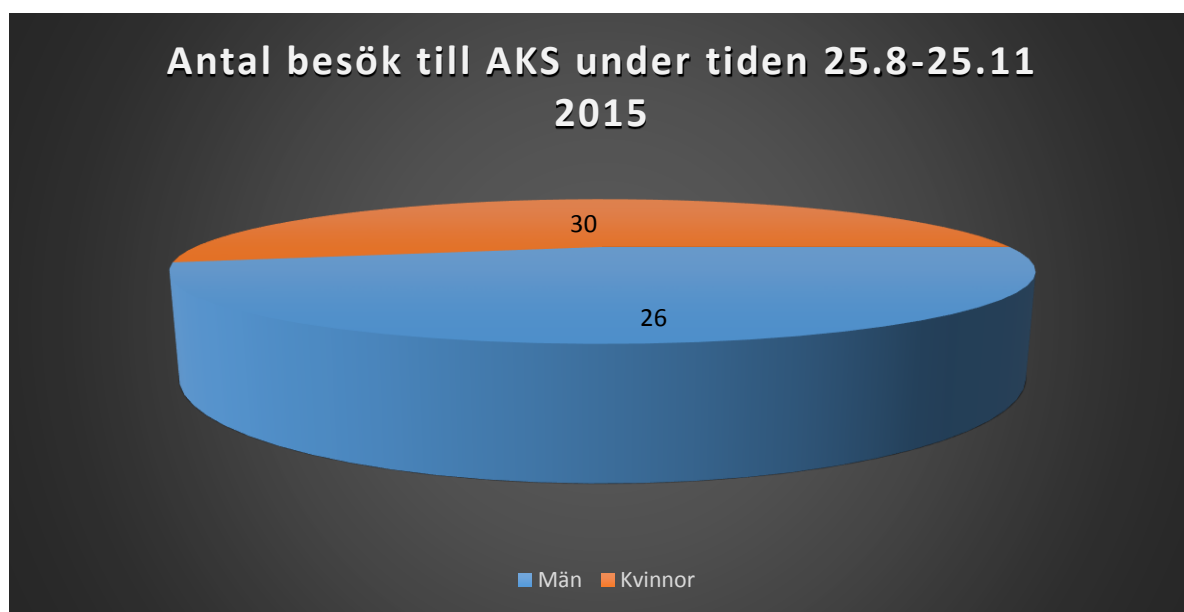


Fig. 10 Antal besök till AKS

7.3. Kontaktorsak till Sjukskötaren

Kontaktorsakerna var i antal inte så många under tiden för undersökningen till S mottagningen. I dokumentens genomgång bildades sex **undergrupper**, enligt de kontaktorsaker som de hade sökt sig till sjukskötaren för. **Undergrupperna** var **förkylning, hudbesvär, hjärt & lung besvär, muskel & skelett besvär, sår och övriga orsaker.**

I **undergruppen förkylning** framkom nio fall till sjukskötaren och man gick med problem som feber, förkylning och ont i halsen. Där hade "sedvanliga" infektionsprover tagits. I **undergruppen hudbesvär** fanns fyra tillfällen där patienter kom för bl.a. prickar på huden, hudförändring och rodnad. **Hjärt- och lung besvär** fanns endast 1

fall som berodde på andningen. **Muskel & skelett besvär** hade noterats vid tre händelser och dessa berörde bröstkorgen. **Sår** däremot fanns det fyra tillfällen av och i dokumenten framkom att 3 kvinnor, en man och ett barn hade skötts hos sjukskötaren. Till **undergruppen** som nämnts som **övrigt** har vi satt åtta händelser, t.ex övertrött, skabb, vaglar i öga, irriterade ögon, öronspolning och bokning av läkartid. Läkarna konsulterades i 13 fall som handlade om receptskrivning (7) vårdbedömning (6) och en läkarkonsultation till en ortopedspecialist, från annat sjukhus.

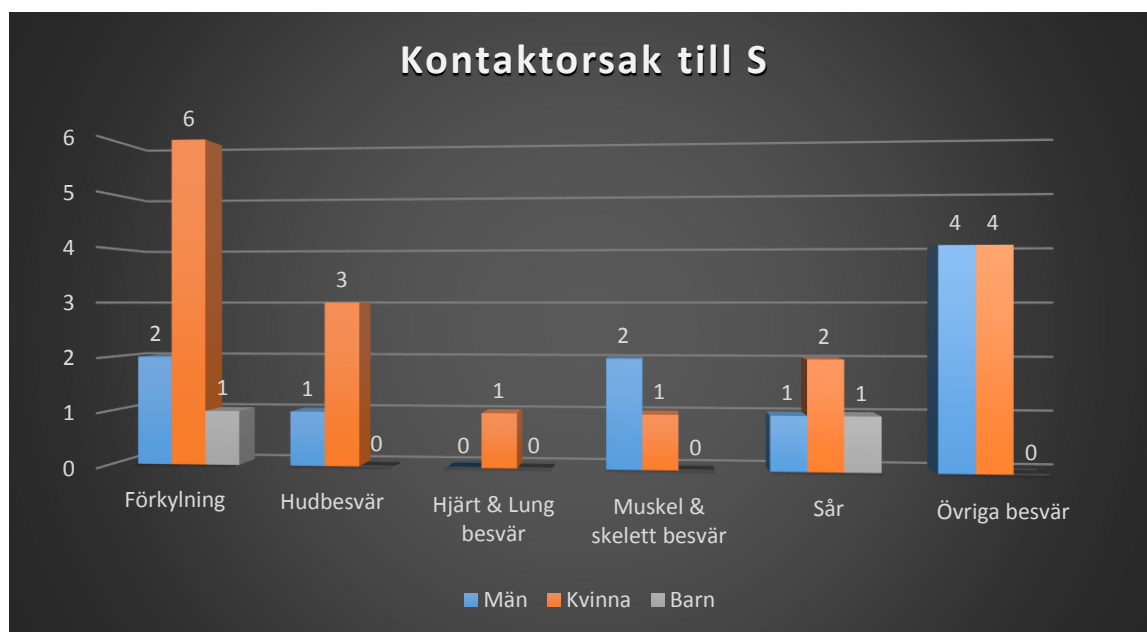


Fig. 11 Kontaktorsak till S

7.4. Kontaktorsak till Avancerade Kliniska Sjukskötaren

Kontaktorsakerna till AKS var många. **Undergrupperna** redovisas nedan i ett eget diagram (Fig.12), som även förklarar antalet besök i varje **undergrupp**, konsultationer med läkare och hur många besök som ledde till läkaråtgärd/besök.



Fig. 12 Kontaktorsak till AKS

I **undergruppen förkylning** ingick alla som kom till AKS mottagningen med förkylningssymtom, som t.ex. halsont, feber, hosta och öronvärk. Där konsulterades läkare vid sju besök, varav ett besök ledde till efterkontroll till läkare. Två patienter fick genast en läkartid. Konsultationerna gick mest ut på att läkaren skrev ut receptbelagda mediciner som t.ex. antibiotika vid tonsillit eller röntgen remiss för thx.

I **undergruppen hudbesvär** med olika hudåkommor, gjordes sex konsultationer till läkare, varav en ledde till åtgärd (åldersförändring som läkaren skrapade bort). En patient fick direkt läkartid till jourhavande läkare. Konsultationerna gick oftast ut på att läkaren kom och tittade på hudförändringarna och ordinerade behandling.

Till **undergruppen hjärt & lungbesvär** räknades de som kommit för blodtryckskontroll, och med hjärklappningar. Där konsulterades läkare fem gånger. Konsultationerna gick ut på att höja eller sänka blodtrycksmedicin enligt de uppmätta värdena på AKS mottagningen och i hemmet. Inget besök på AKS mottagningen ledde vidare till läkarbesök.

Till **undergruppen muskel & skelett besvär** har vi räknat alla som kommit med värk eller besvär från leder och extremiteter. Där fanns det nio konsultationer till läkare. Två besök ledde till läkartid och två konsultationer ledde även till att läkaren gjorde en

bedömning av rörelseapparaten. Konsultationerna gick mest ut på att läkaren skrev röntgenremiss eller recept på värkmedicin/kortison/giktmedicin.

I **Sår undergruppen** fanns en konsultation till läkare, men det gällde annat än såret ifråga.

I **undergruppen övriga besvär**, som inkluderar: yrsel, ömma bröst, stickningar i halsen, blodsockerkontroll och oro, konsulterades läkare en gång. En blev skickad till special läkare och en önskade få träffa läkare, varav läkartid bokades i framtiden. En fick även tid till sjukgymnast.

7.5. Besökens längd till Sjukskötaren

På alla dokument, som samlats in under undersökningstiden, var det utsatt hur länge besöket till S hade pågått. Tiden var utskrivet på dokumenten i efterhand, och redovisas i diagrammet i Fig. 13. S mottagningens tider varade 15min, 20 minuter och 30 minuter. Båda barn patienterna hade varit 30 minuter hos S.

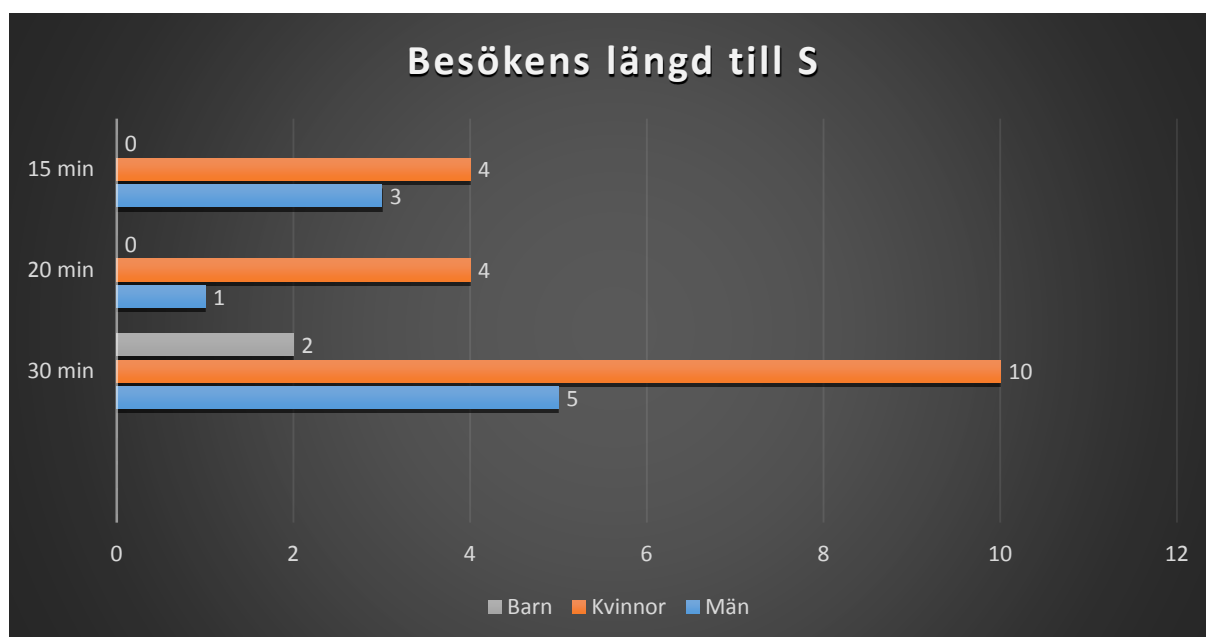


Fig 13. Besökens längd till S

7.6. Besökens längd till Avancerade Kliniska Sjukskötaren

I dokumenten som samlats från AKS mottagningen, var det även där utsatt i efterhand hur länge besöken hos AKS hade pågått, men på en del dokument hade tiden inte skrivits ut. Diagrammet i Fig.14 visar längden på besöken till AKS. Det vanligaste var att besöket räckte 40 minuter, 50 % av alla besök. Tretton besök hade räckt i 20 minuter och lika många besök räknas som bortfall eftersom ingen tid fanns utskriven i dokumenten. Ett besök hade räckt i en timme och ett besök i 45 minuter.

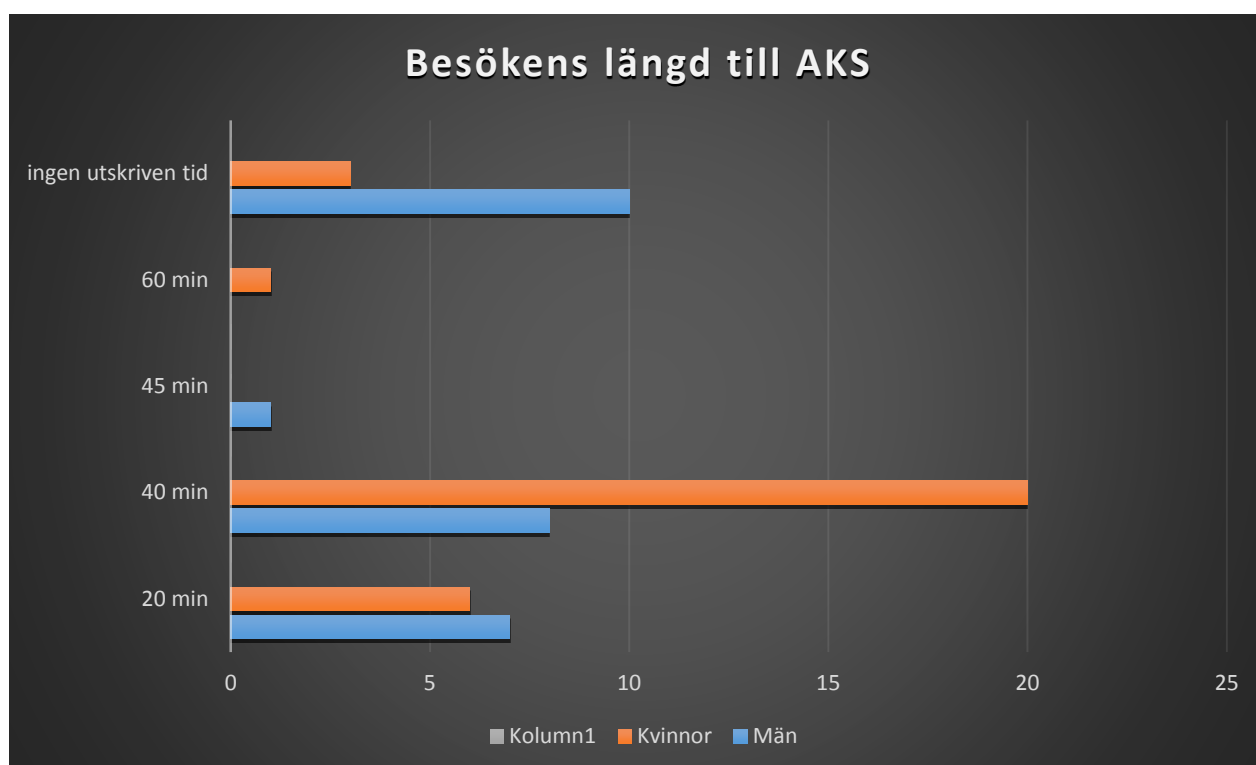


Fig. 14 Besökens längd till AKS

7.7. Sjukskötarens & Avancerade Kliniska Sjukskötarens dokumentation

Dokumentationen som vi har baserat vårt utredningsarbete på har studerats noga. I Fig. 15 ses alla rubriker som nämnts i **S dokumentation**. Där ses även fördelningen mellan man och kvinna. Rubrikerna i diagrammet är inskrivna enligt hur ofta de har använts i dokumenten, alltså mest använda som t.ex. **kontaktorsak** är högst uppe. Fem olika sjukskötare hade skött om S mottagningen under tiden för undersökningen, vilket gjorde att dokumenteringen hade gjorts lite olika. Sjuksköterna hade alla sin yrkesbeteckning och sina namn i dokumenten utskrivna i sin helhet.

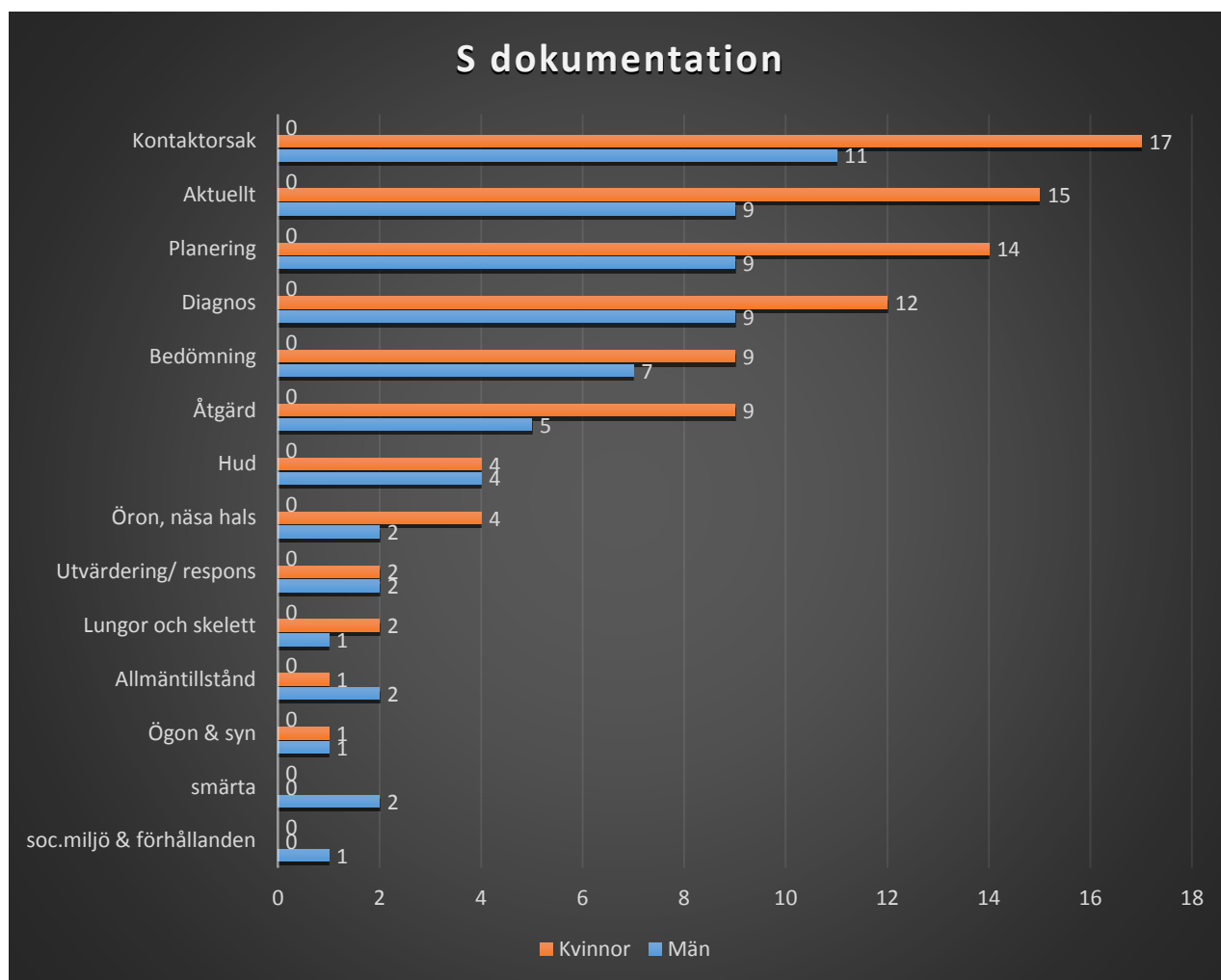


Fig 15. S dokumentation

Patientdokumentationen gjord av AKS ses i fig. 16. Diagrammet är uppbyggt på samma sätt som S diagrammet. Där ses alla rubriker som använts i patientdokumenten, med fördelning mellan män och kvinnor. I en del dokument fanns endast ett fåtal rubriker, och i andra fanns flera.

Kontaktorsaken har noterats i tidigare diagram, fig. 11 till S och fig.12 till AKS, där man ser att **kontaktorsaken** har dokumenterats i 28/29 kontakt till S och vid varje kontakt (56) till AKS.

Kategorierna som nämnts vid S och AKS enligt följande: **aktuellt, allmäntillstånd, bedömning, diagnos, åtgärd** och **planering** har även dokumenterats vid nästan varje besök, likaså **aktuellt**. Därför kommer dessa **kategorier** att tas upp lite grundligare för att få en inblick i hur S respektive AKS dokumenterat.

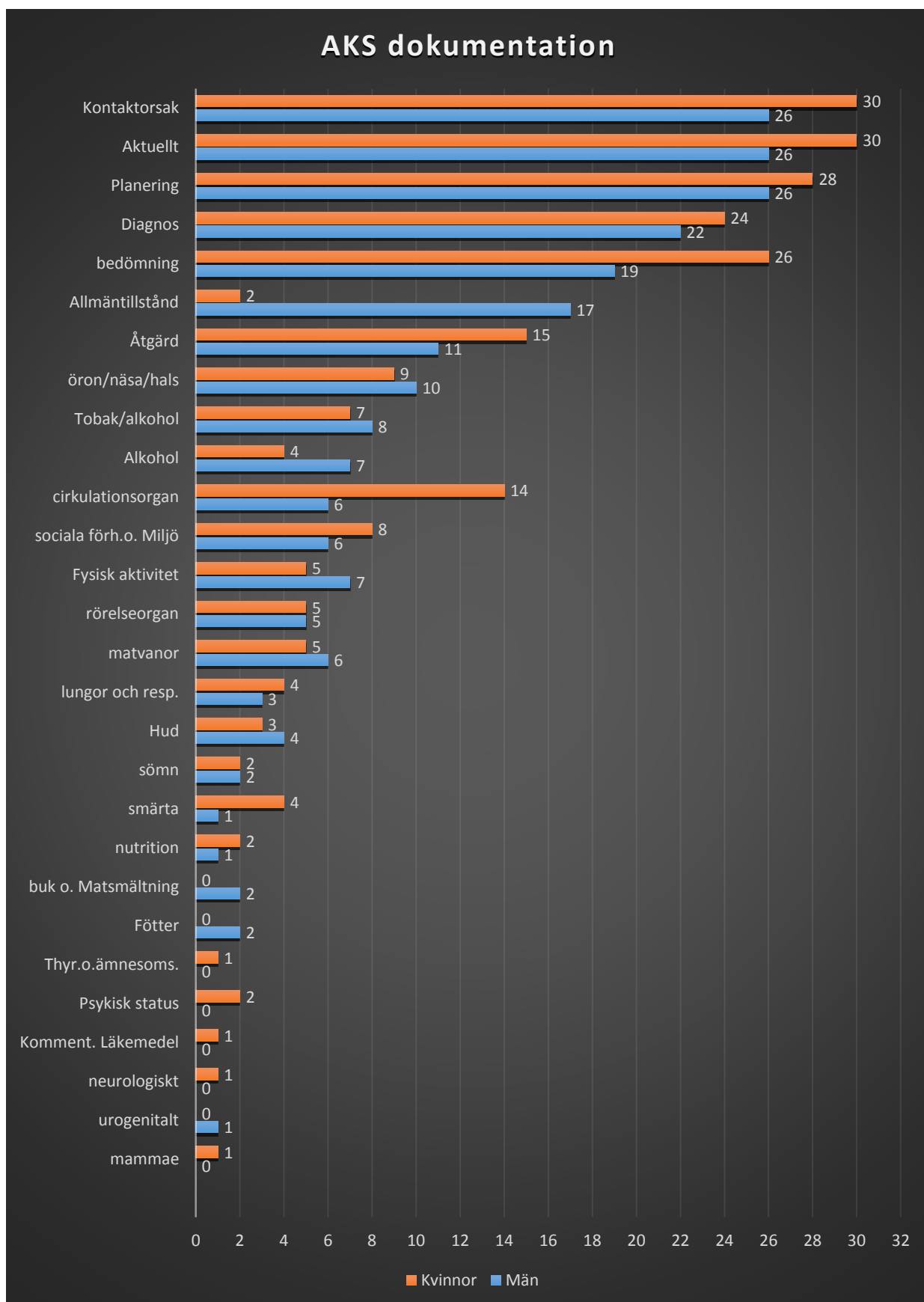


Fig. 16 AKS dokumentation

7.7.1. Aktuellt

I dokumenten finns en **kategori** som heter **aktuellt** och den är ifylld vid 24 besök till S och varje besök till AKS. S har dokumenterat texter som t.ex.

” haft länge magbesvär, kommer och går enligt patienten. Patienten är rökare och äter stark kryddad mat. Patienten får rådet att ta Omeprazol i 14 dagar och återkomma om ingen bättring sker”

”Sedan några veckor-månader ? svårt att svälja klara drycker. Går bra att svälja fast föda. Ingen smärta i svalget men det känns som att det tar stopp och han får spotta ut vätskan. Detta sker av och till, ej dagligen. Har riklig produktion av saliv, som han spottar ut. Spottet är som skum, ej spottat blod. Inga andningssvårigheter. Upplever det värst på kvällen/natten då han skall sova.”

I AKS texter, har dokumenterats om orsaken till besöket och bakgrunden till problemet. Texten är innehållsrik och förklarande och ger läsaren en bra inblick i problemet. Som t.ex.

”... blivit behandlad för skabb och ringorm... förra veckan även lunginflammation.... börjat få röda prickar i fötter och knäna.... har ett litet öppet sår i höger knä... kliar inte så mycket...”

”...i två veckors tid uppmärksammat matthetskänsla i båda ben mest från ljumske och neråt till lår även lite i underben... upplever att symtomen kommit akut. Har ingen kraftig smärta i bena så att han måste vila utan det är bara jobbigt att gå. Kommer för att kontrollera att inte detta kommer från hjärtat. Ballongsprängd – 98. Hereditet till hjärt- och kärlsjukdomar men även hereditet till ALS.”

7.7.2. Allmäntillstånd

I S dokumenten hade det i tre patientfall dokumenterats kring **allmäntillstånd**, texten kort och koncist.

”Mår annars bra, KOL sen tidigare”

AKS har dokumenterat i 17/26 män, och endast i 2/30 kvinnor om **allmäntillståndet**. AKS dokumenterade allmänt om patienten, utöver "problemet" som han/hon kommit till mottagningen för. Där har även dokumenterats aktuell status, som t.ex. temp, men även det som AKS noterat genom att iaktta och lyssna på patienten, som övervikt, mager, blek o.s.v. Texten är kort och sammanfattande och kan se ut som följer:

"gott. Har blodtryckssänkande medicin samt mot prostatabesvär. Tar väl hand om sin hälsa."

"pojken ser välmående ut. Temp 37,2 och crp 10"

"glad kvinna med stor livsglädje som uppskattar sin hälsa mycket bra."

7.7.3. Bedömning

I dokumenteringen gjord av S i **kategorin, bedömning** har det noterats i nio av kvinnornas dokument och i 7 av männens dokument. **Bedömningen** är välformulerad och ger en bra berättelse om orsaken.

"kontaktar en SSK på ortopedmottagningen i Piteå som konsulterar en ortoped, de hör av sig till patienten. Dr. Jari Havela ser till patienten, ger lugnande besked."

"Har själv varit i kontakt med sin HC i Luleå idag och de har skrivit ut T.Diklofenak samt T.Panodil för att ta v.b."

"Ringorm, behandling med Dactacort"

Bedömningen i dokumenten som gjorts av AKS fattas till en del men har i de flesta fall noterats. Texten är oftast kortfattad men innehåller viktiga detaljer. Den kan hänvisa till t.ex. mätresultat eller annan notering som AKS gjort vid besöket. Det märks att AKS har studerat och undersökt patienten noga innan hon har gjort sin bedömning. Där kan t.ex. läsas:

"bra blodtryck, bra balans"

"Ansiktet ser hel och fin ut. Såret läkt sig fint och förutom svaga blåmärken syns och känns inga skador i ansiktet."

”Oklar infektion i ögat med tydlig svullnad som kommit och gått. Bedömer att patienten behöver läkarundersökning.”

7.7.4. Diagnos

S har dokumenterat i **kategorin diagnos** vid 21 av 29 patienter, en åtgärdskod som är en klassifikation av vårdåtgärd, inte diagnoskod (ICD-10, internationell sjukdomsklassifikation). S har nämnt ICD-10 koder ur primärvårdskartoteket som t.ex.

”T01-P (insektsbett)”, ”B34-P (virusinfektion)”

S har därtill dokumenterat åtgärdskod både i **diagnos** och **åtgärd**.

Av alla besök hos AKS hade 22 (26) män och 24 (30) kvinnor fått en **diagnos** och en ICD-10 kod för sitt besvär. Det betyder att fyra män och sex kvinnor var odiagnostiserade. En person kunde ha flera diagnoser under besöket och av de som lämnats odiagnostiserade hade de ändå ibland fått en ICD-10 kod eller klassifikation av vårdåtgärd under rubriken **åtgärd** genom den vård som getts under besöket. T.ex. om AKS har gett information, gett mediciner, råd om tobaksbruk, sårvård eller dylikt.

Diagnoserna som patienterna fått har ofta inte varit samma sak som de sökt hjälp för. En **diagnos** som förekommer flera gånger är Z71.1 – oro för sjukdom. I övrigt är de flesta **diagnoserna** individuella och har stor spridning inom både specialistsjukvård och primärvård. I Fig. 17 finns till påseende vilka diagnoser som använts vid AKS besöken.

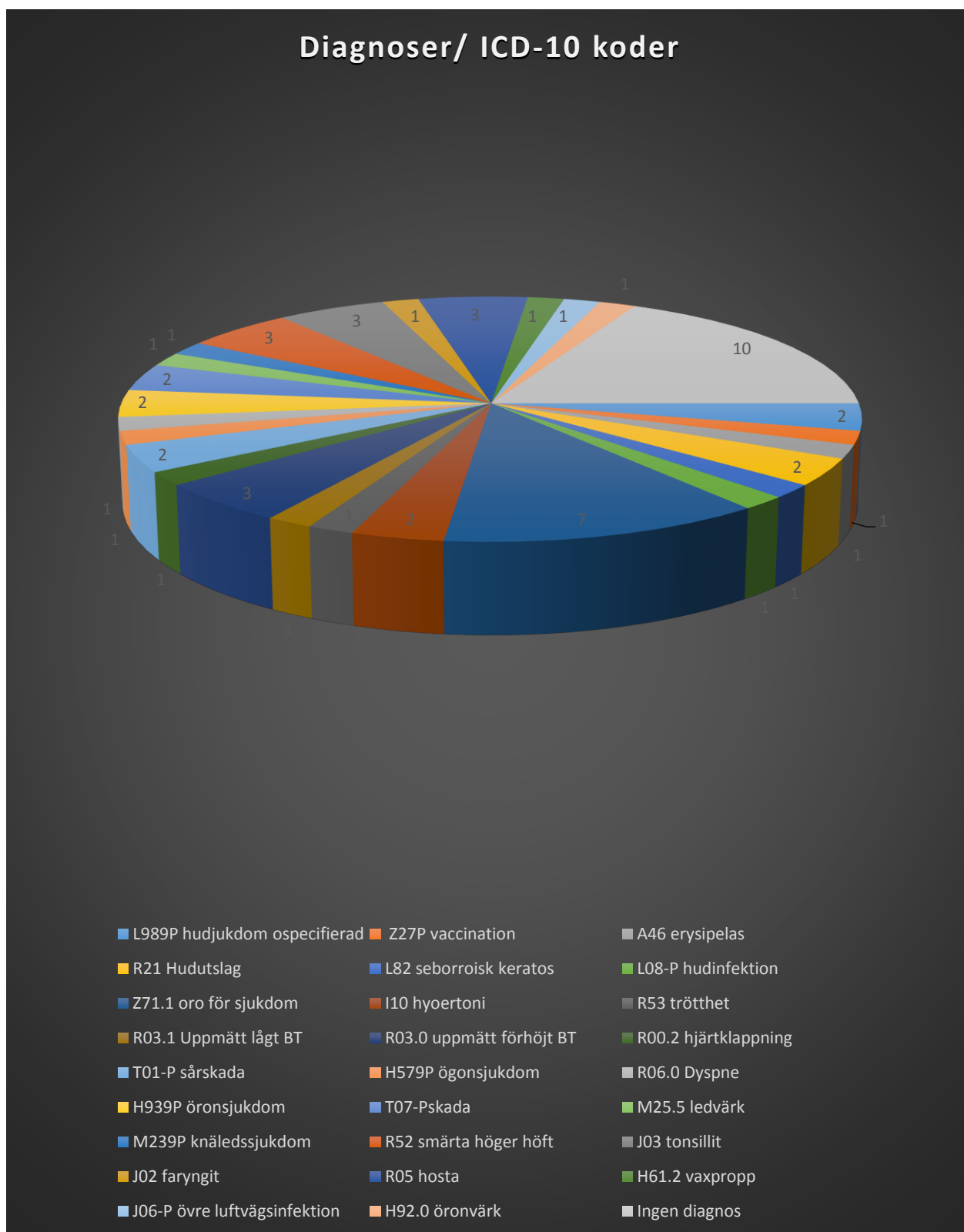


Fig. 17 Diagnoser/ICD-10 koder

7.7.5. Åtgärd

Åtgärd har dokumenterats av S vid 14 av 29 besök. I en del fall har S dokumenterat flera åtgärds-koder. Både åtgärd och diagnos i ICD-10 kod/klassifikations vårdåtgärd är dubbelt dokumenterat av S. I fig. 18 ses ICD-10 koderna i antal. Ibland har S skrivit en kort text efter ICD-10 koden.

”Läkemedelstillförsel inhalation. I samråd med doktor Daniel Schubert får patienten ventoline 5 mg atrovent 0,5mg ”

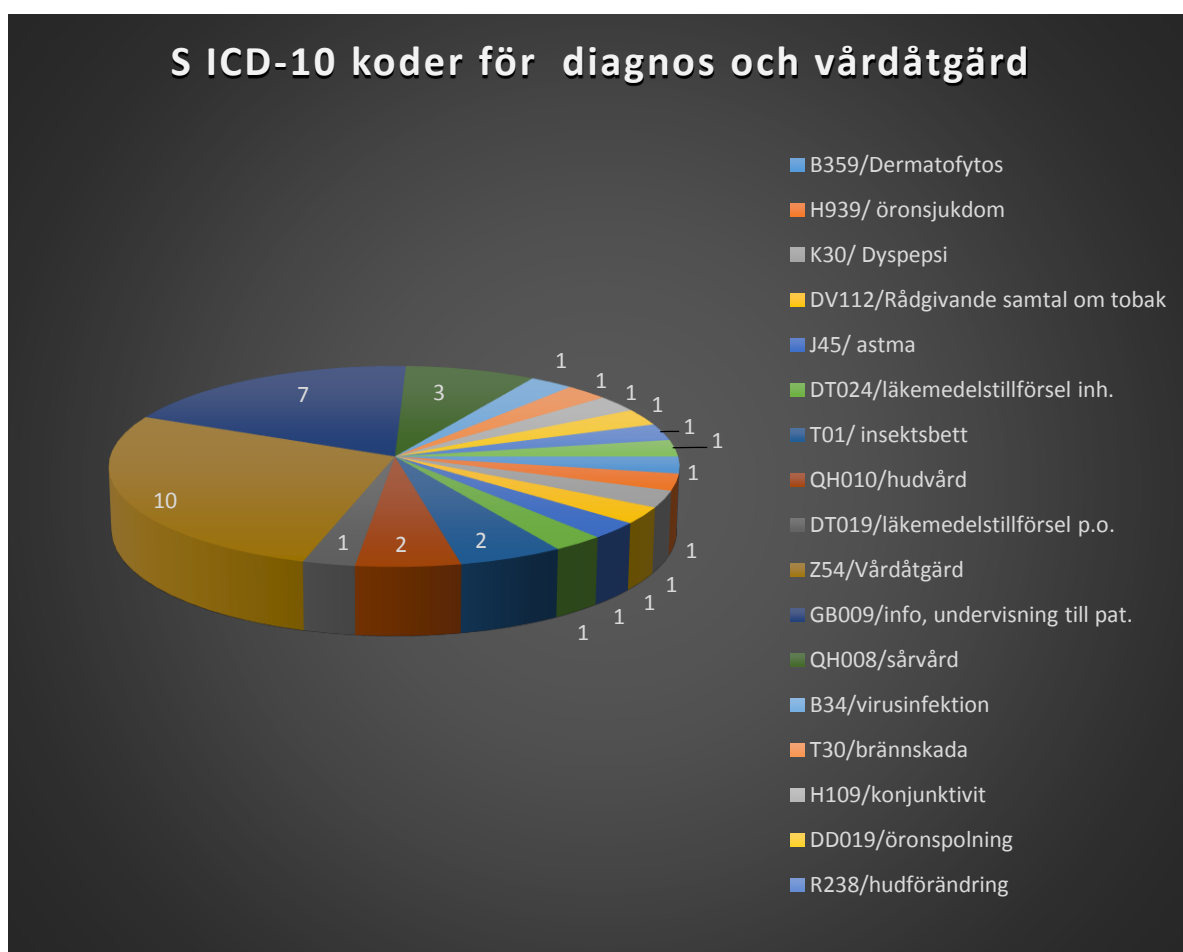


Fig. 18 S ICD-10 koder för diagnos och vårdåtgärd

AKS har dokumenterat i 26/56 besök. Där hade AKS till en del använt sig av ICD-10 koder/klassifikation av vårdåtgärd. Det fanns åtta olika koder som dokumenterats och utöver dessa hade AKS skrivit en kort åtgärdstext som t.ex.

"konsulterar J. Havela, ordinerar Elocon salva 0,1%"

"rådgör fortsätta med egen vård"

"coccilan-etyfin oral lösning som hostdämpande till natten"

ICD-10 koderna/klassifikation av vårdåtgärd som användes ses i Fig. 19 nedan.

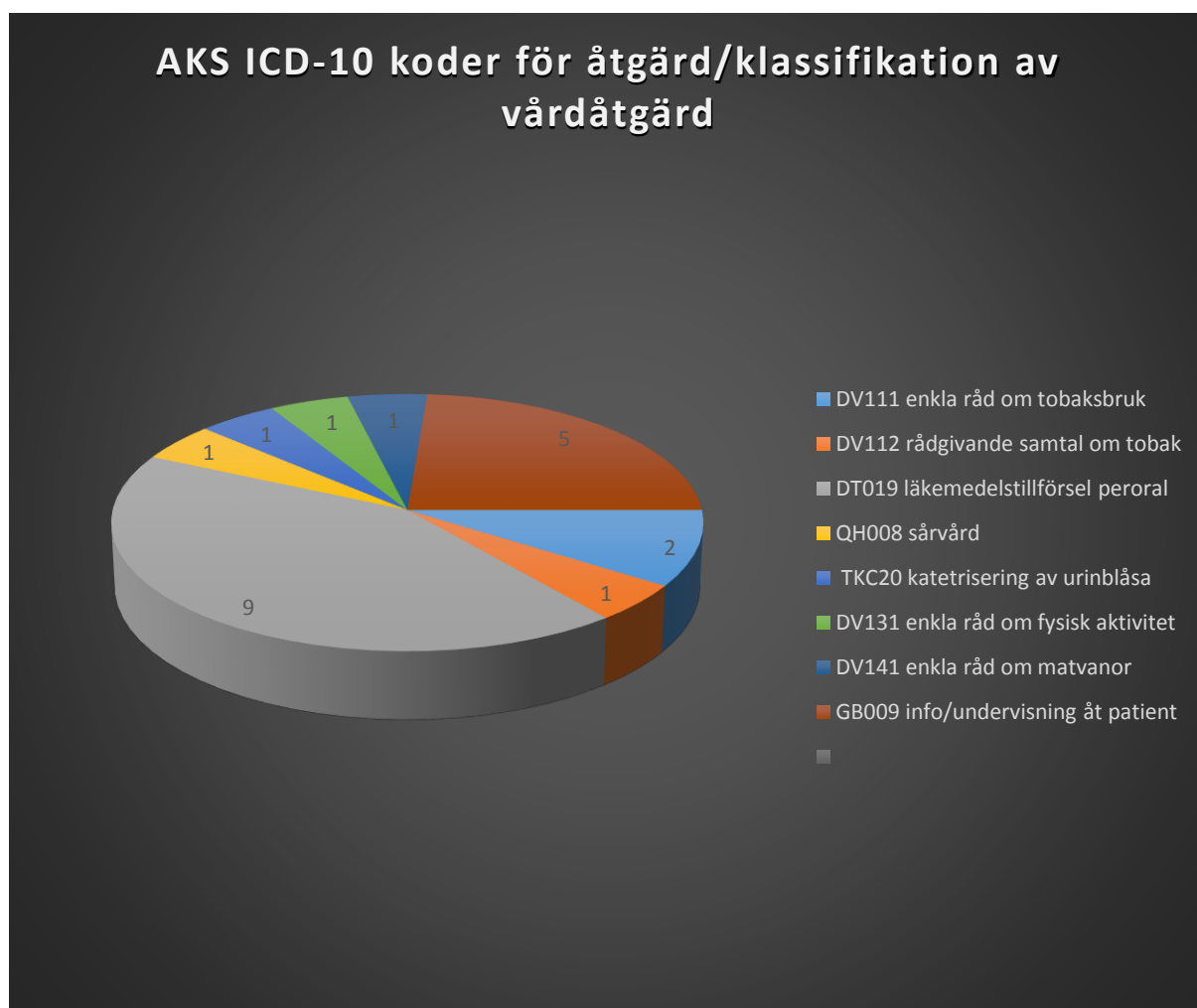


Fig. 19 AKS ICD-10 koder för åtgärd/klassifikation av vårdåtgärd

7.7.6. Planering

Planering av vården hos S, gjordes åt 23 patienter med kontroller, mediciner, nya tider, utebliven förbättring, bokning av läkartid vid akut försämring, behandling vid mottagningen av medicin, såromläggning, kontakt av provsvar eller återbesök om ingen förbättring skett. S hade ofta dokumenterat:

"åter v.b."

"Enligt D. S. får patienten komma och inhalera ytterligare en gång v.b."

Planering fanns dokumenterat vid alla män 26/26 och i 28/30 kvinnorna. Det betyder att det endast var två besök där **planeringen** lämnats bort. I **planeringen** har AKS oftast skrivit en text som innehöll en strategi för hur man skall gå vidare med patienten. Texten är beskrivande, lättförståelig och innehåller mycket information. Under **planering** har även dokumenterats om man beställt tid till röntgen, laboratorieprover eller om man bokar tid till läkare. Där har AKS skrivit om eventuella återbesök om allmäntillståndet försämras, även dokumenterat om patientens egen vård, mätning av blodtryck hemma m.m.

"återbesök vid behov"

"bokar tid till sjukgymnastik p.g.a. spänningar i nacke, axlar och besvär i ena armen. Patient önskar även tid för läkarundersökning."

"konsulterar jourhavande läkare angående blodtryck. Patienten ska fortsätta ta amlodipin 10 mg 1x1 och kontrollera blodtrycket morgon och kväll. Om blodtrycket inte går ner, ny kontakt med HC och ställningstagande om man ska sätta in vätskedrivande..."

8. Tolkning av resultatet

I tolkningen har respondenterna tolkat resultatet och analyserat det med Benners teori "från novis till expert" och Fagerströms teori med omvårdnad i klinisk praxis. Respondenterna har även tolkat resultatet med de tidigare forskningarna som beskrivits i arbetet.

Maria Henricson m.fl. skriver i sin bok om tolkningen som en innebörd av något som behöver bevisas eller som en hypotes som kan testas, göras annorlunda och bli bättre eller helt förkastas. (Henricson, m.fl. 2012.s.353)

Tolkningen är gjord utgående från patientdokumenten som vi tilldelats från Över Torneå vårdcentral. I resultaten har de grupperats i olika diagram och text för att jämföra mellan S och AKS, arbetsuppgifter samt att få fram skillnaderna i dokumentationen mellan S och AKS. I resultaten framkommer att AKS arbetar innovativt och självständigt samt på en fördjupad nivå genom sin dokumentering och breda bakgrundsinformation/status som hon/han tagit fram. Resultatet i studien visar att S dokumenterar mindre och mera kortfattat samt konsulterar i större skala läkaren medan AKS sköter en större mängd patienter än S och på ett utförligt sätt, så att patienten känner sig trygg och omhändertagen.

Benner skriver i sin bok "från novis till expert" hur viktigt det är att man berättar för patienterna vad som görs och varför, när det gäller vården kring patienten. Att kunna tolka och ge en förklaring till olika procedurer hör till omvårdnadsarbetets hörnstenar. Det kräver att sköterskan innehar skickliga kunskaper i omdömesförmåga och att kunna avgöra hur mycket och vilken information en patient vill ha på ett förståeligt sätt. (Benner 1997.s.84)

I resultatet har respondenterna funnit grupper och undergrupper samt kategorier som varit hörnstenarna i utredningsarbetet. De första grupperna delades in enligt antal besök, kontaktorsak, besökens längd och dokumentation. Antal besök och besökens längd var lätta att sätta in i överskådliga diagram. Där fick man även på reda hur många män, kvinnor eller barn som besökt mottagningarna. Gruppen kontaktorsak delades in i undergrupper som hade för respondenterna växt fram allteftersom dokumenten lästes igenom och analyserades. Efter detta kunde respondenterna sammanställa två diagram som visar på S respektive AKS kontaktorsaker till mottagningarna. Sista

gruppen, dokumentation visades i sin helhet i diagram, alla rubriker ur dokumenten som använts och analyserades sedan i mindre kategorier som redovisades var och en för sig till både S och AKS.

Benner skriver om hur viktig dokumentationen är, att den är tydlig och klar så att andra vårdgivare lätt kan ta del av informationen som dokumenterats. Hon skriver också att det oftast är sköterskan som står för dokumentationen av patienten i första hand och skall kunna framföra patientsituationen på ett övertygande sätt. (Benner 1997.s. 92)

Gillsjö och Bergman skriver i Fagertröms bok om hur viktig kontaktorsaken och aktuella allmäntillståndet är i ett patientdokument. En bra beskrivning över patientens nuvarande hälsostatus med relevans enligt patientens hälsoproblem. Detta genom att observera och lyssna på patienten. Åberg och Fagerström skriver i artikeln "expertsjukskötare – en finländsk version av nurse practitioner hur bra det är med expertsjukskötare med sakkännedom för att fatta egna beslut och utgör därför en viktig del av vårdkedjan genom att kunna göra en första bedömning av patienten i akuta skedet och dokumentera patientens aktuella allmäntillstånd sett ur AKS perspektiv.(Fagerström, m.fl.2011.s.212-213)(Åberg & Fagertröm, 2005)

I resultaten som respondenterna fick fram, kunde det konstateras samma saker som Lindblad m.fl. konstaterade i en artikel 2010, där man kunde påvisa saker som att AKS kände sig trygg när hon hade en allmän läkare att rådfråga om det behövdes. Att föreskrivningsrätt för vissa mediciner och remisskrivning skulle ha kunnat göras av AKS för att snabba vårdprocessen eftersom det oftast hade ordinerats klart men att en läkare var tvungen att skriva under remissen eller receptet för att det skulle godtas. Man kunde även påvisa att läkarbesöken minskade eftersom patienterna fick flera saker omsköta under besöket hos AKS vilket resulterade i att de inte behövde söka sig till läkare inom kort igen. (Lindblad, m.fl.2010)

Noteras bör, att det inte finns dokumenterat någonstans i patientdokumenten om patienters allergier eller reaktioner på läkemedel. Förfrågan av patienterna om allergier antas ha gjorts, men har inte dokumenterats, vilket vi endast kan reflektera och spekulera över.

Information åt patienterna och anhöriga är en av de viktigaste delarna i vårdkontakten. Detta har S och AKS tagit fasta på när de har gett information åt patienten och

dokumenterat detta genom en åtgärdskod som t.ex. GB009/ info/ undervisning åt patienten.

I resultatet kan respondenterna se en tydlig skillnad i dokumentationen mellan S och AKS. Skillnaden i dokumentationen avspeglar sig i arbetssättet som skiljer S och AKS från varandra. I utbildningen har AKS lärt sig att göra omfattande kliniska undersökningar, noggrann anamnes upptagning och att själv kunna fatta beslut om fortsatta vården. (Fagerström, m.fl. 2011.s.211)

Resultaten i denna studie visar att S dokumentationer är mera på en bas plan än AKS dokumentationer som är mera beskrivande och grundligare utförda. AKS materialet var även större jämfört med sjukskötmaterialet (56/28), och även mera innehållsrikt, bredare och utförligare dokumenterat.

Vid dokumentation ska man välja den teknik man vill använda och sedan ska man beskriva den. Man ska vara noga med olika begrepp vid beskrivning och angivelser. Som ett exempel, skriv inte endast "sår i huvudet" utan precisera " Vid palpering av huvudet finner man ett blödande sår med blod utgjutelse, bakom örat på vänstra sidan av huvudet, samt vid palpering finner man ett hematom med ett ca 5 cm distalt rakt bakom vänstra örat". Dokumentera även sådana saker ligger som underlag för att fastställa eller förkasta differentiala diagnoser. I dokumentationen är det viktigt att det framkommer om man funnit eller inte funnit det man undersökt för att kunna fastställa och utesluta möjliga diagnoser. Man kan även påpeka att det är mycket viktigt för hela vårdprocessen att genomgå de kännetecken som AKS har förmåga med fördjupade kunskaper inom medicin och omvårdnad, genom att observera, identifiera, åtgärda, bedöma samt utvärdera hälsoproblemen utifrån patientens helhetssituation. (Fagerström, 2011, s 241-244)

Detta tycker respondenterna att AKS har gjort bra genom sina utförliga och beskrivande texter i dokumenten som ses bl.a. under rubriken aktuellt.

Benner skriver i sin bok om, för att kunna utveckla expertis bör varje yrkesutövare se över sin praktiska handlingsstrategi och fastställa vad och hur man lär sig av sina erfarenheter eftersom det är dessa som ligger som grund för processen mot att bli expert. (Benner 1997.s. 192) Även Fagerström skriver att förväntningarna som satts på AKS är bl.a. Arbetserfarenhet, kompetens inom evidens – baserad vård samt att

kunna arbeta självständigt. Det var grunden för den utbildning som startade hösten 2006 på magisternivå med 90 studiepoäng i Finland. (Fagerström, 2009) Nieminen i sin tur lyfter fram vikten av självständiga bedömningar, klinisk kompetens och avancerade färdigheter. (Nieminen m.fl. 2011)

I tidigare forskning som tagits upp i studien har det framkommit att behovet av AKS växer och är till stor nytta för t.ex. en akutmottagning där man behöver en mera avancerad mottagningssköterska som kan utföra kliniska undersökningar och bedömningar samt fatta egna beslut om vården och om behovet av om en läkare bör konsulteras i patientsituationen.

9. KRITISK GRANSKNING

I detta kapitel kommer respondenterna att göra en kritisk granskning av studien. Dokument är det som använts som datainsamlingsmetod och där har det funnits god validitet vad gäller skillnader i patientdokumenten mellan sjukskötaren och avancerade kliniska sjukskötaren.

Validiteten i arbete är klara i diagrammen. Mätinstrumenten vi haft är dokument från patientbesök till S och AKS. Det är en vårdcentralens dokument som vi gjort en utredning för vilket betyder att dokumenten för oss är sekundärkällor. Någon annan har tagit emot och undersökt patienterna vilket gör att det endast kan spekuleras i vad som sagts i undersökningsrummet men som kanske inte har blivit dokumenterat.

Innehållsvaliditet innebär att status av olika variabler ska mätas med frågor. För att få relevanta och logiska frågor ska forskaren diskutera sitt frågeval med experter eller göra en innehållsanalys. I utredningsarbetet har de kommit fram olika variabler som vi kunnat göra i diagram för att belysa vår utredning bättre.

I utredningsarbetet framkom, att få mera information ur dokumenten och att ha tillgång till mera information av S och AKS, t ex genom videokonferens eller chatt tillgång skulle ha hjälpt oss att få ett djupare och bredare utredningsarbete. Dokumentationen har ibland varit svårtolkad och skulle ha underlättats av tvärvetenskapliga intervjuer med S och AKS vid sidan av dokumenteringen.

Begreppsvaliditeten testar hypoteser om begrepp i utredningsarbetet. Med kriterievaliditet berättar man i arbetet om samma sak som i dokumenten som har accepterats. Validiteten är sällan bevisad, eller verifierad utan den understöds i högre eller lägre grad. Validiteten i arbetet är en beskrivande statistik i diagram och text.(Forsberg & Wengström, 2008, 113-118)

I dokumenteringen av S och AKS framkommer det att S var till antalet fem olika med lika många dokumenteringssätt, som var för oss ibland svårtolkade. Det framkom även att någon S hade skickliga erfarenheter vid dokumenteringen t.ex. genom riklig och grundlig dokumentation. Däremot hade AKS flera dokumenteringsmöjligheter, nästan dubbelt mera patientbesök och mera krävande och avancerade arbetsuppgifter att sköta, som tydligt syntes i dokumenteringen. I AKS dokumenteringen framkom inga barnpatienter. Både i S och AKS dokumentering fanns svagheter enligt vårdprocessens uppbyggnad, allergier, tobaksvanor, alkoholvanor framkom minimalt.

Eliasson anser, att reliabiliteten är hur läsvänlig mellan läsaren och innehållet i utredningsarbetet är. Det framkommer att de är andrahandskällor till respondenterna för utredningen.(Eliasson, 2011, s.156)

Reliabiliteten är pålitligheten och möjlighet till en god och utförlig redovisning av urval, datainsamling och dataanalys som gjorts. Diskussion om hur kvaliteten säkrats i utredningsarbetet, men artiklarna i utredningen påverkar både kvantitativt och kvalitativt med pålitligheten i arbetet. Från reliabiliteten och validiteten är det möjligt att se arbetets resultat.(Henricsson, 2012, s. 474)

S och AKS dokumentation kunde inte i utredningsarbetet specifikt belysas enligt vårdprocessens olika skeden som t.ex. status, bedömning, åtgärd, planering och respons. De olika vårdprocessens skeden framkom i fåtal rubriker i dokumenten.

Utredningsarbetet har blivit innehållsrikt och grundligt på både diagram och text. Dokumenten har studerats noggrant och kritiskt tolkats med bra resultat.

10. DISKUSSION

Sjukskötarprofessionen står inför nya utmaningar idag. De kräver stora, snabba beslut och sjukskötaren har idag blivit; att man ska vara expert på sitt område och inneha

stora helheter av vetenskap för vården. Numera har det blivit till mera centrerade specialiteter som t.ex. barnmorskor kan sin expertis, anestesiskötarna är experter på sina områden, akutskötarna som inte tidigare hade speciell specialitet har dykt upp som expertskötare under den senare tiden. Vetenskapen leder vidare och nya kunskaper till utveckling av nya behandlingsmöjligheter, läkemedel, nya omvårdnadsmetoder och nya skickligheter. Detta ställer nya krav på profession, utbildning och den kompetens som krävs idag. Att ha kunskap om konflikter, tydliggöra dem och åtgärda utvecklingen med bättre vårdkvalité är av stor betydelse. Sjukskötaren behöver kunskap om hur vården kan göras säker och trygg för både patienter, anhöriga och personal. Kunskap att använda sig av kvalitetsindikatorer för att följa upp vårdens kvalité och resultat har vi med de dokument som vi studerat i vårt utredningsarbete fått fram olika data om patientbesök vid vårdcentralen.

I diskussionen tar man upp en kritisk diskussion med vald litteratur och representativitet. I detta avsnitt framkommer respondenternas egna synpunkter, och åsikter. I argumentationen skall det alltid finnas stöd resultat, både egna och andras. Avslutningsvis i diskussionen tar respondenterna fram förslag till vidareforskning och förändring. (Forsberg & Wengström 2008, s 74)

Genom att införa nya verksamhetsmodeller som man gör med AKS betyder de att gränser mellan professioner ändras. Sjukskötaren är ännu ett kvinnodominerat område, där det förväntas att de assisterar bl.a. läkare. Av tradition så är det läkarna som tagit vårdbesluten, medan sjukskötaren har haft omsorgen till patienten och assistans till läkaren. Med den nya AKS som implementerats krävs förändringar i uppfattningar, attityder och sätt att ordna olika verksamhetsområden i vården. För en AKS innebär det både omsorg och kliniska beslut för mervärde hos patienten. De kräver en förändring mentalt hos alla vårdspecialiteter och inte mindre för chefer och ledare i vårdverksamhet samt för politiker, beslutsfattare och hela befolkningen.

Studiens början startade när vi var på en Internationell kongress(INP/APNN) i Helsingfors 18-20.8.2014 och träffade Lisbeth Fagerström och Elisabeth Eero som gav som förslag att göra en undersökning till Norrlandsläns landsting angående sjukskötaren och kliniska avancerade sjukskötarens skillnader i arbetsrollen.

I dagens läge när allt ska gå snabbt bl.a. i vården gäller t ex att få ut arbetstagaren i arbetslivet igen. Tiden att sitta i kö och vänta flera timmar på en akutmottagning eller

att vara sjukskriven har ingen råd med ekonomiskt, när samhället pulserar på i allt snabbare takt. Lagen om vårdgaranti ställer stora och höga krav. En yrkes utbildad person inom hälso och sjukvården ska göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje dagen från det att patienten tog kontakt till vårdcentralen.(www.kommunerna.net).

Det ökade behovet kan AKS sköta genom att överta en del av bedömningen och vården av patienten med mindre avancerade akuta problem.(Fagerström L, 2011, 265). Det är önskvärt med flera utbildade sjuksköterskor med avancerad klinisk kompetens i framtiden för att utveckla professionen. En klinisk kompetens som inte används och utnyttjas kommer att försvagas. Här har kliniskt aktiva AKS, deras chefer på olika nivåer, utbildare och forskare en skyldighet att aktivt delta i marknadsföringen, d.v.s, att genom information bygga upp, underhålla och fördjupa kunskapen om nya verksamhetsmodeller till patienter, befolkning och beslutsfattare. Därför krävs uthållighet och klar vision i detta arbete.(Fagerström 2011, 400-404),

I nuläget kan man diskutera när AKS rollen har integrerats, varför en läkare behöver assistans och inte en medarbetare/team. Vi har funderat på att det vore intressant att fortsätta utredningsarbetet kring AKS och lyfta fram innovativa och strategiska skeden i vården, samt att få fram klara riktlinjer för AKS rollens funktion och arbetssätt. Ett annat viktigt område är rollbenämningen som kom fram i flera forskningar, om viktigheten i att ha en klar rolldefinition både inom kollegiet och för patienter och anhörigas skull.

”Vad är AKS identitetsroll 2025?”

LITTERATUR

Ackley, B. & Ladwig, G., 2011. *Nursing diagnosis Handbook. An evidence- based guide to planning care.* (9.uppl.) USA: Mosby elsevier.

Alvehus, J., 2013. *Skriva uppsats med kvalitativ metod: En handbok.* Kina: Liber.

Benner, P., 1997. *Från novis till expert – Mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet.* Lund: Studentlitteratur.

Benner, p., Tanner, C.A. & Chesla, C.A., 2003. *Expertkunnande i omvårdnad omsorg, klinisk bedömning och etik.* Lund: Studentlitteratur.

Brodin, A-G & Jansson, M. 2009., *Gränslös vård I – Tornedalen, Fritt vårdval inom den funktionella regionen Tornedalen.*

Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., Pinelli, J., 2004. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 48 (5), 519-529.

Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., 2004. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of advanced Nursing* 48 (5), 530-540.

Callaghan, L., 2006. Advanced nursing practice: an idea whose time has come. *Journal of clinical nursing.* 17. 205-2013

Chang, M., Gardner, G. E., Duffield, C., & Ramis, M. – A., 2010. A Delphi study to validate an Advanced Practice Nursing tool. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (10), 2320-2330.

Daly, W., M., Carnwell, R., 2003. nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 12, 158-167.

Denscombe, M., 2009. *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna.* Studentlitteratur. Polen.

Dokument från Övertorneå hälso central, 25.8.2014 – 25.11.2014.

- Eero, E. 2009. *Gränslös vård delrapport I, fritt vårdval inom den funktionella regionen Tornedalen.*
- Eero, E. 2011. *Gränslös vård II-Tornedalen, fördjupad vårdssamverkan mellan två länder.*
- Eklund, A., Supersjuksköterna är ännu få. *Vasabladet*.1.2.2015.s.7.
- Eliasson, A., 2011. Kvantitativ metod från början. Malmö ab Sweden
- Fagerström, L red., 2011. *Avancerad klinisk sjuksköterska: Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis.* Studentlitteratur. Lund
- Fagerström, L., 2009. Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *International nursing review*, 56, 269-272.
- Fagerström, L & Glasberg, A-L., 2011. The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland – the perspective of nurse leaders. *Journal of nursing Management*.19. s.925-932.
- Fagerström, L. & Åberg, J., 2005. Expertsjukskötare- En Finländsk version av "Nurse paractitioner" – En möjlighet för sjukskötare och hälsovårdare att utveckla sin kliniska kompetens. *Vård i Norden*. No.77 vol. 25.s.84-87
- Fejes, A & Thornberg, R., 2012. *Handbok i kvalitativ analys.* Stockholm: Liber
- Fejes, A & Thornberg, R., 2015. *Handbok i kvalitativ analys.* Stockholm: Liber
- Forsberg, C & Wengström, Y., 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier.* Stockholm: Natur och kultur
- Furlong, E. Smith, R., 2005. Advanced nursing practice: policy, education and role development. *Journal of Clinical Nursing* 14, 1059-1066.
- Glasberg, A-L., Fagerström, L., Räihä, G. & Jungerstam, S., 2009. Erfarenheter av den nya yrkesrollen som klinisk expertsjukskötare – en kvalitativ studie. *Vård i Norden* 92 (29), s.33-37.

- Griffin, M. & Melby, V., 2005. Developing an advanced nurse practitioner service in emergency care: attitudes of nurses and doctors. *Journal of advanced nursing*. 56. s. 292-301.
- Hallman, E-B. & Gillsjö, C., 2005. Avancerad specialistsjuksköterska – från idé till verklighet. *Vård i Norden*, 25 (3), s.76-78.
- Hamilton, G., Jones, D. & Lorensen, M. 1998. Advanced practice nursing in the nordic countries. *Journal of clinical nursing*. 7. s. 257-264
- Henricsson, M., 2012. *Vetenskaplig teori och metod, Från idé till examination inom omvårdnad*. Polen: Studentlitteratur.
- Jennings, N., O'Reilly, G., Lee, G., Cameron, P., Free, B., Bailey, M., 2008. Evaluating outcomes of the emergency nurse practitioner role in a major urban emergency department, Melbourne, Australia. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1044-1050.
- Kenny, K., J., Baker, L., Lanzon, M., Stevens, L., R., Yancy, M., 2008. An innovative approach to peer review for the advanced practice nurse - A focus on critical incidents. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners* 20, 376-381.
- Lindblad, E., Hallman, E-B., Gillsjö, C., Lindblad, U. & Fagerström L., 2010. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care – A qualitative study. *International Journal of advanced nursing*, 16, 69-74
- Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, P. & Boyd, L., 2011. Time to clarify- the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of advanced nursing*, 68 (3), 677-685.
- Malmström, T., Torkki, P., Valli, J., Malmström, R., 2012. Yhteispäivystyksen työnjako – Hyvinkään päivystyksen potilasvirta – analyysi. *Suomen lääkirilehti* 5, 345-351.
- Mannevara, B., 2010. Övergripande verksamhetsmodell för kliniska specialistsjuksköterskan vid Vasa Centralsjukhus.
- Nieminen, A-L., Mannevara, B., Fagerström, L., 2011. Advanced practice nurse's scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

Olsson, H & Sörensen, S. 2011. *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Patel, R & Davidson, B., 2007. *Forskningsmetodikens grunder, att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Persson, G., Vorland, L., Jokela, J., Salomaa, E., Orajärvi, S., Kursu, J., Leskinen, H., Oukka, A-L., (2011) *Avtal om Gräns samverkan inom pre-hospital akutsjukvård*

Reveley, S., 1998. The role of the triage nurse practitioner in general medical practice: an analysis of the role. *Journal of Advanced Nursing* 28 (3), 584-591.

Ruel, J., & Motyka, C., 2009. Advanced practice nursing A principle based concept analysis. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, s. 384-392.

Santamäki-Fischer, R, & Boman, E, *Vård i Focus* 3/2014

Supersjuksköterna är ännu få. *Vasabladet*, 1.2.2015, s. 7.

Vallimies-Patomäki, M., 2012. *Sairaanhoitajan, koulutus tänään ja huomenna*. Sociali- ja terveysministeriö, Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2014, (9), <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3478-8>.

Övertorneå vårdcentralfakta

<http://www.nll.se/sv/Halsa-och-sjukvard/Vardcentraler1/Overtornea-halsocentral/>
(hämtat 23.2.2015)

www.infovoice.se/ Övertorneå kommun fakta (hämtat 23.2.2015)

www.overtornea.se/ (hämtat 23.2.2015)

sv.wikipedia.org/wiki/övertorneå_kommun (hämtat 23.2.2015)