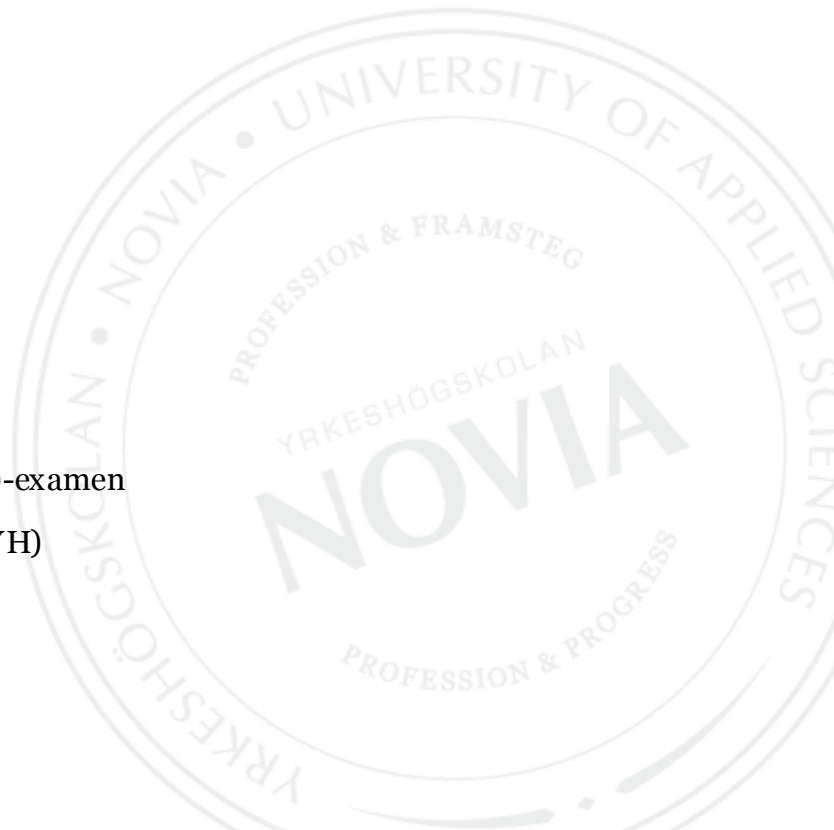




# **Avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska inom vård av äldre – ur äldres synvinkel**

Mari Huhtanen

Examensarbete för högre (YH)-examen  
Social- och hälsovård (Högre YH)  
Vasa 2015



## **EXAMENSARBETE**

Författare: Mari Huhtanen  
Utbildning och ort: Social- och hälsovård, Vasa (Högre YH)  
Profilering: Avancerad klinisk geriatrisk vård  
Handledare: Ann-Louise Glasberg och Lisbeth Fagerström

Titel: Avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska inom vård av äldre- ur äldres synvinkel.

---

Datum: Maj 2015

Sidantal:43

Bilagor:10

---

### **Abstrakt**

Syftet med studien är att synliggöra behovet av avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska inom vård av äldre- ur äldres synvinkel och utveckla en arbetsmodell för detta inom primärvården. Frågeställningen för studien är: Hur kan en avancerad klinisk sjuksköterska användas inom vård av äldre? Vilka arbetsuppgifter kan en avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska ha? Studien är en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie. Deltagarna i studien är äldre representanter från Sverige, Norge, Danmark och Färöarna. Data analyserades med innehållsanalys. Utifrån studiens resultat och tidigare forskning arbetades en arbetsmodell fram till primärvården.

Resultatet visar att det finns behov av en sjuksköterska med högre kompetens som specialiserar sig inom geriatrik. Den avancerade kliniska sjuksköterskans kompetens behövs i det kliniska praxis, i förebyggande arbete inom vård av äldre, utbildning och handledning av patienter, anhöriga och personal samt i förbättringsarbete. Avancerad klinisk sjuksköterska behövs både i öppen- och slutenvård och ska arbeta i team med olika yrkeskategorier. Den avancerade kliniska sjuksköterska ska vara lätt tillgänglig, ha tid och goda egenskaper som sjuksköterska.

---

Språk: Svenska Nyckelord: Advanced practice nurse, primary health-care, older people, Nordic countries, geriatric, person centered care

---

## **MASTER 'S THESIS**

Author: Mari Huhtanen  
Education and City: Health and Social Services, Vaasa  
Profiling: Advanced Clinical Geriatric Nursing  
Supervisors: Ann-Louise Glasberg and Lisbeth Fagerström

Title: Advanced clinical geriatric nurse in elderly care from the point of view of older people

---

Date: May 2015                      Number of Pages: 43                      Appendices: 10

---

### **Summary**

The aim of this study is to highlight the need for advanced clinical geriatric nurse in the care of the elderly from the elderly point of view and develop a working model for primary care. The research question for this study is: How can an advanced clinical nurse used in the care of the elderly? What tasks can an advanced clinical geriatric nurse have? The study is a qualitative semi-structured interview. Study participants are older representatives from Sweden, Norway, Denmark and the Faroe Islands. Data were analyzed by content analysis. Based on the results and previous research processed a working model to primary health care.

The results show that there is need of a nurse with higher skills specializing in geriatrics. The advanced clinical nurse skills needed in the clinical practice of preventive work in elderly care, training and supervision of patients, relatives and staff, as well as in the improvement efforts. Advanced Clinical Nurse is needed in both outpatient and inpatient care and will work in teams with different professions. The advanced clinical nurse should be easily accessible, have time and good properties as a nurse.

---

Language: Swedish    Keywords: Advanced practice nurse, primary health-care, older people, Nordic countries, geriatric, person centered care

---

## Innehåll

1 Inledning.....	1
2 Bakgrund.....	2
2.1 Vård av äldre.....	2
2.2 Primärvårdens ansvar och insatser.....	3
2.3 Övertorneå hälsocentral till den åldrande befolkningen.....	4
3 Avancerad klinisk sjuksköterska.....	5
3.1 Klinisk kompetens.....	7
3.2 Utveckling av den avancerade kliniska sjuksköterskans roll.....	9
4 Teoretiska utgångspunkter.....	11
4.1 Från novis till expert.....	12
4.2 Personcentrerad vård.....	15
5 Arbetsmodellutveckling.....	17
6 Syfte.....	21
7 Metod.....	21
7.1 Design.....	21
7.2 Kontext och urval.....	21
7.3 Etiska aspekter.....	22
7.4 Datasamling.....	22
7.5 Dataanalys.....	23
8 Resultat.....	24

8.1 Den avancerade kliniska sjuksköterskans roll.....	25
8.1.1 Kliniskt arbete.....	25
8.1.2 Förebyggande arbete.....	26
8.1.3 Handleda och utveckla.....	26
8.2 Äldres syn på behovet av den avancerade kliniska sjuksköterskans arbetsinsatser.....	27
8.2.1 Arbetsplatser.....	27
8.2.2 Teamarbete.....	28
8.2.3 Implementering.....	29
8.3 Äldres visioner om den avancerad klinisk sjuksköterskans kompetens och resurser.....	30
8.3.1 Kunskap.....	30
8.3.2 Tid och tillgänglighet .....	31
8.3.3Egenskaper .....	32
9 Arbetsmodell för en avancerad klinisk geriatriks sjuksköterska inom primärvård....	32
10 Diskussion.....	37
10.1 Metod diskussion.....	37
10.2 Resultat diskussion.....	39
11 Sammanfattning.....	43

Referenser

Bilagor

## **Inledning**

Sverige har i dag en av världens äldsta befolkning. Andelen äldre i befolkningen blir allt större och andelen allra äldsta förväntas öka framöver. Allt fler lever längre och även de som nått en hög ålder lever också längre. Enligt statistiska centralbyrån (2015) var den förväntade medellivslängden i Sverige för kvinnor år 2013 83,7 år och för män 80,1 år. De flesta äldre som går i ålderspension har en god hälsa och kan leva länge med bibehållen hälsa och funktionsförmåga. Med stigande ålder ökar dock risken för ohälsa och funktionsnedsättningar. Kroniska sjukdomar och flera samtida sjukdomar eller skador kan medföra funktionsnedsättningar och större behov av vård och omsorg. De mest sjuka äldre är individer som är 65 år och äldre och har mer omfattande sjukvård och omsorg. De har antingen 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, bor i särskilt boende och/eller har omfattande sjukvårdsinsatser. Denna grupp utgör 18 % av befolkningen 65 år och äldre. De mest sjuka äldre har behov av sammanhållen vård och omsorg som utgår från individen. Hur kan då vården möta det ökade behovet? (Socialstyrelse, 2011; Socialstyrelsen, 2015)

Under de senaste åren har äldres hälsa, vård och omsorg uppmärksammats mer och mer. Den ökande efterfrågan på sjukvården på alla nivåer ställer stora påfrestningar på hälso- och sjukvårdssystemen i hela världen. Förändrad åldersstruktur ställer också nya krav till hälso- och sjukvård. Framtida vård bör fokuseras på individuella behov och värdighet för äldre personer. Vården behöver mer förebyggande perspektiv. Äldre människors behov kommer att bli mer komplicerade och kräver omvårdnadskompetens på avancerad och specialiserad nivå. (Finnbakk, Skovdahl, Störe Blix & Fagerström, 2011)

I stora delar av världen är sjuksköterskor den största yrkesgruppen inom sjukvården. Genom att höja kompetensen och expandera deras roller och omfattningar av praxis kan kvalitet, tillgänglighet och kostnadseffektivitet inom hälso- och sjukvård förbättras. (Fagerström, 2008; Fagerström & Glasberg, 2011). I de nordiska länderna har man gjort intervjustudier med ledande politiker och chefer som är ansvariga för hälso- och sjukvård och primärvård för äldre i kommunerna. Från resultatet kommer det tydligt fram behovet av sjuksköterskor med avancerade kliniska kompetenser inom området. (Finnbakk, Skovdahl, Störe Blix & Fagerström, 2011)

## 2 Bakgrund

### 2.1 Vård av äldre

I Sverige genomfördes 1992 ädelreform som innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade och genom detta ta över en del ansvar som tidigare låg på landstingen. I samband med detta infördes i socialtjänstlagen en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för människor med särskilt stöd. Till de särskilda boendeformerna hör ålderdomshem, servicehus, gruppboendestäder och de sjukhem som överfördes från landstinget i samband med reformen. (Motion 1998/99: So436 Ädelreformen)

Kommunerna fick även ett ansvar för hälso- och sjukvård, exklusive läkarinsatser. Efter överenskommelse med landstinget har kommunerna även möjlighet att överta hemsjukvård i den enskildes hem. Många av landets kommuner har helt eller delvis övertagit detta ansvar. (Motion 1998/99: So436 Ädelreformen)

Efter att reformen genomfördes, har flera olika utredningar påvisat att den svenska äldrevården inte fungerar som man hade hoppats på. Äldre personer som har omfattande behov av sjukvård och/eller omsorg får inte den vård de behöver. Vård och omsorg har många problem och den är inte anpassad för att möta de mest sjuka äldres behov. Socialstyrelsen arbetar för att förbättra situationen genom att reglera, vägleda och följa upp så att problem åtgärdas. Följande brister har till exempel identifierats: bristfällig läkemedelsbehandling, samordningsproblem mellan och inom region/landsting och kommuner, majoriteten av landstingen arbetar inte systematiskt med att identifiera de mest sjuka äldre inom primär- och specialistvården samt kompetens- och kvalitetsbrister. (Socialstyrelsen, 2011)

Under 2010-2014 har ett nationellt projektarbete med ”Bättre liv för sjuka äldre” pågått i Sverige. Resultat från satsningen på att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre i Sveriges landsting och kommuner visar bland annat att det förebyggande arbetet har förbättrats och den har gett effekter. Användning av olika riskbedömningar som Senior Alert, SveDem och BPSD har ökat och man har kunnat se att t.ex. de landsting som har högt antal förebyggande åtgärder i Senior Alert, har lägre antal trycksår och viktminskningar.

Kunskapen om risker i vård och omsorg har ökat. Arbetet för en god demensvård har förbättrats genom att kvalitén på basala demensutredningen i primärvården har blivit bättre och fler får en specifik diagnos. Läkemedelsbehandling för äldre har förbättrats och fortsatt arbete för sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre pågår. (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015)

## **2.2 Primärvårdens ansvar och insatser**

Socialstyrelsen har kartlagt och analyserat primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggningen visar att primärvården är och vill vara den samordningsansvariga vårdnivån för de mest sjuka äldre, men få vårdenheter har särskilda äldrevårdcentraler, äldreteam, äldresjuksköterskor eller geriatrikkonsulter enligt verksamhetscheferna. Landstingen arbetar med att identifiera de mest sjuka äldre i primärvård och specialistvård. Primärvården bör prioritera utvecklingen av hembesök av läkare, samverkan med specialistvården och delta i samordnad vårdplanering med den specialiserade vården. Primärvården måste också prioritera bemanningen och ha fortsatt fokus på målgruppen. För att kunna utveckla verksamheten krävs det även utökad kompetens och utbildning inom kliniskt arbete. Genom att utbilda personal i dessa färdigheter stöds verksamhetens framtida strategier och planer. Fortbildning i geriatrik är viktig för personalen. (Socialstyrelse, 2013)

Läkarbristen är känd i hela landet men framförallt uttalad i glesbygdsområden inom primärvården. Stafettläkare används i stor skala för att täcka upp läkarbehovet. Detta ökar onekligen tillgängligheten till läkare för patienterna men försvårar även kontinuiteten och möjligheterna till en fast vårdkontakt. Genom implementering av en ny yrkeskategori med bredare kunskap inom kliniska bedömningar och utökade befogenheter kan såväl läkarnas som sjuksköterskornas kompetens nyttjas mer effektivt och patientsäkrare. (Fagerström, 2011)

En avancerad klinisk sjuksköterska kan driva en autonom mottagning och erbjuda patienterna en fast vårdkontakt. Patienten kan erbjudas en kontinuerlig uppföljning, vård och behandling efter sitt specifika vårdbehov. Läkaren oavsett om det är en ordinarie eller stafettläkare finns hela tiden tillgänglig i bakgrunden för bedömningar och konsultationer ur det medicinska perspektivet. Detta ger patienterna en snabbare och säkrare vård. (Fagerström 2011)



### **2.3 Övertorneå hälsocentral för den äldre befolkningen**

Detta examensarbete är även ett beställningsarbete från Övertorneå hälsocentral. Studeranden har ombett att göra en arbetsmodell för avancerad klinisk sjuksköterska inom primärvård vid Övertorneå hälsocentral. Övertorneå hälsocentral ligger i östra Norrbotten på gränsen mot Finland. Kommunen är en liten kommun, med ca 4700 invånare och har en äldre befolkning med 29,7 % 65 år och äldre (Statistiska centralbyrån, 2014). Verksamhetschefen Elisabeth Eero bekräftar (personlig kommunikation, 5 maj 2015) att Övertorneå hälsocentral har ca 4574 listade patienter. Övertorneå hälsocentrals läkarmottagning har fyra sjuksköterske/distriktsskötersketjänster varav en är diabetessköterska, fyra läkartjänster varav 2,8 är fast anställda, en tjänst för BVC/MVC, en biomedicinskanalytiker och tre undersköterskor. Upptagningsområdet är delat i två områden, norra och södra. Tanken med områdesdelningen är att de båda områdena har egna distriktssköterskor/sjuksköterskor samt läkare. På grund av läkarbrist kan inte denna arbetsmodell användas fullt ut.

Till Övertorneå hälsocentral bokas patienter via telefon där en sjuksköterska gör den första bedömningen av patienternas vårdbehov. Patienterna kan bokas in till dagjour, till vanlig sköterskemottagning eller till vanlig läkarmottagning. Utöver det finns det på hälsocentralen två sjukgymnaster som bedriver verksamheten som består av bedömning/ behandling i vårdande, uppehållande eller förebyggande syfte. Arbetsterapin gör bedömningar och behandlingar, ansvarar för hjälpmedel samt bedriver en minnesmottagning. Det finns sjuksköterskor som har fördjupade kunskaper inom diabetes, astma/KOL och kardiologi som bedriver egna mottagningar samt två utbildade sjuksköterskor som gör läkemedelsgenomgångar. Hälsocentralen har en dygnsambulans och en akutavdelning med fem platser.

Till de multisjuka och mångbesökare som har behov av ökad trygghet, säkerhet och kontinuitet i vården ska en fast vårdkontakt utses. På Övertorneå hälsocentral ska de områdes ansvariga distrikts- eller sjuksköterskor vara fasta vårdkontakter till de behövande. Det har dock inte fungerat som önskat enligt verksamhetschefen. På hälsocentralen finns det många olika kompetenser och resurser för att ge god vård till de sjuka äldre samtidigt som det behövs specifik kunskap om geriatrik och en samordnande funktion.

År 2014 tog Övertorneå kommun över hemsjukvården. Vilket innebär att ansvaret för all planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, som med bibehållen patientsäkerhet kan ges i den enskildes hem, har övergått till kommunen. Hemsjukvård omfattar alla personer från 18 år och äldre som är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet enligt tröskelprincipen. Kommunen har ansvar för insatser inom hemsjukvård i ordinärt boende från den dagen behovet uppstår och samordnad individuell plan har upprättats. Hemsjukvård omfattar alla sjuksköterskeinsatser samt rehabilitering och habilitering av sjukgymnast och arbetsterapeut. Hemsjukvård avser alla diagnoser och utförs hela dygnet. Hemsjukvård omfattar palliativ vård på primärvårdsnivå. Tröskelprincipen betyder att kommunen ansvarar för den hälso- och sjukvård som ges i det egna hemmet till personer som på grund av sjukdom, funktionsnedsättning eller social situation inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka en hälsocentral. (Kommunförbundet Norrbotten & Norrbottens Läns Landsting, 2012)

Behovet av samverkan mellan kommun och landsting har blivit allt tydligare. Ett gemensamt ansvarstagande för den enskildes hälso- och sjukvård och socialtjänst är angeläget och nödvändigt. Otydliga uppdrag och en oklar ansvarsfördelning skapar osäkerhet, diskussioner och tvister. När kommuner och landsting samarbetar ordentligt hamnar inte personer mellan stolarna och ekonomiska oenigheter kan undvikas. Samordnad individuell planering för den enskilde är viktig för att säkerställa att den hälso- och sjukvård och socialtjänst som erbjuds är av god kvalitet utifrån den enskildes behov. (Kommunförbundet Norrbotten & Norrbottens Läns Landsting, 2012)

### **3 Avancerad klinisk sjuksköterska**

International Council of Nurses (ICN) har genom experter i International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network (INPAPNN) utvecklat följande definition (ICN, 2002) för Advanced Practice Nurse, avancerad klinisk sjuksköterska.

*” A Nurse Practitioner/Advice Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A Master’s degree is recommended for entry level.*

Avancerad klinisk sjuksköterska (AKS) är en grundutbildad sjuksköterska med tillräcklig arbetslivserfarenhet samt en utbildning på mastersnivå inom avancerad klinisk omvårdnad (AKO). Avancerad klinisk kompetens är en utvidgning av legitimerade sjuksköterskors kliniska kompetens (Fagerström, 2011). Utbildning inom avancerad klinisk omvårdnad utvecklar sjuksköterskans kliniska kompetenser för att kunna ge mer högkvalificerad evidensbaserad vård. Målet är att ge en högre högskoleutbildning som ger kompetens för sjuksköterskans självständiga professionella yrkesutövning på en avancerad klinisk nivå. Det finns tre tyngdpunktsområden, förebyggande vårdarbete, bedömning av vårdbehov och vård och uppföljning av akuta och kroniska sjukdomar. (Fagerström, 2008)

Avancerad klinisk omvårdnad är ett samlingsnamn för olika typer av omvårdnad och omfattar sjuksköterskor som agerar i olika avancerade roller. Sjuksköterskor med avancerad kompetens finns t.ex. inom primärvård, akutsjukvård, specialistvård och långvård. (Fagerström, 2012; Nieminen, Mannevaara & Fagerström, 2011)

Utbildningen som jag går, riktar sig mot geriatrik och är ett resultat av nordiskt nätverksarbete. Nordiskt nätverk, GEROPROFF hade till syfte att utveckla en gemensam masterutbildning inom avancerad klinisk geriatrisk omvårdnad i Norden. Utbildningsprogrammet följer ICN:s riktlinjer för mastersprogram inom Advanced Practice Nursing och ger avancerad klinisk sjuksköterskekompetens inom geriatrik och gerontologi.

AKS med inriktning mot geriatrik fördjupar sina kunskaper om orsaker, symtom, diagnos och behandling av sjukdomar hos äldre. Kunskapen om åldrandet är viktigt för att kunna avgränsa dessa mot sjukdom, men gränsen kan vara svår att dra. Den geriatriska patienten har ofta en eller flera kroniska sjukdomar samtidigt eller en akut sjukdom tillsammans med de kroniska sjukdomarna. Flera organ sviktar samtidigt och ger olika symtombilder och försämringar i grundsjukdomar. Hos den äldre personen kan somatiska och psykiska problem kombineras med social situation och gör utredningen och behandlingen svårare. Sjukdomsbilden hos de äldre kan skilja sig betydligt jämfört med de yngre. (Dehlin & Rundgren, 2007)

### **3.1 Klinisk kompetens**

Beskrivning av klinisk kompetens varierar från olika uppgifter som ska göras till kunskap, färdighet, förmåga och etisk förhållning. Professionell klinisk kompetens består av både praktisk och teoretisk kunskap samt sjuksköterskans förmåga att integrera omvårdnadsvetenskap med andra vetenskaper i hans/hennes kliniska kunskap. (Nieminen, Mannevaara & Fagerström, 2011)

Den avancerade kliniska sjuksköterskans kompetens består av självständigt arbete med bedömning, diagnostisering och vård av vanliga akuta hälsobehov och hälsotillstånd. Hon/han följer upp långvariga hälsobehov på ett avancerat sätt och utför fördjupad systematisk omfattande klinisk undersökning och utreder patientens hälsohistoria och hälsobehov. Utifrån bedömningen kan hon/han se patientens hälsobehov och utföra och planera de omvårdnadsåtgärder och behandlingsinsatser som behövs. Hon/han kan ordinera undersökningar, laboratorieprover, mediciner samt remittera och skriva in och ut patienter. AKS ska kunna patogenesen och kunna svara på frågorna, vad som orsakar ohälsa och förstå varför patienten mår dåligt. AKS ger holistisk vård och omvårdnad som ser patienten i helhet och har patientens behov i fokus. (Altersved, Zetterlund, Lindblad & Fagerström, 2011; Fagerström, 2011; Nieminen, Mannevaara & Fagerström, 2011)

Även om en AKS arbetar självständigt är samverkan och samarbete en grundläggande kunskap. AKS samarbetar med patienten och anhöriga men även tvärprofessionellt i team med andra yrkesgrupper och har samverkan över olika organisationer. (Hamric, Hanson, Tracy & O'Grady, 2014)

AKS ska även ha egenskap och kunskap att ansvara och leda hälsopromotivt och hälsopreventivt arbete samt kunnande om de åtta olika kompetensområdena enligt modellen för nordisk avancerad klinisk omvårdnad. Nordisk modell för avancerad klinisk omvårdnad är utvecklat från andra internationella modeller samt från omvårdnadsteorier. Den är anpassad till omvårdnad i Norden och är en beskrivning om de centrala och viktiga områdena i avancerad klinisk omvårdnad. Nordisk modell för avancerad klinisk omvårdnad och sjuksköterskans roll bygger på sjuksköterskan och patientens vårdrelation och är utvecklat till en beskrivning för att förstå patientens hälsobehov. De åtta kompetensområdena är direkt klinisk praxis, etiskt beslutsfattande, coachning och vägledning, konsultation, samarbete, Case management, forskning och utveckling samt ledarskap. (Fagerström, 2011)

Klinisk praxis som är det viktigaste kompetensområdet, består i avancerad nivå av integrering av kompetens på grund- och elementär nivå samt specifika fördjupade kompetenser med bred klinisk färdighet. Till klinisk praxis hör aktiviteter, omvårdnadsåtgärder och interventioner som sker i direkt kontakt med patienten. Även de indirekta som t.ex. konsultation av andra yrkeskategorier, planering av vård behandling samt undervisning, hör till klinisk praxis. Sjuksköterska på avancerad nivå visar klar och tydlig klinisk autonomi och det centrala i avancerad klinisk omvårdnad är klinisk resonemang, klinisk bedömning och skicklig klinisk utförande av en AKS som känner sin patient. Att känna sin patient handlar om att känna igen patientens individuella reaktionsmönster för att tid i kunna upptäcka förändringar i patientens hälsotillstånd. (Fagerström, 2011)

Etiskt beslutfattande handlar om sjuksköterskans förmåga att känna igen etiska frågeställningar och kunna hitta lösningar till komplexa etiska problem. I klinisk praxis förekommer det alltid etiska problem och eftersom ansvaret för mer komplexa patientfall ökar för en AKS, ökar också kravet på förmågan att ta etiska beslut. (Fagerström, 2011)

Coachning och vägledning av patienter är ett viktigt område inom omvårdnad. Coachning betyder att samarbeta, stödja, vägleda och utveckla patienter att gå igenom t.ex. olika situationer med hälsoproblem. Konsultation som kompetensområde inom AKO tar upp samarbetet och kommunikationen med patienter, anhöriga och kolleger och andra yrkeskategorier i vårdteamet. Konsultation är avgörande för god vård med hög kvalitet i omvårdnaden. Konsultation handlar om en interaktion mellan två professionella personer där konsulten bedöms ha specialiserade kunskaper. Samarbete är ett centralt kompetensområde inom AKO och förutsätter goda färdigheter i kommunikation och klinisk kompetens. Samarbete mellan professioner kräver gemensamma mål, tillit, ömsesidig respekt och att värdesätta varandras kunskap och färdigheter. Väl fungerande samarbete leder till bättre vårdresultat. (Fagerström, 2011)

Case management innefattar en kontinuerlig patient uppföljning och en hantering av vårdkedjan genom hela patientförloppet. Case management är en samordnande funktion som ser till att patienter med långvariga sjukdomar får den vård och service de behöver, när de det behöver och så länge de det behöver. Forskning och utveckling som kompetensområde blir allt viktigare inom hälso- och sjukvård eftersom utveckling och förbättring bör ske kontinuerligt inom vården och ska baseras på evidens. AKS ska aktivt leda förändringar

genom att utöva sin kompetens för forskning och utveckling i sitt eget arbete och praxis men även på organisation och systemnivå. Sista kompetensområdet ledarskap är en stor utmaning för en AKS men för att kunna göra skillnad i framtidens hälso- och sjukvård behöver en AKS utveckla sin kompetens att leda i den aktuella vårdmiljön och i de sammanhang han/hon befinner sig i. Nya verksamhetsmodeller och nya arbetssätt förutsätter nya uppfinningar och för en AKS blir det hög aktuellt. Därför är det viktigt att utveckla sin förhandlingsförmåga, skapa förståelse av olika system och utveckla sin ledarskapsförmåga med tanke på att kunna påverka system som är i behov av förbättringar. (Fagerström, 2011)

### **3.2 Utveckling av den avancerade kliniska sjuksköterskans roll**

Under de senaste 20 åren har antalet sjuksköterskor med avancerade funktioner ökat globalt men nationerna befinner sig i olika stadier i genomförandet av den nya AKS rollen. USA, Storbritannien och Kanada har varit de första länderna att utveckla AKS rollen och i dessa, samt i ett flertal andra länder har avancerad klinisk sjuksköterska en väl etablerad roll. De första AKS utexaminerades i Sverige år 2005 och i Finland år 2006. (Delamaire & Lafortune, 2010; Fagerström & Glasberg, 2011; Nieminen, Mannevaara & Fagerström, 2011)

Många länder har under de senaste åren utforskat olika alternativ av att implementera AKS som arbetskraft inom hälso- och sjukvård. Studier har visat att AKS inom hälso- och sjukvård bidrar positivt till att garantera optimal hälso- och sjukvård. (De Geest et al., 2008) Samtidigt som det finns behov av att tydligöra rollen (Lowe, Plummer, O'Brien & Boyd, 2011). Evidens visar att patienterna är nöjda med den vård AKS ger. Patienterna får mer tid, information och stöd och det finns inga betydliga skillnader på hälsoreultat jämfört med den vård läkare ger. (De Geest, Moons, Callens, Gut, Lindpainter & Spirig, 2008)

Så kallade Nurse Practitioners (NP), som är en särskild grupp av AKS, är en roll som utvecklades i USA på 1960-talet för att möta primärvårdsläkarbrist på landsbygden. Rollen har med åren utvecklats och spridits över kontinenter. I Sverige och Finland finns det också erfarenhet om AKS-mottagning inom primärvård med mindre avancerade akuta hälsobehov. Vid Närpes hälsovårdscentral i Finland har AKS en egen mottagning för akuta hälsobehov där hon/han tar emot t.ex. patienter med okomplicerade skador och sjukdomar i rörelseorgan, akuta infektionssjukdomar och förberedande undersökningar av patienter med akuta hjärt- och buksmärter. I Skaraborg i Sverige utvecklades en modell för avancerad klinisk omvårdnad

för att möta patienter med akuta infektioner inom primärvård. (De Geest et al., 2008; Fagerström, 2011)

AKS inom primärvård har kunnat ses som en lösning för vårdgarantin. Hälso- och sjukvårdssystemet ska kunna ge effektiva och snabba värderingar och behandlingar för patienternas hälsobehov samtidigt som läkarbristen inte minst inom primärvård är realitet. AKS kan överta en del bedömningar och vård av mindre avancerade akuta hälsoproblem. En hälsocentral som är bemannad med en AKS på akutmottagningen har visat sig förbättra tillgängligheten och avlasta läkarna. (Altersved, Zetterlund, Lindblad & Fagerström 2011; Fagerström, 2011; Lindblad et al., 2010)

Behovet av utveckling av nya AKS roller och vårdinnovationer bör komma från de vårdbehov som finns bland befolkningen. En analys av epidemiologisk och demografisk dynamik visar att det inte är vård av t.ex. infektionssjukdomar eller andra tillfälliga akuta sjukdomar utan snarare vård av kroniskt sjuka patienter som representerar den största utmaningen för hälso- och sjukvården i framtiden. Studier visar att AKS behövs i tertiärprevention, uppföljning av patienter med kroniska sjukdomar och i sekundär prevention inom primärvård hos äldre människor. (De Geest et al., 2008; Nieminen, Mannevaara & Fagerström, 2011)

Patienter med kroniska sjukdomar har en diagnos och behandling som inte kan botas. Hur sjukdomen förlöper och hur patienten mår beror mycket på hur patienten kan hantera sitt tillstånd i vardagen. Egenvård handlar om de dagliga åtgärder patienten gör för att hantera sin sjukdom och är en nyckel till en framgångsrik behandling av kronisk sjukdom. Stöd, rådgivning och uppföljning för egenvård för patienter med kronisk sjukdom är viktigt för god egenvård hos kroniskt sjuka patienter och ger bättre resultat. Stöd till patienter och anhöriga med olika kroniska sjukdomar har till syfte att samordna de bästa strategier för patienternas egenvård och att ha kontinuitet i vården. Dagens teknik med olika tekniska lösningar som t.ex. video, internetapplikationer och smarttelefoner används alltmer för att garantera kontinuitet i vården utöver person till person möten. En avancerad klinisk sjuksköterska kan bidra med sin breda kunskap och avancerade kliniska färdighet till adekvat vårdmodell och vård och omsorg för kroniskt sjuka patienter. (De Geest et al., 2008)

För att möta framtida behov med åldrande befolkning finns det t.ex. i USA mer och mer s.k. ”adult-gerontology nurse practitioners” (AGPN) för att öka effektiviteten i vården av äldre, förbättra kvalitén, minska sjukhusvistelse och ge evidensbaserad vård. Den här typen av avancerad vård har setts vara hållbar kostnadseffektiv vård inom primärvård för de mest belastade sjukvårdskostnader (Abumaria, Hastings-Tolsma & Sakraida, 2014). Det finns även modeller där avancerad klinisk sjuksköterska arbetar t.ex. med hjärtsjuka äldre, psykiska sjukdomar och demenssjukdomar. (Morilla-Herrera, Morales-Asencio, Martín-Santos, Garcia-Mayor, Rodríguez-Bouza & González-Posadas, 2012)

Avancerad klinisk sjuksköterska som arbetar hälsofrämjande med de multisjuka äldre patienterna har fokus på att främja och upprätthålla äldres hälsa och funktionsförmåga. Hjälps och stöd i de förändringar och förluster som följer med åldrandet eller till följd av sjukdom är viktiga insatser en AKS kan ge till de äldre. Förebygga sjukdomar och ge vård och behandling som botar och lindrar samt främjar rehabilitering är AKS arbetsuppgifter. (Fagerström, 2011)

Akner och Gustafson (2014) skriver i sin artikel att det är viktigt att äldre människor som ofta är multisjuka, har multipla och komplexa hälsoproblem som behöver många gånger primär- och sjukhusvård samt kommunala omsorg, får individuellt anpassade handläggningar. Därför är det viktigt att ändra fokus från sjukdomar till personer. Istället att ha fokus på att en sjukdom finns hos en person, tänker man att personen har multipla sjukdomar. Personcentrerad geriatrik innebär flerdömsomhandläggning, vilket innebär att man ska ha helhetssyn på hela människans problematik. Vård av äldre ska fokusera på individens samlade hälsosituation och hälsoresurser ur ett rehabiliterande perspektiv. Aktuella hälsoproblem ska analyseras och det kräver teamarbete för att kunna ge vård som har målet att lindra symptom och förbättra eller bevara funktioner. Det är också viktigt att förebygga och upptäcka hälsoproblem inkluderande komplikationer som t.ex. läkemedelsbiverkningar.

#### **4 Teoretiska utgångspunkter**

Jag har valt två teoretiska referensramar som jag anser hör ihop med studien. Patricia Benners (2001) teori om sjuksköterskans kompetensutveckling i sin yrkesroll från novis till expert



illustrerar den utveckling sjuksköterska behöver för att utveckla sig till expertnivå. Personcentrerad vård däremot är centralt i all vård och omsorg och inte minst i vård av äldre.

#### **4.1 Från Novis till Expert enligt Patricia Benner**

Patricia Benner's modell från Novis till Expert (2001) beskriver sjuksköterskans utveckling i hennes yrkesroll. Kunskap och praktisk erfarenhet tillsammans utvecklar sjuksköterskan från en nyfärdig sjuksköterska till expertis. Den utvecklingen kan beskrivas i fem steg; novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. Som en nyfärdig sjuksköterska finns det teoretiska kunskaper som ska appliceras i det kliniska arbetet, och i takt med att sjuksköterskan ställs inför nya situationer så byggs erfarenheten upp. Teorin belyser betydelsen av att den kliniska kunskapen anskaffas i praktiken samt utvecklas över tid och att handledning och stöd är av stor vikt.

Novis är första stadiet i utvecklingen som sjuksköterska och innebär att sjuksköterskan saknar bakgrundsförståelse för situationen. Hon/han har inte erfarenheter av de situationer hon möter och hur hon förväntas handla. Hennes agerande styrs i första hand av regler och riktlinjer och därför är det viktigt med regler och riktlinjer som vägleder sjuksköterskans agerande. Novisens beteende och handlande är begränsade och oflexibla på grund av att den är regelstyrd. (Benner, 2001)

En sjuksköterska som är avancerad nybörjare behöver fortfarande regler för att kunna hantera olika situationer. En avancerad nybörjare kan fortfarande inte uppfatta helheten i situationen på grund av att omständigheter i frågan är nya. För att kunna klara av kliniska sammanhang, behöver en avancerad nybörjare stöd, men hon/han börjar bli medveten om återkommande betydelsefulla mönster i sitt kliniska arbete. (Benner, 2001)

En kompetent sjuksköterska har arbetat inom samma kliniska område under en längre tid och är medveten om sina egna handlingar på ett mer långsiktigt plan. Den kompetenta sjuksköterskan saknar expertens snabbhet samtidigt som hon behärskar den aktuella situationen. En sjuksköterska som är i kompetent stadiet kan prioritera och det kritiska tänkandet utvecklas. (Benner, 2001)

En sjuksköterska som är skicklig, ser situationer i helheter och kan se betydelsen av åtgärder i det aktuella skedet relaterat till långsiktiga mål. En skicklig sjuksköterska har egen erfarenhet och kunskap om typiska händelser som kan förväntas i en given situation och hur hon/han måste planera till följd av dessa händelser. Sjuksköterskan kan se det avvikande från normala det mönstret och att fatta beslut är inte ansträngande längre. (Benner, 2001)

En sjuksköterska som befinner sig i expertstadiet har speciella färdigheter och fokuserar snabbt på det mest centrala i situationen. Experten arbetar från en djup förståelse av situationen och har en vision av vad som är möjligt. Hon/han behöver inte enbart lita på analytiska principer för att få en förståelse av situationen. (Benner, 2001)

Enligt Benner (2001) delas omvårdnadsarbete in i olika kompetensområden, domäner. Den första domänen handlar om sjuksköterskans hjälpande roll. Sjuksköterskan skapar närhet till patienten för att kunna handleda patienten genom förändringar i känslor och handling. Sjuksköterskan hjälper patienten tolka sina symtom och stödjer i egenvård så att patienten har möjlighet att delta och själv ta över kontrollen över sitt tillfriskande. Sjuksköterskan ska kunna beröra och trösta patienten samt ha kontakt med anhöriga och ge stöd och information till dem.

Den andra domänen belyser sjuksköterskans undervisande och vägledande funktion. För effektiv patientundervisning är det viktigt att sjuksköterskan fångar upp patientens förmåga och väljer rätt tidpunkt för information och åtgärder även om patienten inte verkar beredd. Sjuksköterskan stödjer patienten med att kunna integrera sjukdomens och tillfrisknandets villkor i levnadssättet. Sjuksköterskan ska kunna förstå patientens tolkning av sjukdomstillståndet samt att kunna ge en tolkning till patienten om tillståndet och en förklaring till åtgärder. Sjuksköterskan måste även kunna vägleda patienten i de kulturellt svårbegripliga sidorna av en sjukdom på ett förståeligt sätt. (Benner, 2001)

Tredje omvårdnadsarbetets domän, diagnostik och övervakande, tar upp sjuksköterskans funktion att upptäcka och dokumentera viktiga förändringar i patientens tillstånd. Sjuksköterskan ska ha kunskap att kunna se de tidiga varningssignaler som tyder på försämring i patientens tillstånd innan bekräftade diagnostiska tecken uppträder. Sjuksköterskan ska tänka framåt och förekomma problem samt förutse de specifika krav som

en sjukdom ger upphov till. Sjuksköterskan ska bedöma patientens möjlighet att bli frisk och att kunna svara på olika behandlingsstrategier. (Benner, 2001)

Fjärde domän handlar om att sjuksköterskan effektivt ska kunna hantera snabbt skiftande situationer, uppfatta problem i akuta situationer och sätta in kvalificerade insatser. Sjuksköterskan ska snabbt kunna balansera krav mot resurser i akuta situationer och kunna identifiera och hantera kriser tills läkaren kommer. (Benner, 2001)

Domän fem, att utföra och övervaka behandling beskriver sjuksköterskans uppgift att sköta läkemedelsbehandling med minsta möjliga risker och komplikationer. Läkemedel ska administreras korrekt, sjuksköterskan upptäcker biverkningar, reaktioner, terapeutiska gensvar, överdoseringssymtom och oförenligheter. Sjuksköterskan förebygger immobilisering och skapar strategier för gynnsam läkning. (Benner, 2001)

Sjätte domän, att övervaka och säkerställa praktiskt vårdarbete sker genom att sjuksköterska upprättar ett säkerhetssystem för att garantera säkrast möjliga vård. Sjuksköterskan skall kunna bedöma vad som riskfritt kan utelämnas från eller läggas till i givna medicinska ordinationer. Sjuksköterskan ska få skäliga svar inom rimlig tid från läkaren för att kunna garantera god vård. (Benner, 2001)

Sista domän, att planera och organisera för personalens arbete och vården handlar om sjuksköterskans arbetsledande funktion. Sjuksköterskan strävar efter att uppnå kontinuitet runt patienten för att skapa trygghet. Detta kräver samordning och teamarbete. (Benner, 2001)

Utveckling från novis till expert sker enligt Benner (2001) i första hand genom den erfarenhet som sjuksköterskan skaffar sig genom att arbeta inom samma verksamhet eller specialitet över en längre tid. Men enbart erfarenhet leder inte till inläring och ökat kunnande upp till expert nivå utan det ska kombineras med teoretisk kunskap med reflektiv förmåga och möjlighet att integrera innebörden av denna kombination med den egna personligheten.

## 4.2 Personcentrerad vård

Personcentrerad vård beskrivs som en viktig framgångsfaktor för att höja kvalitén i hälso- och sjukvård. Som avancerad klinisk omvårdnad har även personcentrerad vård sina rötter i ett holistiskt synsätt. Detta betyder att människor ses i sin bio-psykosocial verklighet och vården skall ges med hänsyn till patienternas personliga identiteter. I personcentrerad vård är relationen mellan person och vårdpersonal nyckeln till framgångsrikt vårdresultat. Personcentrerad vård handlar om att varje individ har rätt att ha egna värderingar och uppfattningar som respekteras av vårdgivaren. Det handlar om individens personlighet och de värden som gör individer unika och äkta. Personcentrerad vård fokuserar på individens förmåga, kapacitet och resurser i kraft av att vara en person. Den strävar efter att dra nytta av personens egen kraft och göra patienten delaktig i vårdarbetet och de vårdbeslut som tas. Det krävs respekt och djup förståelse att varje person har egna tankar och känslor samtidigt som alla har potential att förändras. Personcentrerad vård bygger på värdet av personlighet. I den personcentrerade vården har patienten möjlighet att ta kontroll över och hantera sin sjukdom och dess symtom, få en överblick av vårdarbetet och härigenom känna sig trygg i vårdkedjan. (Ekman et al., 2011; McCormack 2003; McCormack & McCance, 2006; Morgan & Yoder, 2012)

Personcentrerad vård har visat sig bidra exempelvis en förbättrad överenskommelse mellan vårdgivare och patient på behandlingsplaner, bättre hälsoreultat och ökad patienttillfredsställelse. Trots de fakta om fördelar med personcentrerad vård som undersökningarna visar, är det stor variation med att verkställa det systematiskt i klinisk praktik. Det är bekräftat att personcentrerad vård är en viktig del av vården men det krävs rutiner och ramar för att använda och utveckla personcentrerad vård systematiskt och metodiskt i dagligt arbete. (Ekman et al., 2011; McCormack 2003; McCormack & McCance, 2006; Morgan & Yoder 2012)

Ekman et al. (2011) skriver i sin artikel om tre begrepp som är centrala i personcentrerad vård i dagligt kliniskt arbete. Patientberättelse är en förutsättning till personcentrerad vård och grund till samarbetet. Patientens berättelse om sin livssituation, sjukdom, symtom och dess påverkan på hans/hennes liv är en personlig upplevelse av tillståndet och är alltid centralt i vården. Patienten berättar om det dagliga lidandet som kan relateras till medicinsk berättelse och reflekteras till diagnostiseringen och behandlingen av sjukdom. Tillsammans med övriga

undersökningar planeras vården gemensamt och en hälsoplan utförs. Det är en dialog mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal som gör det möjligt för personalen att uppfatta, tolka och förstå patientens symtom, behov och resurser.

Partnerskap handlar om ömsesidig respekt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal om varandras kunskaper. Patientens kunskap om sin sjukdom, tillstånd och hur det är att leva med det och vårdpersonalens kunskap om sjukdom, vård och behandling. Patienten är en aktiv partner och tillsammans med vårdpersonalen delar kunskaper och erfarenheter om det tillstånd patienten befinner sig i. Genom att berätta och att lyssna hittar man vägen till gemensam förståelse om upplevelsen av sjukdom och tillsammans med symtom ger det en bra grund för diskussioner om planerad vård och behandling. Partnerskap handlar om ett gemensamt ansvar och vården måste anpassas efter båda parter respektive mål, kunskap och resurser. Patientens livsstil, känslor, tankar och erfarenheter ska tas hänsyn till vid val av vård och behandling. (Ekman et al., 2011)

Dokumentation av patientens hälsoplan, delaktighet i vård och behandling samt värdering och erfarenheter är en del av personcentrerad vård. Systematisk och strukturerad dokumentation höjer kvalitén i vården. Dokumentation är ett sätt att kommunicera i vården. (Ekman et al., 2011)

McCormack & McCance (2006) har utvecklat en ram för personcentrerad vård som innefattar fyra olika delar; förutsättningar, vårdmiljö, personcentrerad process och förväntat resultat. Förutsättningar handlar om sjuksköterskans egenskaper. Sjuksköterskan professionella kompetens med kunskap och färdighet att kunna bedöma och prioritera vård inkluderar även fysisk och teknisk kunskap. Sjuksköterskan behöver ha utvecklad social kompetens för att kunna utföra en bra kommunikation på olika nivåer. Sjuksköterskan behöver också vara engagerad i sitt arbete för att kunna ge den bästa möjliga vård till patienter. Sjuksköterskan ska ha klarhet i sina värderingar och bra självkännet för att kunna reflektera vilken påverkan hon/han kan ha i patientens beslutsfattnings process.

Vårdmiljön har en stor påverkan i genomförandet av personcentrerad vård och har den största potential i att begränsa eller förbättra personcentrerad vårdprocess. Vårdmiljön som gynnar

personcentrerad vård har en lämplig blandning av olika kunskaper, främjar delad beslutfattning, har personal med goda relationer och har en stödjande organisation med fördelnings kraft som är innovativ och risktagande. (McCormack & McCance, 2006)

Personcentrerad process fokuserar på patienten och beskriver personcentrerad vård genom olika aktiviteter. Den grundläggande delen av personcentrerad vård är arbetet kring patientens tro och värderingar som även har nära koppling till delad beslutfattning. En klar bild av patientens värderingar om sitt liv och sin situation kopplas samman med beslutfattning om vård och behandling där sjuksköterskan ger information och kan integrera allt i praktiken. Engagemang reflekterar patientens och sjuksköterskans relation och har tre olika nivåer. Fullt engagemang finns när patient och sjuksköterska är förenade till relationen, i partiellt engagemang har patient och sjuksköterska problem att samarbeta och när patient och sjuksköterska inte kan samarbeta och det finns tydligt problem, finns det inget engagemang. Sjuksköterskans tilltalande närvaro är kopplad till engagemang och kunskap att kunna känna igen det unika och värdet av den enskilde, genom att kunna läsa av ledtrådar belyser det engagemang och sjuksköterskans tilltalande, sympatisk närvaro. Till sist handlar det om det fysiska arbetet, vård och sjuksköterskans kompetens som är en viktig del av vårdprocessen och den skall inte underskattas. (McCormack & McCance, 2006)

Resultat av effektiv personcentrerad vård förväntas vara ökad patienttillfredsställelse, delaktighet, välmående och som gynnar till en terapeutisk vårdmiljö där delad beslutfattning är möjlig. Personcentrerad vård förväntas också resultera till väl fungerande samarbete mellan personalstyrkan samt förbättringsinriktat ledarskap som stödjer innovativt arbete. Andra faktorer som man också har kunnat se är den ökade nöjdhet till hälso- och sjukvård i personcentrerad vård och de kommunikativa delar, som att bli lyssnad. (McCormack & McCance, 2006)

## **5 Arbetsmodellutveckling**

Avancerad klinisk sjuksköterska är av betydelse för dagens och framtidens hälso- och sjukvård och är mycket användbar inom vård av äldre samt inom primärvård. Avancerad

klinisk omvårdnad (AKO) bidrar till ökad tillgänglighet, befriar läkartid, erbjuder vård på rätt nivå och ger personal och patienter ytterligare ett val. Utveckling av AKO förutsätter tydlig definiering av AKS- rollen, rättigheter och förpliktelser. Vid implementering är det viktigt att kontinuerligt visa de professionella egenskaperna av AKS-rollen. AKS arbetar i team med andra vårdgivare och yrkesgrupper och de olika parterna har en påverkan på patientvården. Deras roller och relationer samt värderingar, uppfattningar och erfarenheter av AKS-rollen påverkar arbetsförhållande och modell- och rollutvecklingen. (Altersved, E., Zetterlund, L., Lindblad, U & Fagerström, L., 2010; Bryant-Lukosius, DiCenso, Rowne & Pinelli, 2004)

Utveckling av en ny funktion är ett långsiktigt arbete som kräver kommunikation och väldefinierade motiv varför den nya funktionen behövs. Det är inte ovanligt att organisationer startar en ny funktion utan att har väl definierade mål och systematiskt arbete kring hälsobehoven i förhand. Utveckling av en ny roll behöver behovskattning både från patienten och från hälso- och sjukvårdsorganisationen. Implementering och arbete som avancerad klinisk sjuksköterska är en utmaning för sjuksköterskor och ledarna har en central roll i utvecklingen av en ny roll. Ledarnas viktigaste ansvar är att bygga upp en arbetsmiljö för evidensbaserad praxis som har kontextuella, kulturella och professionella förutsättningar att erbjuda god vård. De centrala kontextuella aspekter handlar om de praktiska resurser där AKS arbetar som t.ex. tidresurser, lokaler, utrustning och utbildnings möjligheter. Professionella resurser förutom utbildning handlar om att ha tillgång till mentor eller handledning, speciellt i början av den nya karriären. Kulturella aspekter har stor påverkan på arbetsplatsen och därför ska ledaren också ha det i åtanke vid implementering av en ny AKS-roll. Därför har man utvecklat en modell för implementering och utvärdering av avancerad klinisk arbete. (Altersved, E., Zetterlund, L., Lindblad, U & Fagerström, L. 2010; Bryant-Lukosius m.fl. 2004)

”The PEPPA framework” är en referensram för utveckling, genomförande och utvärdering av nya AKS-rollen. Det är utvecklat i Kanada för forskare och utvecklare inom AKO för att främja en optimal utveckling och spridning av den nya rollen. PEPPA är en förkortning av participatory (deltagande), evidence-based (evidensbaserad), patient-centered (patientfokuserad) och process (process). Det är en systematisk förhållningsätt som utgår ifrån patienternas hälsobehov och lägger vikten på kontinuerlig utveckling från planering till

implementering. I PEPPA används principer från deltagande aktionsforskning (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Fagerström 2011)

PEPPA referensram har nio steg i processen för modellutveckling men dessa steg är inte styrande utan varje process och organisation inom hälsovården väljer och anpassar sina steg utifrån behovet och förhållandet i organisationen. De olika stegen beskriver hur olika parter och makthavande engageras i att fastställa behovet av den nya rollen, identifiera gemensamma mål för en klart definierad AKS-roll och för att skapa effektiva strategier för planering och implementering som stödjer rollens utveckling och integration i hälsovårdssystemet som helhet. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Fagerström 2011)

De första sex stegen handlar om att planera och skapa en struktur för den nya verksamhetsmodellen, inkluderande de olika beslutsfattandeorganen. Steg sju handlar om implementeringen och de två sista om utvärderingen både kort- och långsiktigt. (Fagerström, 2011)

Steg 1 handlar om att definiera patientgruppen och den nuvarande vårdmodellen. Olika parter som är involverade i patientvård kartlägger patientflödet för den utvalda patientgruppen genom vårdkedjan. (Bryant-Lukosius & DiCenson, 2004; Fagerström 2011)

Steg 2: identifieringen av upprätthållare och rekrytering av deltagare som är involverade i den utvalda patientgruppens vårdprocess. Deltagargruppen ska vara lagom stor och innehålla personer med olika erfarenheter t.ex. patient och anhöriga, vårdteam, administratörer, patientorganisationer och representanter från beslutfattande organ. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Fagerström 2011)

Steg 3: Fastställa behovet av en ny vårdmodell genom utvärdering av den nuvarande modellens styrkor och svagheter från olika perspektiv med patienten i centrum. Vilka hälso- och vårdbehov finns, vilka brister finns för att kunna möta det hälso- och vårdbehov som finns och hur kan man möta de behoven? (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Fagerström 2011)

Steg 4: Identifieringen av prioriterade problem och mål för att förbättra vårdmodellen. Genom att kategorisera behov och problem kan deltagarna bättre analysera och identifiera de



viktigaste problemen att bemöta patienternas hälso- och vårdbehov och utveckla och förbättra vårdmodellen. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Fagerström 2011)

Steg 5: Definiering av den nya vårdmodellen och AKS:s funktion handlar om att identifiera strategier och lösningar för att nå uppställda mål. Se till att det finns evidens till förändringar och att befintlig och ny kunskap samt resurser utnyttjas på bästa sätt. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Fagerström 2011)

Steg 6: Planering av strategier för implementering av ny vårdmodell. I det här steget identifieras strategier för att underlätta utvecklingen av AKS roll samt förutse och förebygga hinder. Behov av utbildning, information, rekrytering eller marknadsföring ska kartläggas. Det kan också finnas behov för finansiering, utveckling av styrdokument och verksamhetsrapportering. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Fagerström 2011)

Steg 7: Implementering av uppgjorda mål påbörjas. Implementeringen av den nya rollen tar lång tid och det sker en kontinuerlig uppdatering av strategier som bör dokumenteras. Full implementering av en ny roll eller vårdmodell kan ta tre till fem år. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Fagerström 2011)

Steg 8: Utvärdering av AKS-funktionen och den nya vårdmodellen kommer att hjälpa till att identifiera hur roller, relationer och resurser påverkar AKS-funktionen. För att garantera och främja kontinuerlig rollutveckling behövs systematisk utvärdering av AKS-funktionens struktur, processer och resultat. Struktur avser resurser, fysisk och organisatorisk miljö och egenskaper hos AKS. Processer avser de typer av tjänster, hur tjänsterna tillhandahålls och hur AKS rollfunktioner är relaterade till praktik, utbildning, forskning och organisatoriska och professionellt ledarskap. Resultatet påverkas av både struktur och processer. Utvärderingar borde fokusera på patientsäkerhet, effektivitet, acceptans och nöjdhet samt kostnader och rollutveckling. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Fagerström 2011)

Steg 9: Långsiktig uppföljning och dokumentation av AKS-funktionen och den nya vårdmodellen är en förutsättning för hållbar utveckling. Detta behövs också för att kunna förbättra och säkerställa patientsäkerhet. Hälso- och sjukvård utvecklas hela tiden och därmed måste de nya rollerna också kontinuerligt utvärderas och följas upp för att ge den bästa vården. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Fagerström 2011)

## **6 Syfte**

Syftet med studien är att synliggöra behovet av avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska inom vård av äldre- ur äldres synvinkel och att utveckla en arbetsmodell för detta inom primärvård.

Frågeställningen för studien är:

Hur kan en avancerad klinisk sjuksköterska användas inom vård av äldre?

Vilka arbetsuppgifter och ansvarsområden kan en avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska ha?

## **7 Metod**

### **7.1 Design**

Studien är en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie. Studien söker svar på människors upplevelser och uppfattning av vård av äldre, avancerad klinisk omvårdnad och hur en avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska skulle kunna användas på bästa sätt. Studien fokuserar på hur människor tänker och handlar utifrån kulturella och kontextuella aspekter. Kvalitativ studie omfattar ofta ett litet antal personer och forskaren försöker undersöka desto djupare och få en djupare förståelse av fenomen eller problemområden. Forskningsprocessen är induktiv, där forskaren med sina data eller iakttagelser kommer fram till en förklaring eller en modell (Kvale & Brinkmann, 2009).

### **7.2 Kontext och urval**

Studien är en del av ett gemensamt Nordiskt forskningsprojekt. Fem studerande från de Nordiska länderna, Norge, Sverige, Danmark och Färöarna deltar i forskningsprojektet. Varje studerande gör ett individuellt arbete. Det samlade datamaterialet delas sinsemellan. Syftet med forskningsprojektet är att undersöka hur politiker, ledare, läkare, sjuksköterska kollega och de äldre i de aktuella regionerna i Sverige, Danmark och Norge bedömer behovet av avancerade kliniska geriatriska sjuksköterskor? Vilka ansvarsområden och arbetsuppgifter kan inkluderas i den nya modellen?

Varje studerande intervjuar fem personer, en politiker, en ledare, en läkare, en sjuksköterska och en äldre representant. Därefter delas det nedskrivna materialet mellan studerande utifrån vilken grupp av personer var och ens studie handlar om. I den här studien ingår intervjuer från de äldre representanterna.

Urvalet till studien rekryteras från den organisation eller från den kommun studerande arbetar i, i Sverige är både huvudmän, kommun och landsting, representerade. Efter godkännande av ansvarig ledare rekryteras lämpliga deltagare till studien (*Bilaga 1*). Deltagarna i studien ska vara involverade inom vård av äldre i sitt yrke eller uppdrag. De äldre representanterna skall vara aktiva i äldrefrågor. Totalt fem intervjuer med äldre personer har analyserats i den här studien.

### **7.3 Etiska aspekter**

Alla deltagare i studien informerades både muntligt och skriftligt om studiens kontext och syfte samt information om den nya yrkesrollen (*Bilaga 2 & 3*). Deltagandet i studien är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Allt material behandlades konfidentiellt och deltagarna fick information om hur materialet kommer att användas och delas. Deltagarna fick själv bestämma tid och plats för intervjun. Det gemensamma studieprojektet har etiskt godkännande från Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (*Bilaga 4*).

### **7.4 Datainsamling**

Alla forskare i det gemensamma forskningsprojektet gjorde fem individuella semistrukturerade intervjuer. I den kvalitativa forskningsintervjun är frågorna som intervjuaren ställer enkla och raka, medan svaren ofta är komplexa och innehållsrika (Trost, 2010). Den kvalitativa forskningsintervjun syftar till att samla berättelser som kan användas till att utveckla kunskap kring och förståelse för det fenomen som studeras. Frågorna i en kvalitativ intervju är öppna och forskarna har ofta en frågeguide som täcker in de områden som ska studeras. Intervjuguiden (*Bilaga 5*) var gemensamt utvecklad och intervjuerna genomfördes i det egna landet under våren 2014. Med öppna frågor kring frågeområden leds konversation mot syftet mer naturligt och personen får själv i viss utsträckning styra i vilken ordning olika saker kommer upp. Syftet med intervjun var att få en persons syn och beskrivning på sin verklighet och åsikter och därför är det viktigt att personen fick berätta så

mycket som möjligt utan att styras med exakta frågor av intervjuaren. Med hjälp av uppföljningsfrågor utvecklades samtalet vidare eller djupare i olika områden. (Kvale & Brinkmann, 2009)

Intervjupersonerna fick information om studien och gav både muntligt och skriftligt godkännande. Intervjuerna spelades in och fortlöpande anteckningar gjordes av intervjuaren. När intervjuerna var klara och nedskrivna fördelades materialet mellan forskarna utifrån vilken grupp intervjupersonerna tillhörde. Varje forskare ansvarar för en yrkeskategori exempelvis politiker och skriver därefter sin individuella mastersuppsats utifrån yrkeskategorins upplevelser om den avancerade klinisk geriatriska sjuksköterskans roll i samtliga nordiska länder. Den här studien handlar om de äldre representanternas upplevelser.

## **7.5 Dataanalys**

Intervjuteexterna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys eftersom syftet är att beskriva innehållet i vad texten säger. Syftet med kvalitativ dataanalys är att organisera, strukturera och framkalla meningar utifrån forskningsdata. Analysprocessen innebär att data grupperas utifrån gemensamma beröringspunkter (Polit & Beck, 2004).

Det finns olika metoder att analysera intervjutexter. Graneheim & Lundman (2004) beskriver analys processen av intervjutexter på följande sätt. Hela texten läses igenom upprepade gånger för att få en känsla av helheten. Meningar eller fraser som innehåller information som är relevant för frågeställningar plockas ut. Omgivande text måste tas med så sammanhanget kvarstår. Dessa meningar eller fraser kallas meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kondenseras i syfte att korta ned texten men ändå behålla hela innehållet. De kondenserade meningsenheterna kodas och grupperas i kategorier som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna. Dessa kategorier utgör det manifesta innehållet. Till sist formuleras teman, där det latent innehåll i intervjuerna framgår.

Meningskoncentrering innebär att meningar från intervjutexter formuleras till mer kortfattade formuleringar. Denna analys rör sig om fem steg. I första steget läses hela intervjutexten genom för att få en känsla av helheten. I andra steget fastställer man meningsenheterna som de uttrycktes av intervjupersonen. I det tredje steget formuleras det tema som dominerar en

naturlig meningsenhet så enkelt som möjligt. Forskaren försöker tolka intervjupersonens svar utan fördomar och tematisera uttalandena utifrån hennes synvinkel som den uppfattas av forskaren. Fjärde steget består av att ställa frågor till meningsenheterna utifrån undersökningens specifika syfte. I sista steget knyts hela intervjuens centrala teman samman i en beskrivande utsaga. Metoden innebär att intervjupersonens uttalande koncentreras i betydelsefulla innebörder i förhållande till uppgiftens struktur och form. (Kvale & Brinkmann, 2009)

I analysprocessen läste jag intervjuerna upprepade gånger för att få en helhetsbild. Intervjuer skrivna på norska och danska översattes delvis med hjälp översättnings program på nätet samt med hjälp av medstudenter från respektive land. Därefter plockade jag fram naturliga meningsenheter från intervjutexter som svarade på intervjufrågorna. Jag valde att arbeta med en intervju i taget och dela den i naturliga meningsenheter. Efter att alla intervjuer var delade till naturliga meningsenheter formulerades ett centralt tema för var och en meningsenhet. Vissa meningsenheter, speciellt de på norska eller danska, fick jag formulera ytterligare en gång för att få ut det centrala från meningen. Därefter kontrollerades varje centralt tema mot studiens syfte. De centrala teman som inte svarade på syftet lämnades kvar och jag valde att inte arbeta vidare med dessa. Centrala teman lästes igenom upprepade gånger för att se sambandet i dessa. Därefter kategoriserade jag de utifrån sambandet och arbetade fram olika huvudkategorier med underkategorier. Alla centrala teman som handlade om samma saker eller hade samma tema markerades, t.ex. arbetsuppgifter, med en bokstav. Därefter skrev jag ner alla teman med samma bokstav på var sitt blad till olika huvudkategorier och kategoriserade dessa i sin tur till olika underkategorier med samma metod.

## **8 Resultat**

Resultat redovisas utifrån de intervjutexter som delades mellan studeranden. De fem deltagare som ingår i den här studien var representanter för äldre, var av två stycken var från Sverige, en från Danmark, en från Norge och en från Färöarna. Alla deltagare var kvinnor mellan 70-85 år. Fyra av fem deltagare har arbetat inom vården.

Resultatet redovisas med tre huvudkategorier med underkategorier. Huvudkategorierna är den avancerade kliniska sjuksköterskans roll, äldres syn på behovet av den avancerade kliniska sjuksköterskans arbetsinsatser och äldres visioner om den avancerade kliniska sjuksköterskans kompetens och resurser. Den avancerade kliniska sjuksköterskans roll delas till olika arbetsuppgifter som AKS kan göra i sitt arbete. Äldres syn på behovet av den avancerade kliniska sjuksköterskans arbetsinsatser omfattar olika arbetsplatser och arbetsinsatser. Huvudkategorin den avancerade kliniska sjuksköterskans kompetens och resurser innehåller professionens egenskaper, kunskaper och resurser.

## **8.1 Den avancerade kliniska sjuksköterskans roll**

Den här huvudkategorin handlar om den avancerade kliniska sjuksköterskans arbetsuppgifter ur äldres synvinkel. Huvudkategorin har tre olika underkategorier; kliniskt arbete, förebyggande arbete samt handleda och utveckla.

### **8.1.1 Kliniskt arbete**

AKS kan underlätta läkarens arbete och spara läkarens tid genom att ta emot patienter. AKS undersöker, bedömer, fångar upp problem, utför olika åtgärder, ställer diagnos, behandlar samt följer upp. Detta betyder ökat medicinskt ansvar för en AKS. AKS anses vara i en nyckelroll med att följa upp läkemedelsbehandlingar och kontrollera och observera att de äldre har adekvata och aktuella läkemedel. AKS arbetsuppgifter är att vägleda och rådgöra äldre i olika saker de behöver hjälp med. AKS ska ha nära samarbete med läkaren.

*”Fordi der er også mangel på kommunelæger, og hun kunne tag erigtig maneg opgaver, som hun havde kompetence til, og resten kunne lægen tage sig af”*

*”Det synes jeg er helt greit for de at og de bestiller blodprøver på det at de har mistanke om noe eller vil undersøke noe klinisk eller at de bestiller røntgen på grunn av et eller annet ikke stemmer da er jo det greit, og det er jo bare å komme i gang med behandling, men de må jo også i alle fall hjemme og de har kontakt med fastlegen når dette er gjort, når prøven er gjort, og røgen er gjort så må jo fastlegen være i bakgrunnen etter mitt synspunkt.”*

*”Jeg tror jeg mangler en der kan vejlede mig i hvad jeg skal gøre og hvem jeg skal henvende mig til”*

*”I det hele taget rådgivning og vektledning vil en sådan sygeplejerske sikkert være rigtig god til. Man har jo aldrig lært at blive gammel.”*

### **8.1.2 Förebyggande arbete**

Deltagarna tar upp att äldre, speciellt sjuka, som bor hemma riskerar att bli isolerade, de känner sig otrygga och ensamma. Sjuka äldre som bor hemma ska prioriteras och olika typer av hembesök upplevs som viktiga. Förebyggande hembesök där olika behov kartläggs och åtgärdas, men även kontinuerliga hembesök för att förebygga otrygghet och för att följa upp vård och omsorg av äldre. Kontinuerlig uppföljning via telefonen upplevs också som en viktig kontaktväg. AKS kan ses ha en viktig roll att förebygga äldres otrygghet och ensamhet.

*”Så är det först att man är ganska isolerad, man känner sig otrygg i hemmet när man blir äldre. Många gör det och speciellt om du inte är någorlunda frisk.”*

*”Det är i hemmet man ser den som lever där, det är deras liv, läkaren har oftast så bråttom, distriktssköterskorna är de som ser mer, när de kommer till dem.”*

*”og så gjerne kanskje i kommunen at de kan gå og kartlegge litte granne. For det som skal forebygges, det utsetter ting lenger og det gir trygghet for de som bor hjemme.”*

*”Man kunne også bruge sådan en sygeplejerske til at ringe op til de ældre, måske med jævne mellemrum.”*

### **8.1.3 Handleda och utveckla**

Deltagarna upplever att AKS ska arbeta som ledare, utveckla och förbättra vården, ge och se till att olika verksamheter ger god evidensbaserad vård. Deltagarna uppgav att utbildning och handledning av övrig personal och anhöriga är en viktig del av AKS arbetsuppgifter. Ökad

användning av utbildad personal inom hemsjukvård oroar de äldre och det kommer fram att AKS skulle kunna utbilda och handleda även den personalgruppen. AKS anses kunna ha en rådgivande roll till hemtjänstpersonal samt uppföljning av insatser och behandlingar. AKS kan även ses som en konsult och specialist hjälp för övrig personal inom vård av äldre. Från resultatet kommer det även fram att AKS kunde ta hand om ny personal i början så att den ny anställde får en bra start.

*”Og så bør jo disse bli lederne.”*

*”men att din roll, just din roll och de som är specialiserade inom geriatrik är och föreläsa och berätta och besöka. Jag tycker den biten är viktigt att man, folk kan, kanske en del behöver få en annan syn på äldre än vad de har idag.”*

*”För att sånt här behöver man, handledning av annan personal är viktig, de som är specialister.”*

*”men måske også kunne komme ind på plejehjem, både ...hun kunne sagtens undervise plejepersonale på plejehjem, og give dem noget til fordel for dem, som bor der.”*

## **8.2 Äldres syn på behovet av den avancerade kliniska sjuksköterskans arbetsinsatser**

Den här huvudkategorin innehåller uppgifter om var de äldres representanter upplever att den avancerade kliniska sjuksköterskans arbetsinsatser kan behövas. Huvudkategorin har tre olika underkategorier: arbetsplatser, teamarbete och implementering.

### **8.2.1 Arbetsplatser**

Enligt deltagarna finns det behov av AKS både inom öppen- och sluten vård. Inom sluten vård tas det upp olika boendeformer, institutioner. Speciellt finns det behov av trygghetsboenden, ett mellanting mellan hemmet och särskilt boende där även AKS skulle vara lätt tillgänglig för de äldre. AKS behövs inom hemsjukvården, för att stödja de sjuka äldre som finns hemma samt att arbeta preventivt. Inom primärvården där de äldre får sin



första vårdkontakt och inte minst inom akutsjukvården där de sjuka äldre många gånger hamnar vid försämring eller vid en akut sjukdomsfall.

*”Hvor o eldreomsorgen mener du kan AKS ta større ansvar?*

*Både i institusjon, i primærhelsetjenesten, men også forebyggende.”*

*”För det första tycker jag att det är väldigt viktigt att ni skulle vara bland vårdpersonal och min tanke var först, det är väldigt viktigt och vara inom akutsjukvården. Dit kommer gamlingarna många gånger med sina många besvär och så.”*

### **8.2.2 Teamarbete**

De äldre anser att en AKS ska arbeta nära läkaren och övrig personal. Detta för lätt kunna ha ett samarbete med andra yrkeskategorier och kunna konsultera läkaren. AKS ska även kunna samarbeta och samverka över organisations gränser för att kunna vara delaktig i utvecklingen av vård av äldre. Ett exempel som kommer fram från intervjuerna som de äldre upplever är viktigt är att utveckla aktiviteter och samvaro för äldre. AKS skulle också kunna ha en delad tjänst med olika typer av arbetsuppgifter.

*”jeg mener også at det må være en lege bak og at de tar de undersøkelser og går vidare med må samarbeide med legene.”*

*”Det kunne også være en fordel for personale, ja, personale, det har vi slet ikke været inde på, at de kunne gå et sted, og henvise sig til en specialsygeplejerske på området.”*

*”Jag tror att även läkarna har nytta ut av din utbildning för att det inte är många läkare som kan så mycket om äldre.”*

*”Så att vi behöver lite sällskap och aktiviteter. Det är väldigt viktigt för mig att träffa folk och få byta tankar och höra lite föredrag och det kommer folk utifrån*

*som berättar, kommunens representanter, landstingets, övriga olika människor som kommer och berättar nyheter och sänt här och vi sjunger tillsammans och så.”*

### **8.2.3 Implementering**

Deltagarna anser att det finns behov av den här yrkeskategorin och specialister inom geriatrik. Resultatet visar att vissa hälsoproblem är lättare att ta upp med en sjuksköterska än med en läkare. Läkarevård behövs bara till en del av hälsoproblemen, men många problem och behov kan tas omhand av en sjuksköterska. De äldre tror att implementeringen av den nya yrkesrollen sker automatiskt när sjuksköterskan blir färdig utbildad på högre nivå, eftersom det finns behov. De upplever att en ny utbildning kommer utifrån ett behov och för att kunna lyckas med implementering måste utbildningen vara godkänd av staten och att staten och kommunerna måste samarbeta. Deltagarna anser att allmänheten och beslutfattande organ behöver mer information om yrkeskategorin och de äldre representanterna kan i sin tur ta upp frågan t.ex. i äldreråd samt sprida information sinsemellan. Det enda tvivel om den nya yrkeskategorin som kom fram från intervjuer var om en AKS har tillräckligt med kunskap att kunna ordinera läkemedel.

*”När jag läste ditt brev och beskrivningen om din utbildning. Så började, så fick jag en tanke först och när du ringde och på en gång, att oj vad viktigt, viktig utbildning. Vad viktigt med geriatrik. Absolut för att det är det, man har lite olika syn på olika specialiteter, alltså för sjuksköterskor också. Och det här med geriatrik. Det är ju lite folk som utbildar sig inom geriatrik, läkare finns väldigt få.”*

*”Jeg tror hvis det kom så en utdanningen når det er ferdige så vil de bli foretrukket ved alle ledere og da er de jo, og jeg tror at du er nesten implementert når du får ett utdanning i Norge som sier at dette er det beste for eldre.”*

*”Jag tænker kan hun virkelig have så stor en viden om så mange forskellige kemiske stoffer, som hun også må have en viden om, hvis hun skal ordinere noget medicin. Det syntes jeg å være et stort ansvar og et vanskeligt ansvar.”*

### **8.3 Äldres visioner om avancerade kliniska sjuksköterskans kompetens och resurser**

Den här huvudkategorin handlar om äldres syn på den avancerade kliniska sjuksköterskans viktiga färdigheter och resurser. Huvudkategorin har tre underkategorier; kunskap, egenskaper, tid och tillgänglighet.

#### **8.3.1 Kunskap**

Från alla intervjuer framkommer det att det finns behov av den kunskap som AKS har. Det finns få som specialiserat sig inom geriatrik i de deltagande Nordiska länderna. Det upplevs att kunskap ger trygghet för yrkesutövaren och att det gynnar äldre när vårdpersonal utbildar sig mot äldre och äldres sjukdomar. Det anses att kunskap har positiv effekt för vården och ökad kunskap gör att AKS kan bättre hjälpa de äldre med sina problem och ge helhetsvård. AKS skall vara mångkunnig. Deltagarna anser att en AKS kan med sin kunskap och insatser göra skillnad för de sjuka äldre och deras anhöriga. De kan främja livskvalitet för människor.

*”Jeg synes det er virkelig god, som jeg har sagt før, vi har ingen geriater. Jeg synes det er tiltrængt, ja det mener jeg. Vi hører hele tiden om tallene, hvor mange gamle der vil blive i fremtiden, og færre yngre. Tænk dig, hvis hun kunne gjort det, at nogen få kunne få et bedre liv, eller at de får behandling, en samtale, information om motion og hjertemedicin f.eks. alltså det som de har behov for, så jeg tænker uden at kende så meget til det, at hun kan være med til at fremme livskvaitet hos mennesker, det syner jeg.”*

*”For her erdu alene med ansvaret og da hvis det kunne kommes kikkelig utdanning hvor de kan føle seg trygge de som er på vakt, tror jeg er veldig vigtigt.”*

*”Alltså. De har lærdom, som de almindelige sygeplejersker ikke har, alltså på det geriatriske område, fordi det er meget vigtigt at ... Alltså et er at ældes, og*

*forskellige ting følger med, men så er det sygdom, og så at kunne sortere fra, hvad er hvad.”*

*”En ökad kunskap ska vara som vägledande för att de här tjänsteövningarna ska komma till stånd så ska det vara vägledande, och då tänker man att idag kan man inhämta studier till både det ena och de andra men det är ingen som har norpat tag i de här kunskaperna. Det är bara att riva ned dem och börja bygga upp den nya vården.”*

### **8.3.2 Tid och tillgänglighet**

Mötet med patienten är viktigt. AKS ska ha tillräckligt med tid till äldre och anhöriga. Det behövs tid till att lyssna, ha samtal och att kunna bygga upp ett möte med trygghet som ger möjlighet till öppen diskussion. Den avancerade kliniska sjuksköterskan ska vara placerad så att hon/han är lätt tillgänglig. Det ska vara enkelt för patienter, boenden och anhöriga att få kontakt med en AKS. Även annan vårdpersonal och kollegor ska lätt kunna ta kontakt med AKS för råd och stöd.

*”Og så er det også med tid. Jeg ved ikke...jeg tænker, at sygeplejerskene ude i primær sekto har altid så meget ”om ørerne”... det kræver tid at sætte sig ned at få en samtale og hørehistorier hos disse mennesker, hvad det er, som de strides/kæmper med.”*

*”och sen är det ju det också... att den här patienten som är i behov av de här vårdinsatserna ska ju mötas av en trygghetskänsla ifrån första stund, så att de inte bara håller inne allt de skulle vilja säga..... så det här med tid. Tiden är viktig”*

*”Jeg ved bare et, og de er, at det skal være så enkelt som muligt for borgeren at komme till denne sygepljerske.”*

*”Hon jobbar inte bara med boendena och korttidsboendena utan hon är för anhöriga och så där att man får kontakta henne när man behöver hjälp och frågor och så där.”*

### **8.3.3 Egenskaper**

Den avancerade kliniska sjuksköterskan skall ha viljan att hjälpa andra människor och äldre. Det krävs empati och kunskap för att kunna förmedla förtroende. AKS skall ha kunskap om att kunna hjälpa äldre med sina komplexa problem och vara uppsökande och påhittig. Det är viktigt att kunna se till problemets kärna. AKS skall även främja positiv atmosfär på arbetsplatsen. AKS ska se människan i helhet och ge personcentrerad vård.

*”Och just det där att när du väljer ditt yrke, så det är A och O att du tycker om ditt jobb, tycker om människor, tycker om människor i alla åldrar. Och när det gäller äldrevården så måste du tycka om gamla. För det går inte att tvingas till något som man inte vill. Om man inte har empati, det går inte. Lära går alltid men din grund det måste sitta i själen, det du ska göra.”*

*”men lära att ta hand om en äldre person. Då ska, då ska det vara mångkunnig, jag kan inte fortfarande det, fast jag har jobbat länge.”*

## **9 Arbetsmodell för en avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska inom primärvård**

Syftet med den här studien var även att utveckla en arbetsmodell för en avancerad klinisk geriatriks sjuksköterska inom primärvården. Hamric et al. (2014) beskriver att utveckling av en ny roll är en ständig process. Det betyder mer än att socialisera sig med andra yrkesroller och att ta på sig en ny roll och nya arbetsuppgifter. Det betyder att omvandla ens professionella identitet och progressivt utveckla sig inom de olika kompetensområdena.

Vid implementering av den nya rollen är det viktigt att klargöra terminologin i organisationen ända upp till ledningsnivån, för att kunna ha en tydlig kommunikation och förståelse av den nya rollen. Den nya funktionen ska definieras tydligt och ha tydliga mål och förväntade resultat. Vid utveckling, implementering och uppföljning är det nödvändigt att ha ett evidensbaserat förhållningssätt och metod. (Bryant-Lukosius m.fl. 2004)

Vid utveckling av nya verksamhetsmodeller är det viktigt att ha tydliga arbets- och ansvarsfördelningar. Resurser och kompetens ska användas på rätt sätt och patienterna ska få komma på rätt vårdnivå. Information och marknadsföring om nya modeller är också ett centralt element för att kunna påverka attityder och beteende hos viktiga målgrupper. (Fagerström 2011)

Enligt PEPPA-modellens olika steg för utveckling, genomförande och utvärdering av en ny vårdmodell, handlar första steget om definiering av patientgruppen och nuvarande vårdmodell. Till patientgruppen definieras alla personer som bor på ordinärt boende, är 65 år och äldre och är multisjuka eller mångbesökare på hälsocentralen. Enligt socialstyrelsen riktlinjer ska den här patientgruppen ha en fast vårdkontakt. Nuvarande vårdmodell på hälsocentralen handlar om områdesdelning, där områdesansvarig distriktsköterska/sjuksköterska skall vara den fast vårdkontakten. Områdesdelning fungerar dock inte fullt ut och på grund av brist på läkartider kan kontinuitet inte garanteras. Patienter med diabetes följs regelbundet upp av diabetessköterskan men det är bara en av de många kroniska sjukdomar som äldre drabbas av. Helhetssynen på patientens hälsoproblem saknas. Tidigare studier visar att framtidens hälso- och sjukvård måste satsa på vård av de kroniskt sjuka och i det här sammanhanget de multisjuka äldre (DeGeest m.fl. 2008). Studier kring vård av äldre har visat sig ha många brister som t.ex. bristande överblick om patientens samlade hälsoproblem, bristande samband mellan akut och kronisk sjuklighet, brist på strukturerad uppföljning av behandlingseffekter och bristande överblick över patienternas samlade vårdkonsumtion (Akner 2004).

I steg två ska nyckelpersoner identifieras. Eftersom detta arbete är en del av ett projekt med att implementera en ny yrkesroll på hälsocentralen, har önskan från ledningen på hälsocentralen varit att arbeta fram en arbetsmodell. Därför har de viktigaste nyckelpersonerna varit verksamhetschefen och medicinskt ansvarig läkare. Med den här

studien får vi även med patientens medverkan. För att fastställa behovet av en ny vårdmodell, enligt steg tre, utvärderas nuvarande modellens styrkor och svagheter. Den nuvarande modellen fungerar inte fullt ut, patienter mer stora vårdbehov har inte fasta vårdkontakter, kroniskt sjuka och behandlingseffekter följs inte upp kontinuerligt. Det är en bristande helhetssyn på patientens hälsoproblem och det finns ont om läkartider. Sjuksköterskor/distriktssköterskor har fullt upp med sina olika uppdrag och fast vårdkontakt är mer som ett namn på ett papper. Styrkan med nuvarande modell är att sjuksköterskor/distriktssköterskor på mottagningen har översyn om antalet multisjuka och mångbesökare.

Steg fyra handlar om att identifiera problem och mål för att nå en förbättring. Befolkningen i Övertorneå kommun blir äldre och sjukare. Som tidigare studier också visar, ska de kroniskt sjuka äldre prioriteras och deras hälsoproblem ska samlas, följas upp samt kontinuitet och samarbete mellan kommun och landsting förbättras. Det finns även en resurs- och kompetensbrist inom området. Avancerad klinisk sjuksköterska har visat sig vara kostnadseffektiva, patienterna är nöjda med vården de får och med utökad kunskap inom geriatrik och gerontologi höjs kompetensen. (Fagerström, 2011)

Steg fem handlar om att definiera den nya vårdmodellen och den avancerade kliniska sjuksköterskans roll. Definiering av den nya vårdmodellen är gjord genom att använda de resultat som den här studien visade samt tidigare forskning och studier. Grunden till en arbetsmodell inom AKO ger de åtta kompetensområdena enligt den nordiska modellen. Studiens resultat visar liknande arbetsuppgifter som de olika kompetensområdena men vikten ligger på förebyggande arbete inom vård av äldre och speciellt de som bor på ordinärt boende.

Vård av äldre är komplext och många aspekter måste tas hänsyn till för att få en samlad helhetsbild av personen. Därför är det viktigt att arbeta strukturerat med standardiserade bedömningar. DBU-metod är ett sätt att arbeta strukturerat med klinisk analys. DBU står för diagnos, behandling och uppföljning. Denna integrerade diagnostik, behandling och uppföljning av äldre personer med komplexa medicinska, sociala och psykologiska problem utgör en kvalificerad form av klinisk analys. (Akner 2004)

DBU-metod är en problemanalys på organ-, system och helhetsnivå för äldres hälsoproblem. Diagnostik består av tre olika delar; datainsamling, analys och bedömning. Datainsamling består av patientens subjektiva uppgifter om symtom av upplevda hälsoproblem (anamnes). Anamnesen kompletteras med objektiva undersökningar (utredning) t.ex. blodprover, EKG, röntgen, som efter en klinisk analys leder fram till en sammanvävd diagnostik. Äldre har ofta ett flertal subjektiva hälsoproblem som sammanställs till en symtomlista (*Bilaga 6*). Kategorisering av patientens symtom till symtomlista är analysprocessens första del. Därefter samlas och sorteras resultaten från de kompletterande undersökningar motsvarande sätt som symtomlistan, där symtom och undersökningsfynd kopplas till organ- och systemfynd. Det sista steget i analysprocessen handlar om att försöka få uppgifter om tidsaspekten. När uppkom de olika symtomen och hur har symtomen och de olika undersökningsfynden utvecklats över tid. Detta är en preliminär beskrivning av patientens tillstånd. Analysprocessen leder fram till en sammanfattande bedömning som kodifieras i olika diagnoser (*Bilaga 7 & 8*). Bedömningen ligger till grund för ett samordnat strukturerat behandlingsprogram där alla olika pågående behandlingar, om möjligt, bör understödja varandra. En äldre patient behandlas ofta med ett flertal olika behandlingsmetoder (*Bilaga 9*). Vidtagna behandlingsåtgärder följs upp kontinuerligt och granskas systematiskt. De självupplevda problemen bör stå i fokus vad gäller värdering av behandlingseffekter över tid. (Akner, 2005)

Arbete med den här metoden kräver bred klinisk utbildning och praktisk erfarenhet av geriatrik (Akner, 2004). Multisjuka äldre med komplexa problem och behov behöver ett team med olika yrkeskategorier för att möta behoven och ge god vård. Ett multiprofessionellt team där en avancerad klinisk sjuksköterska med specialistkunskaper om geriatrik i samordnande roll kan göra skillnad för vård av äldre. Det multiprofessionella teamet består av olika yrkeskategorier och vårdinrättningar eller myndigheter som ingår i patientens vård, t.ex. sjukgymnast, arbetsterapeut, specialistvård, hemsjukvård, socialtjänsten, distriktssköterska och läkare. Arbetet grundar sig i DBU-metoden och vården ska vara personcentrerad.

Inom Norrbottens Läns Landsting finns ett gemensamt journalsystem, detta betyder att olika vårdgivare har möjlighet att kunna följa patientens vård och behandling mellan olika vårdnivåer. Kommun och landsting har däremot inget gemensamt journalsystem, vilket medför problem i informationsöverföringen mellan huvudmän samtidigt som det finns ett tätt



samarbete mellan distriktssköterskor och läkare och övrig personal mellan primärvård och kommun.

Den avancerade kliniska sjuksköterskan samlar information enligt diagnostik. Beroende på problem och behov konsulteras olika yrkeskategorier i teamet t.ex. ADL-bedömning, minnesmottagning, läkarkonsultation etc. AKS ser över om patient är t.ex. i behov av läkemedelsgenomgång eller samordnad individuell planering (SIP). De olika yrkeskategorier som har varit inblandade i diagnostikdelen formulerar sin bedömning och ett förslag till fortsatt vård och behandling. Beroende på problematiken bokas läkartid eller tid för läkarkonsultation för definitivt diagnostik och upprättande av ett behandlingsprogram och planering för fortsatt uppföljning. AKS tar hand om uppföljningen. Hon/han samlar ihop information om de olika yrkeskategoriernas behandlingsmetoders behandlingseffekt, individens självskattning och resultat från undersökningar, t.ex. vikt, blodtryck och blodprover enligt upprättad uppföljningsplan. Därefter sker kontinuerlig bedömning i teamet för fortsatt vård och behandling. Fast vårdkontakt har sin roll att finnas lätt tillgänglig t.ex. vid akuta försämringar eller för råd och undervisning. I *Bilaga 10* presenteras arbetsbeskrivning för en avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska.

Målet med arbetsmodellen:

- Bättre överblick på äldres samlade hälsoproblem
- Bättre översyn på äldres akut och kronisk sjuklighet
- Bättre uppföljning av behandlingseffekter
- Bättre överblick av äldres samlade vårdkonsumtion
- Förbättrat samarbete med de olika vårdnivåerna
- Ökad tillgänglighet och kontinuitet för de äldre

Steg sex handlar om planeringen av implementeringen. För implementering av ny arbetsmodell behövs information och utbildning till olika yrkesgrupper och ledning på hälsocentralen och inom hemsjukvården. Även olika patientorganisationer bör informeras för att sprida information till de berörda patientgrupperna. Hälsocentralen har det kompetens som behövs för att implementera arbetsmodellen efter att de två sjuksköterskor som studerar till avancerade kliniska sjuksköterskor tar examen. Rutindokument för arbetsmodellen ska

utvecklas samt vilka befogenheter de avancerade kliniska sjuksköterskor beviljas för att ordinera prover, undersökningar osv. behöver upprättas. I steg sju ska implementering ske. Implementering av arbetsmodell kommer att ske först efter examination och efter sommaresemestern. Därför kan inte processen beskrivas här samtidigt som arbetet kring nya arbetsmodellen fortsätter enligt PEPPA-modellen.

Steg åtta och nio handlar om utvärdering och långsiktig uppföljning av arbetsmodellen. Efter att arbetsmodellen presenterats till ledningen på hälsocentralen samt till övriga i teamet, utarbetas gemensamt ett dokument för systematisk uppföljning och utvärdering av den nya modellen. Detta för att kunna främja kontinuerlig roll- och arbetsmodellutveckling och utvärdera långsiktigt om arbetsmodellens mål uppnås.

## **10 Diskussion**

### **10.1 Metod diskussion**

Under hela forskningsprocessen har man försökt säkra studiens reliabilitet och validitet genom olika strategier. Redan från planeringsstadiet har erfarna handledare varit med i planeringen. Alla fem studerande, som ingick i det gemensamma forskningsprojektet, har tillsammans formulerat övergripande mål, problemformuleringar och arbetat tillsammans med den gemensamma intervjuguiden. Alla studeranden är mycket väl insatta i forskningsämnet, vilket är viktigt under hela processen. Under de gemensamma träffarna med handledare och studiekamrater lyftes gemensamma frågor och funderingar upp.

Valet av forskningsmetod beror på vad man vill ha svar på i sin forskning. Med kvalitativ intervjustudie får man svar på människors upplevelser och deras syn på verkligheten. Kvalitativ studie har intresse att beskriva, förklara och tolka (Ahrne & Svensson, 2011). Syftet med min studie var att få de äldres upplevelser och deras syn på hur en avancerad klinisk sjuksköterska kan användas inom vård av äldre och vad den yrkesrollen kan ha för arbetsuppgifter. Därför är en kvalitativ studie ett väldigt naturligt val av forskningsmetod. Kvalitativ studie omfattar ofta ett litet antal personer. I den här studien ingick fem personer och det medför att resultatet inte är generaliserbart men däremot försöker man undersöka

ämnet djupare och få en översyn om ämnet som man sedan kan forska vidare om (Ahrne & Svensson, 2011).

Med semistrukturerad intervju vill forskaren se till att ett visst ämne är säkrat i den kvalitativa intervjun. Med hjälp av en intervjuguide har forskaren ämnesområden och frågorna säkrade och den intervjuade kan fritt berätta med egna ord om de berörda ämnena (Polit & Beck, 2004). Jag ville få svar på vissa områden vad gäller avancerad klinisk sjuksköterska och vård av äldre. Med semistrukturerad intervju kunde jag säkerställa att få all information som krävs för att uppnå syftet.

Den här studien är en del av en Nordiskt gemensam studie, där vi delat det intervjumaterial vi skaffat fram i vardera landet. Det betyder att alla de intervjuer som jag använt i min studie är inte gjorda av mig personligen, utan av medstudenter från respektive land. Med det har vi säkrat att intervjuaren och deltagaren har samma språk och kulturella grunder. Kvalitativ forskning, baserad på data från berättelser, kräver förståelse och samarbete mellan forskaren och deltagarna, så att texter baserad på intervjuer är ömsesidiga, kontextuella och av värde (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna skrevs ner av intervjuaren, detta för att minimera risker för felstavning och att inga små nyanser som pauser eller skratt blir utelämnade (Polit & Beck, 2004)

Tre av fem intervjuer är nerskrivna på annat nordiskt språk än svenska. Detta medförde att jag har fått översätta texter för att försäkra mig om att jag har förstått innebörden rätt. Till hjälp med översättningen har jag använt översättningsprogram på internet samt mina studiekamrater i respektive land. Det här har vi också kompenserat genom att ha gemensamma träffar där vi kunnat ställa frågor till varandra, diskutera och se till att vi förstått materialet rätt. Valet att dela intervjuerna mellan studeranden i de Nordiska länderna gjorde vi för att få ett Nordiskt perspektiv kring ämnet och utnyttja det här unika tillfället att kunna göra en gemensam Nordisk forskningsstudie.

Urvalskriterier till de äldres representanter var att de valda personerna ska vara aktiva inom äldrefrågor. Det går att diskutera om urvals kriterier hade behövt vara mer tydliga. I den här studien deltog det enbart kvinnor och det hade varit intressant att även få mäns syn.

Urvalskriterier hade också kunnat vara att personen t.ex. är med i äldreråd, aktiv i pensionärsförening eller en multisjuk person som använder och behöver mycket av vårdens resurser. Samtidigt som kvalitativ forskning har till syfte att få en bred och noggrann beskrivning av det fenomen man vill belysa, kan det därför vara bra att ha personer som är olika varandra (Ahrne & Svensson, 2011). Det vi hade kunnat göra, är att försäkra oss om att båda könen var representerade.

Samlad data analyserades med innehållsanalys. Den kvalitativa dataanalysen söker trådar, mönster och sammanhang från det ostrukturerade datamaterialet (Clearly, Horsfall & Hayter, 2014) För att uppnå trovärdighet i studien är det viktigt att analysera datamaterialet på ett strukturerat sätt (Graneheim & Lundman, 2004).

Graneheim & Lundman (2004) har ett beskrivande och tydligt koncept för kvalitativ innehållsanalys. I min dataanalys försökte jag följa konceptet, arbeta grundligt och strukturerat framåt för att få fram det centrala ur materialet och ett trovärdigt resultat. Under analysprocessen kontrollerade jag hela tiden att resultatet svarade mot studiens syfte. Detta för att säkra studiens validitet.

## **10.2 Resultat diskussion**

Det övergripande målet för studien var att synliggöra behovet av en avancerad klinisk sjuksköterska. Den här studien visar att de äldre i de Nordiska länderna upplever att det finns behov av en sjuksköterska på högre nivå som specialiserar sig inom geriatrik. Från resultatet framkommer det att de äldre ser positivt på att sjuksköterskor utbildar sig mot äldre och äldres sjukdomar och att det kommer gynna de sjuka äldre. En yrkesroll som avancerad klinisk sjuksköterska, som är utvecklad för att ge vård av god kvalitet till de äldre, ger inte bara möjligheten att erbjuda god vård utan även rekommendera och samordna vårdinsatser samt genomföra avancerad planering och kunna hantera och förhandla hälso- och sjukvård (Abumaria, Hastings-Tolsma & Sakranda, 2014). Den åldrande befolkningen med komplexa behov gör att det finns behov av en tjänst som är mellan medicin och omvårdnad, en avancerad roll för sjuksköterskor i klinisk vård av sjuka äldre. (Goldberg, Cooper & Russel, 2014) Avancerad klinisk omvårdnad beskrivs som omvårdnad på avancerad nivå som maximerar användandet av specialkompetens och omvårdnadskunskap för att svara på patienternas hälsobehov. Avancerad klinisk omvårdnad bygger på teoretisk och empirisk

kunskap och expertis för att tillhandahålla holistisk, omfattande och fullständig vård (Morilla-Herrera m.fl. 2012). Enligt Benner (2001) har sjuksköterskan utvecklat sig till expertnivå när hon/han har så stor erfarenhetsbakgrund att hon/han inte behöver förlita sig på regler och riktlinjer för att se vilken åtgärd som är lämplig vid de olika situationer som hon ställs inför i sitt arbete. Expertsjuksköterskan har skaffat sig en så stor klinisk kunskap att det inte finns några hinder att direkt se och kunna åtgärda eventuella problem som kan uppstå, och lägger ingen onödig tid på felaktiga lösningar. För att en avancerad klinisk sjuksköterska skall kunna nå upp till expertnivå, bör hon/han ha tillräcklig arbetslivserfarenhet som grundutbildad sjuksköterska och ha utbildning på mastersnivå inom AKO. Utbildningsprogrammet som jag går, har gått på halvfart och det har gjort att jag har kunnat träna och utöva mina nya kunskaper direkt i klinisk praxis.

Äldre människor som alla andra människor är unika individer och ska bemötas i vård och omsorg utifrån vad hon eller han är eller har varit. Ålder eller sjukdom har mindre betydelse i mötet utan vikten att se den enskilda personen med unika behov, livshistoria, personlighet, värderingar och känslor är det centrala i mötet med människor i personcentrerad vård och ska vara grunder till vård och omsorg överlag. Kunskapen om åldrandet, de normala och onormala förändringar utifrån ett biopsykosocialt perspektiv, är oerhört viktigt och en grundpelare i mötet med de äldre som behandlas inom vård och omsorg (Ernst Bravell, 2013). Resultatet i studien visar också att mötet med den äldre är viktigt. En AKS ska ha tid och vara lätt tillgänglig samt se människor som individer vilket är grunden till personcentrerad vård. Personcentrerad vård strävar efter att synliggöra hela personen och respektera personens syn på ohälsa och sjukdom samt främja hälsa utifrån den tolkning hälsa betyder för den enskilda personen (Ekman et al., 2011).

Från studiens resultat framkommer det olika arbetsuppgifter som de äldre representanterna upplever en AKS kan ha. De arbetsuppgifterna har många likheter med den nordiska modellen för AKO. Underkategorin kliniskt arbete är direkt relaterad till kompetensområdet direkt klinisk praxis. Det handlar om det patientnära arbetet men den här underkategorin vidrör även kompetensområdet Case management, den samordnande funktionen som följer upp t.ex. patientens behandlingar. Även kompetensområdet coaching och vägledning ingår i den här underkategorin. Deltagarna upplevde att en AKS skulle kunna vägleda och hjälpa de äldre när de inte riktigt vet vart de ska vända sig med sina problem. Klinisk praxis leder ofta

till etiska problem och frågeställningar som AKS måste kunna hantera och kunna lösa. Etiskt beslutsfattande är ett av kompetensområden inom AKO.

Vård för äldre måste anpassas så att den möter de multisjuka äldres behov och tar hänsyn till samtliga hälsoproblem. Det kräver mycket kunskap och kompetens. Att skaffa sig kunskap och utveckla sin kompetens inom yrket är en komplicerad process. Benners (2001) omvårdnadsarbetets sju domäner berör AKS kliniska arbete i alla områden. En AKS ska ha närhet till patienten för att kunna se, förstå och tolka patienten och på sätt kunna stödja patienten i sin vård och behandling. Ha förmåga att läsa av patienten för att kunna undervisa och vägleda vid rätt tillfälle för att nå bästa möjliga resultat. Ha kunskap för att kunna se förändringar i patientens hälsotillstånd och att kunna agera och hantera snabbt skiftande situationer. Det självständiga arbetet som AKS utför och det utökade ansvaret medför även utökad kompetensutveckling inom utförandet och övervakandet av behandlingar och säkerställandet av kvalitén i vårdarbetet. AKS har även en viktig roll i att organisera vård så kontinuitet kring patientens vård och behandling garanteras.

Förebyggande arbete har lyfts upp separat från det kliniska arbetet i resultatdelen. Representanterna upplevde att AKS behövs i alla delar av vård av äldre samtidigt som det tydligt framkommer att de sjuka äldre som bor hemma ska prioriteras. Kartläggning av risker och behov, sekundär och tertiärprevention och kontinuerlig kontakt framför allt, för att öka äldres trygghet, upplevs viktigt. GERDA Botnia-projektet har varit ett samarbetsprojekt mellan tre högskolor och universitet i Österbotten och Västerbotten. Målet med projektet var att fördjupa kunskapen om äldre personer och deras livsvillkor i området. Den studien tar också upp att prevention av äldres ohälsa måste prioriteras och inriktas mot de vanligaste hälsorisker som t.ex. fallolyckor, undernäring, depression, benskörhet, demens, muskelsvaghet och läkemedelsbiverkningar (Jungerstam, Nygård, Olofsson, Pellfolk & Sund, 2012).

Handledning och utveckling är en av AKS arbetsuppgifter enligt studiens resultat. Handledning handlar mycket om att dela sina kunskaper till både patienter och anhöriga men även till kollegor och andra yrkesgrupper inom vård och omsorg av äldre. Utveckling och forskning är ett centralt kompetensområde inom AKO. AKS ska främja ett evidensbaserat arbetssätt samt leda till en arbetsmiljö som värderar en kunskapsbaserad praxis och en högre

vårdkvalité. För att utveckla vård ska en AKS använda sin forsknings-, utvecklings- och ledarskapskompetens (Fagerström, 2011).

Teamarbete och samarbete med läkaren upplevs som viktigt av deltagarna. Äldre människor har oftast många samtida hälsoproblem som kräver olika yrkesgruppers kompetens för utredning, vård, behandling, rehabilitering, prevention och omsorg. Därför är teamarbete en förutsättning för vård och omsorg av äldre (Jungerstam et al., 2012). Konsultation och samarbete är var sitt kompetensområde inom AKO och ingår i teamarbetet. En AKS kan fungera som konsult men behöver även konsult hjälp i sitt arbete. Samarbete med olika yrkeskategorier kräver sociala och kommunikativa kunskaper. Dålig kommunikation leder till dåligt samarbete, vilket i sin tur leder till sämre vårdresultat (Fagerström, 2011). En AKS behöver många olika egenskaper och kunskaper i sitt arbete. Det framkommer från studien att vissa personliga egenskaper upplevs viktiga hos AKS som arbetar med äldre som t.ex. intresse för äldre, empati och kunskap i att kunna förmedla förtroende.

Deltagarna i studien upplever att det finns för lite kunskap i allmänheten om den nya rollen och därför är det viktigt att sprida information, inte minst för att lyckas med implementeringen av den nya rollen. Implementering av den nya rollen kräver systematiskt arbete i olika stadier och involvering av olika parter och intressegrupper. I den här studien har jag även utvecklat en arbetsmodell för en avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska inom primärvård. Tanken med modellen är att förbättra och säkra vården för äldre, använda kompetens och resurser rätt och försöka säkerställa en lyckad implementering och utveckling av den nya yrkesrollen.

Med den här studien har jag kunnat få en inblick i hur de äldre anser att en AKS ska arbeta i vård av äldre. Vården är för patienter och det innebär att patienternas erfarenheter är viktiga i utvecklingen av hälso- och sjukvård. Medborgarna i hela världen uppmanas att vara delaktiga i att förbättra vården. Patient medverkan är viktig på många olika sätt i hälso- och sjukvården. Patientens delaktighet i att förbättra patientsäkerheten i vården har blivit allt mer betydelsefull. Patienternas erfarenheter måste tas till vara på ett systematiskt och faktabaserat sätt. Patienterna ska vara delaktiga i det ständiga förbättringsarbetet och tillsammans med personalen utveckla verksamheten. Patienterna känner sig tryggare och nöjdare när de blivit sedda, förstådda och välbemötta. Personalen kan ge bättre bemötande och göra ett bättre jobb,

när de vet hur patienten upplever sin situation. Det medför också att resurser utnyttjas bättre. Med en tydligare bild av hur verksamheten fungerar hittar man meningsfulla förbättringsområden som gör nytta för patienten. Patienter är experter på sin egen hälsa och har ett eget intresse av att minska riskerna i vården. (Renedo, Marston, Spyridonidis & Barlow 2014; Sveriges Kommun och Landsting, 2014)

## **11 Sammanfattning**

Sammanfattningsvis kan jag konstatera att en ny yrkesroll, AKS inom vård av äldre, kommer verkligen i tiden. Människorna lever längre, många har multipla sjukdomar och behöver stöd, råd, vård och omsorg på många olika nivåer. En avancerad klinisk sjuksköterska kan arbeta i olika sammanhang, i hemmamiljö, institutioner, sjukhus, primärvård mm. Hälsoproblemen är oftast underbedömda och underdiagnostiserade. En multisjuk äldre person kan med bevarad förmåga ta hand om sig själv och klara sig utan sjukhus inläggningar men det kräver stöd från hälso- och sjukvården med egenvård. I dagens samhälle har den sjuka äldre mycket att hålla reda på. Vård för de äldre är delad. I Sverige finns det två huvudmän som ansvarar för äldrevården, landstinget för det medicinska och kommunen för det sociala. Sambandet mellan akuta och kroniska sjukdomar kan brista. Det finns olika kliniker och specialiteter som oftast bara tar hänsyn inom sitt område. Det hör inte till ovanligheten att man missar uppföljningar eller kontroller. Det är lätt hänt att det sjuka äldre hamnar mellan stolarna. Därför ser jag att det finns behov av en spindel i nätet som håller ihop trådarna och som den äldre eller anhöriga kan vända sig till vid behov.

Resultatet som studien visar kan relateras till verkligheten och användas vid utveckling och implementering av en ny yrkesroll. Däremot kan det vara av nytta att ha direkt patient medverkan på verksamhetsnivå vid utveckling av den nya arbetsmodellen och vården för de äldre. I framtiden är det också viktigt att fortsätta forska kring åldrandet och äldres sjukdomar och möjliga samband mellan sjukdomar, skador och funktionsnedsättningar.



## Referenser

Abumaria, I A., Hastings-Tolsma, M & Sakraida, T J. (2014). Levine's Conservation Model: A Framework for Advanced Gerontology Nursing Practice. *Nursing forum; An Independent Voice of Nursing*.

Ahrne, G. & Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö. Liber.

Akner, G. (2004). *Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om Äldrevårdscentral*. Liber.

Akner, G. & Gustafson, Y. (2014). Geriatriken behöver skifta fokus – från sjukdom till person. *Läkartidningen* 104.

Akner, G. (2005). Analys och handläggning av äldres multisjuklighet måste samordnas. *Läkartidningen*, 112(10), 758-765.

Altersved, E., Zetterlund, L., Lindblad, U & Fagerström, L. (2010). Advanced practice nurses: A new resource for Swedish primary health-care teams. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 174-180.

Benner, P. (2001). *Från Novis till Expert- mästerskap och talang I omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

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

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.

Cleary, Michelle, Horsfall, Jan & Hayter, Mark. (2014). Quality research: Quality results? *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 711-713.

DeGeest, s., Moons, P., Callens, B., Gut, C., Lindpainter, L & Spirig, R. (2008). Introducing advanced practice nurses/ nurse practices in health care systems. A framework for reflection and analysis. *SWISS MED WKLY*, 138 (43-44), 621-628.

Dehlin, O & Rundgren, Å. (2007). *Geriatrisk*. Uppsala. Studentlitteratur.

Delamaire, M. & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health Working Papers*, 54.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E...Stidbrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care-ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10, 248-251.

Ernst Bravell, M. (2013). *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. Falkenberg: Gleerups.

Fagerström, L. 2008. Kliniska expertsjukskötare. *Epione Jubileumsskrift*, 25-33.

Fagerström, L. (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund. Studentlitteratur.

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), 925-932.

Fagerström, L. (2012). The impact of advanced practice nursing in healthcare recipe for developing countries. *Annals of Neurosciences*, 19(1).

Finnbakk, E., Skovdahl, K., Störe Blix, E & Fagerström, K. (2011). Top-level managers' and politicians worries about future care for older people with complex and acute illness- a Nordic study. *International Journal of Older People Nursing*.

Goldenberg, S., Cooper, J. & Russel, C. (2014). Developing advanced nursing skills for frail older people. *Nursing Older People*, 26(4).

Graneheim, U. H. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24; 105-112.

International Council of Nurses: Definition and characteristics for nurse practitioner/advanced practice nursing roles, [official position paper], 2002, June. Hämtad, från: [https://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition\\_of\\_apn-np.pdf](https://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition_of_apn-np.pdf)

Hamric, A. B., Hanson, C. A., Tracy, M. F. & O'Grady, E. T. *Advanced practice nursing. An Integrative Approach*. Elsevier.

Jungerstam, S., Nygård, M., Olofsson, B., Pellfolk, T. & Sund, M. (2012). *Äldres värdighet, delaktighet och hälsa. Resultat från GERDA Botnia-projektet*. Vasa. Arkmedia.

Kommunförbundet Norrbotten & Norrbottens Läns Landsting. (2012). *Slutrappport. Kommunaliserad hälso- och sjukvård i hemmen 2013*. Norrbotten: Kommunförbundet Norrbotten. Hämtad, från <https://nllplus.se/upload/IB/lg/info/Hemsjukvårdsutredningen/Slutrappport.pdf>

Kvale S. & Brinkmann S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund. Studentlitteratur.

Lindblad, E., Hallman, E.-B., Gillsjö, C., Lindblad, U. & Fagerström, L. (2009). Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care – A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 16.

Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A.O. & Boyd, L. (2011). Time to clarify- the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal Of Advanced Nursing*, 68, 677-685.

McCormack, B. (2003). Researching nursing practice: Does person-centredness matter? *Nursing Philosophy*, 4, 179-188.

McCormack, B & McCance T V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 472-479.

Morgan, S & Yoder, L H. (2012). A Concept Analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30, 6-15.

Morilla-Herrera, JC., Morales-Asencio, JM., Martín-Santos, FJ., Garcia-Mayor, S., Rodríguez- Bouza, M & González-posadas, F. (2012). Effectiveness of advanced practice nursing interventions in older people: protocol for a systematic review and qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1652–1659.

Motion 1998/99: So436 Ädelreformen. Hämtad, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/motion-D\\_GM02So436/?text=true](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/motion-D_GM02So436/?text=true)

Nieminen, A-L, Mannevaara, B & Fagerström, L. (2011). Advanced practice nurses scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 661-670.

Polit, D & Beck, C. (2004). *Nursing research. Principles and methods (7th ed.)*. New York: Lippincott.

Renedo, A., Marston, CA., Spyridonidis, D., & Barlow, J. (2014). Patient and Public Involvement in Healthcare Quality Improvement: How organizations can help patients and professionals to collaborate. *Public Management Review* 17(1), 17-34.

DOI:10.1080/14719037.2014.881535

Resultat från satsningen på de mest sjuka äldre. Nyhetsbrevet Vård och omsorg av äldre 2/2014; 15 april 2014. Regeringen. Hämtat den 15 september 2014, från <http://www.regeringen.se/sb/d/15734/a/237593>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Patienter och personal utvecklar vården. En handbok i 4 steg för erfarenhetsbaserad verksamhetsutveckling*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad från, <http://webbutik.skil.se/sv/artiklar/patienter-och-personal-utvecklar-varden-en-handbok-i-fyra-steg-for-erfarenhetsbaserad-verksamhetsutv.html>

Sveriges Kommuner och Landsting.(2015). *Slutrapport 2015: Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*. Stockholm: Sveriges Kommun och Landsting. Hämtad från, [http://skil.se/download/18.46eac49e14c97cdf4313ef5/1428556350963/OK+mest+sjuka+aldre\\_slutrapport\\_SKL+2015\\_med+bilagor+kopia.pdf/2015-05-12](http://skil.se/download/18.46eac49e14c97cdf4313ef5/1428556350963/OK+mest+sjuka+aldre_slutrapport_SKL+2015_med+bilagor+kopia.pdf/2015-05-12)

Socialstyrelsen. (2011). *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre – Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-12-19>

Socialstyrelsen. (2013). *Primärvårdens ansvar utbud av primärvård och övrig vård och omsorg. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad, från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/Artikeltatalog/Attachments/19292/2013-12-18.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Öppna jämförelser 2014. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommun och län*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-1-4>

Statistiska Centralbyrån. (2014). *Folkmängd i riket, län och kommuner 31 mars 2014 och befolkningsförändringar 1 januari - 31 mars 2014*. Hämtad 6 februari, 2015, från Statistiska centralbyrån, [http://www.scb.se/sv/\\_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Kvartals--och-halvarsstatistik---Kommun-lan-och-riket/373921/](http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Kvartals--och-halvarsstatistik---Kommun-lan-och-riket/373921/)

Statistiska Centralbyrån. (2015). Lägsta antalet döda. Hämtad 14 april, 2015, från Statistiska centralbyrån, [http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Artiklar/Lagsta-antalet-doda-sedan-1977/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Lagsta-antalet-doda-sedan-1977/).

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1



### Informationsbrev till verksamhetschef Övertorneå hälsocentral

Vi är två specialistutbildade sjuksköterskor som deltar i ett gemensamt nordiskt samarbetsprojekt mellan högskolor och universitet i Sverige, Norge, Danmark och Finland inom hälsa och vård. Syftet med detta samarbete är att utveckla en ny yrkesroll för sjuksköterskor främst inom äldrevård. Vi läser till avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska (för mer information se bifogat faktablad).

Alla de nordiska länderna står inför en framtid då allt fler människor blir äldre och lever längre samtidigt som det ställs allt mer krav på en hög och kompetent äldrevård. Denna modell med en mer kompetent vidareutbildad sjuksköterska finns redan i flera länder och forskning har visat att denna modell kan vara en bra och nödvändig lösning på framtidens behov inom äldrevården.

Nu inför vårt examensarbete har vi beslutat att genomföra en gemensam nordisk kvalitativ studie för att kartlägga behovet av avancerad kliniskt sjuksköterska för äldre inom kommun och primärvård. Vi vill även genom studien få fram en arbetsmodell för den avancerade kliniska geriatriska sjuksköterskan. Vi önskar därför få tillstånd att genomföra intervjuer med en läkare, sjuksköterska och en ledare inom er organisation/verksamhet.

Svar önskas så snart som möjligt för tillåtelse om deltagande i studien. Maila gärna svar till avsändare.

För mer information om studien ta kontakt med nedanstående personer.

Med vänliga hälsningar

Mari Huhtanen

Maria Rännare

Ann-Louise Glasberg

Leg Sjuksköterska

Leg. Sjuksköterska

Handledare

E-post: [maakku@hotmail.com](mailto:maakku@hotmail.com)

[ann-louise.glasberg@novia.fi](mailto:ann-louise.glasberg@novia.fi)

Tel:0730570935

## Bilaga 2



### Information och förfrågan om deltagande i forskningsprojekt

Vi är två specialistutbildade sjuksköterskor som deltar i ett gemensamt nordiskt samarbetsprojekt mellan högskolor och universitet i Sverige, Norge, Danmark och Finland inom hälsa och vård. Vi läser till avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska (för mer information se bifogat faktablad).

Inför vårt examensarbete har vi beslutat att genomföra en gemensam nordisk kvalitativ studie för att kartlägga behovet av avancerad kliniskt sjuksköterska för äldre inom kommun och primärvård. Vi vill även genom studien få fram en arbetsmodell för den avancerade kliniska geriatriska sjuksköterskan.

Vi önskar få utföra en personlig intervju med dig som (*läkare*) för att kunna ta del av dina tankar och erfarenheter gällande äldrevård.

Intervjuerna beräknas ta ca 45min och kommer att spelas in för att sedan skrivas ut i text och analyseras. Deltagandet i intervjun är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Dina svar och resultat kommer att behandlas anonymt så att ingen obehörig kan ta del av dem. Allt material kommer förvara konfidentiellt och förstöras efter studiens genomförande. Det är endast ansvariga för studien och handledare som kommer att ta del av materialet.

Den färdiga studien kommer att finnas tillgänglig som en rapport efter slutlig examination.

Med vänliga hälsningar

Mari Huhtanen

Maria Rännare

Ann-Louise

Glasberg

Leg Sjuksköterska

Leg. Sjuksköterska

Handledare

E-post: maaku@hotmail.com

ann-louise.glasberg@novia.fi

Tel:0730570935





## AVANCERAD KLINISK GERIATRISK SJKSKÖTERSKA

En avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska (AKGS) är en sjuksköterska med masterexamen i klinisk omvårdnad. Utbildningen är på avancerad nivå med inriktning mot geriatrik och gerontologi.

Geriatrisk är läran om åldrandets sjukdomar. Gerontologi undersöker åldrandet och de äldre, förändringar som en följd av åldrandet, vilka konsekvenser åldrandet har för individen samt den sociala gemenskapen och samhället.

Syftet med AKGS är att utveckla vård och omsorg av äldre genom att främja livskvalitet, hälsa och ett värdigt liv för äldre. Arbetet sker genom att främja och upprätthålla äldre klienters och deras familjers och närståendes hälsa och funktionsförmåga, att hjälpa och stödja i de förändringar och förluster som följer med åldrandet. Utbildningen ger kompetens att ta hand om och åtgärda den äldre sjuka patienten genom att bedöma, ge vård och behandling som botar och lindrar samt främjar rehabilitering. Målet är att ge den äldre patienten helhetsinriktad vård.

### **Den nordiske modellen for Avancerat klinisk sjuksköterska är beskrivet av professor Lisbeth Fagerström (2011):**

*En sjuksköterska med en avancerad klinisk kompetens ska självständigt kunna bedöma, diagnostisera och ombesörja vanliga akuta hälsobehov och hälsotillstånd samt ansvara för och handha uppföljning och vård av långvariga hälsobehov på ett avancerat sätt. Hon/han kan systematisk utföra en omfattande klinisk undersökning av patienten och utreda patientens hälsohistoria och hälsobehov på ett fördjupat sätt. Utifrån denna kliniska bedömning har hon/han beredskap och förmåga att kunna fastställa patientens hälsobehov och utföra de omvårdnadsåtgärder och behandlingsinsatser, som krävs. Hon/han kan även ordinera undersökningar och ordinera medicinering, remittera samt skriva in och ut patienter, dvs. ge en helhetsmässig omvårdnad och behandling inom specifika fördjupningsområden. Hon/han ska kunna ansvara för, leda och koordinera hälsopromotivt och hälsopreventivt arbete. Andra viktiga kompetensområden är etiskt beslutsfattande, samarbete, konsultation, Case*

*management, ledarskap, forskning och utveckling. En avancerad klinisk sjuksköterska har en grundutbildning som sjuksköterska, tillräcklig arbetserfarenhet samt utbildning motsvarande mastergrad inom avancerad klinisk omvårdnad.*

#### **International Council of Nurses definition:**

"A registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A Master's degree is recommended for entry level."

#### **REFERENCER:**

Fagerström, L. (RED.) (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska*. Studentlitteratur, Lund

#### **INTERNETSIDER:**

INTERNATIONAL COUNSEL OF NURSES:

<http://www.advancedpractice.scot.nhs.uk/definitions/defining-advanced-practice.aspx>

THE FREE DICTIONARY: <http://www.thefreedictionary.com/nurse+practitioner>

WIKIPEDIA: [http://en.wikipedia.org/wiki/Geriatric\\_nursing](http://en.wikipedia.org/wiki/Geriatric_nursing)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboksveien 22  
N-5007 Drammen  
Norge  
Tel: +47 35 28 21 17  
Fax: +47 35 28 21 59  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Orgnr: 969 421 884

Lisbeth Fagerstrøm  
Institutt for sykepleievitenskap Høgskolen i Buskerud  
PO Box 7053  
3007 DRAMMEN

Vår dato: 03.02.2014

Vår ref: 37218 / 2 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.01.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>37218</i>	<i>Avansert geriatrisk sykepleire i Nordisk kontekst - en ny ressurs for eldreomsorgen i primær helsetjenesten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Lisbeth Fagerstrøm</i>
<i>Student</i>	<i>Esmå Smailhodzic</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marte Byrkjeland

Kontaktperson: Marte Byrkjeland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Arkivingsdato: 2014-02-03 10:55

OMD NSD, Universitets- og høgskolevesenets datatjeneste, 3016 Oslo, tlf: +47 22 85 19 11, [ov@nsd.no](mailto:ov@nsd.no)  
NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 4701 Trondheim, tlf: +47 73 49 18 17, [kj@nsd.uib.no](mailto:kj@nsd.uib.no)  
NSD, Oslo Senter for Universitets- og høgskolevesenets datatjeneste, tlf: +47 22 85 19 11, [nsd@nsd.uib.no](mailto:nsd@nsd.uib.no)

## Bilaga 5

### **Intervjuguide**

Bakgrunds information

Kön

Ålder

Utbildning

Yrke

Tjänstgöringstid

1. Vad upplever du som \_\_\_\_\_ är dagens brister/problem vad gäller vård och behandling äldre personer inom primärvård/kommun hälsotjänster?
2. Vad har du för tankar om AKS roller/modellen som är presenterad i faktabladet?  
\* Hur ser du på att AKS skulle ta större ansvar inom äldrevård?
3. Vad ser du att AKS skulle ha för roller/ansvarsområden och arbetsuppgifter inom äldrevård?
4. Vad tror du att grävs i organisation att implementera nya AKS modellen?
5. Är det någonting som gör att du känner dig tveksam/tvivlande för den nya AKS modellen?
6. Hur ser du som \_\_\_\_\_ att du kan stödja utvecklingen av AKS inom din organisation/ inom din kommun?
7. Hur tror du att dina kollegor/andra i ditt team ställer sig till AKS?

## Bilaga 6

**Steg 1:** Sortering av den 82-åriga kvinnans symtomlista i olika kategorier, t.ex. på följande sätt:

---

<b>Neuropsykiatri</b>	Minnesnedsättning Nedstämdhet Dödsönskningar Sömnsvårigheter Oro/nervositet
<b>Hjärta-kärl/lungor</b>	Andfåddhet vid ansträngning Hjärtklappning
<b>Mag-tarm</b>	Illamående Förstoppning
<b>Njurar/urinvägar</b>	Urininkontinens Urinvägsinfektioner
<b>Gynekologiskt</b>	Framfall av livmodern
<b>Nutrition</b>	Matleda Glappande tandprotes Minskat 5 kg ofrivilligt i vikt
<b>Hud</b>	Sår på flera tår
<b>Sinnesorgan</b>	Synnedsättning Hörselnedsättning
<b>Smärtor</b>	Flera olika lokaler
<b>Allmänna symtom</b>	Dagtrötthet Bensvullnad Gång- och balansproblem Muskelsvaghet
<b>Socialt</b>	Ensamhet, isolering

---

(Akner, 2004)

## Bilaga 7

<b>Organ- diagnoser</b>	<b>System- diagnoser</b>	<b>Funktions- diagnoser</b>	<b>Symtom- diagnoser</b>	<b>Misstänkt läkemedels- biverkning</b>
*Hjärtsvikt	Högt blodtryck	*Minnesnedsättning	Dagtrötthet	Dagtrötthet
*Diabetes mellitus	*Undernärings- tillstånd	Synnedsättning	Förstoppning	Minnesnedsättning
*Demens (Alzheimer)	*Anemi (blod- brist)	*Hörselnedsättning	*Huvudvärk	Muskelsvaghet
*Njursvikt	*Depression	Nedsatt kondition	Aptitned- sättning	Huvudvärk
Prostataförstoring	*Bensvullnad	Gång- och balansproblem	*Sömnbesvär	Förstoppning

**Tabell 2.** Bedömning av multisjuk kvinna i 5-ställig diagnostabell.

(Akner, 2004)

## Bilaga 8

<b>Organ- diagnoser</b>	<b>System- diagnoser</b>	<b>Funktions- diagnoser</b>	<b>Symtom- diagnoser</b>	<b>Misstänkt läkemedels- biverkning</b>
Stroke	Undernärings- tillstånd	Förlamning i höger kroppshalva	Smärta i den förlamade sidan	
	Högt blodtryck	Talstörning (afasi)	Dagtrötthet	
	Depression	Gång- och balans- problem		

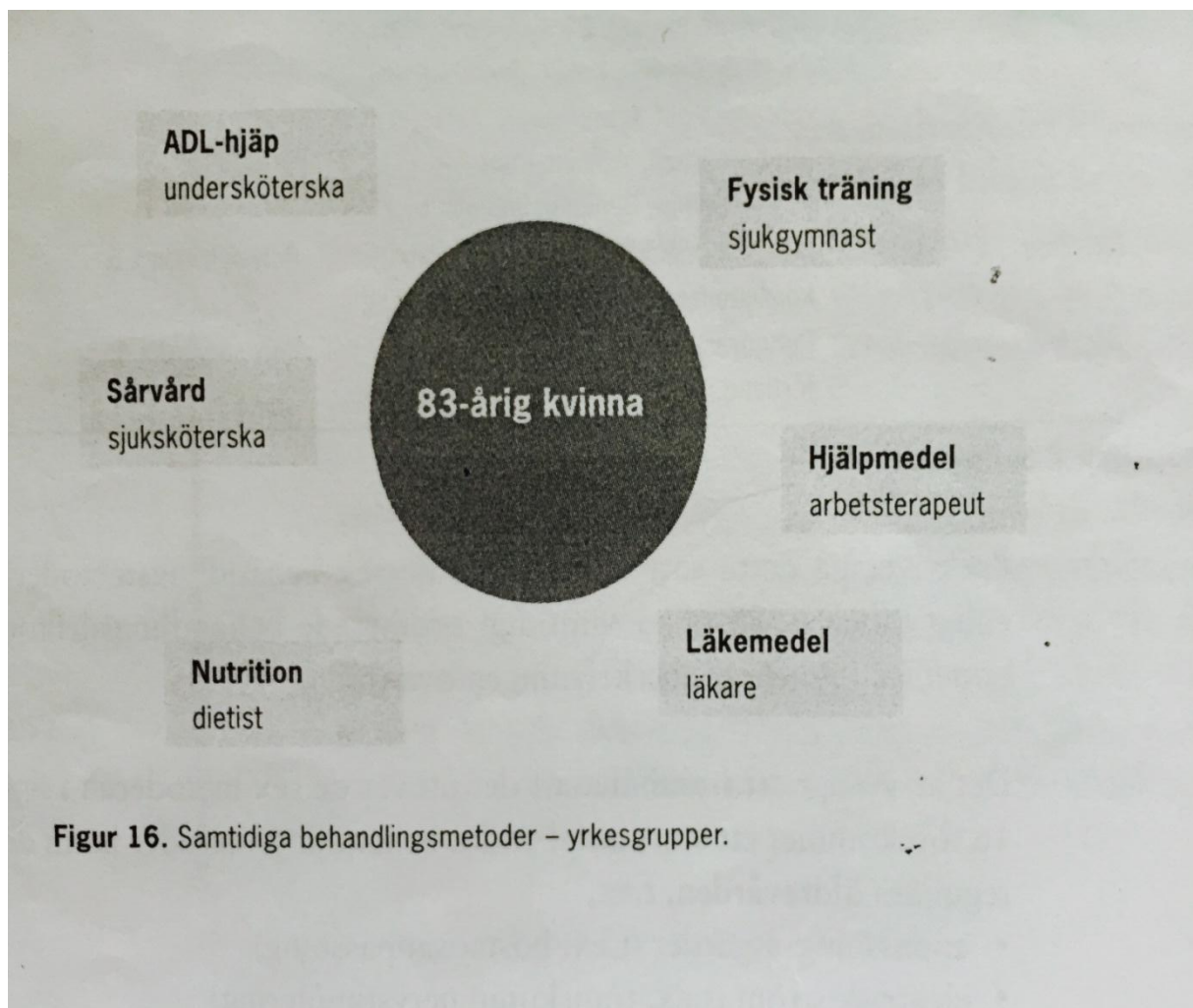
**Tabell 3.** Organdiagnosen stroke med relaterade problem.

<b>Organ- diagnoser</b>	<b>System- diagnoser</b>	<b>Funktions- diagnoser</b>	<b>Symtom- diagnoser</b>	<b>Misstänkt läkemedels- biverkning</b>
Hjärtsvikt	Undernärings- tillstånd	Nedsatt kondition	Dagtrötthet	
	Högt blodtryck	Muskelsvaghet	Sömnbesvär	
	Bensvullnad		Andfåddhet	

**Tabell 4.** Organdiagnosen hjärtsvikt med relaterade problem.

(Akner, 2004)

## Bilaga 9



(Akner, 2004)



## Bilaga 10

### **Arbetsbeskrivning för en avancerad klinisk geriatrisk sjuksköterska**

- Listning av de multisjuka och/eller mångbesökare som är 65-år och äldre. Därefter kontakt och erbjudande av en hälsoundersökning hos AKS med förklaring vad undersökningen innebär.
- Patientbesök: anamnes, utredning med klinisk undersökning, provtagning, andra relevanta undersökningar (EKG, RTG) och läkemedelsgenomgång. Fast vårdkontakt erbjuds.
- Analys av patientens symtom och undersökningsfynd enligt DBU-metoden.
- Bedömning av analysen med preliminär diagnostisering enligt DBU-metoden och preliminär behandlingsplan.
- Konsultation av läkare och/eller övrig personal.
- Vårdåtgärder och behandlingar
- Remittering till specialist bedömningar (t.ex. ADL-bedömning).
- Bokning av läkartid efter att alla bedömningar är upprättade om behovet finns. Behövs bedömning görs av AKS i samråd med läkare och/eller övriga i teamet.
- Samordnad individuell vårdplanering till de personer som är i behov av det.
- Eventuella hembesök
- Handledning och utbildning av patienter, anhöriga och personal
- Uppföljning, utvärdering av behandlingsplan samt fortsatt planering
- Kontinuerlig dokumentation i patientjournalen om insamlat data, bedömningar, åtgärder, behandlingar, behandlings- och uppföljningsplaner.