

Verksamhetsmodell för klinisk specialistsjukskötare inom kärnkirurgin

Sigbritt Jakobsson

Examensarbete för högre YH-examen

Utbildningsprogrammet för Avancerad klinisk vård

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare:

Sigbritt Jakobsson

Utbildningsprogram och ort:

Avancerad klinisk vård, Vasa

Handledare:

Ann-Louise Glasberg

Titel: Verksamhetsmodell för klinisk specialistsjukskötare inom kärlkirurgin

Datum Maj 2013

Sidantal 60

Bilagor 5

Abstrakt

Syftet med studien är att utveckla en verksamhetsmodell för en klinisk specialist-sjukskötare inom kärlkirurgisk vård, främst för vård och uppföljning av nedre extremitets arterioskleros (ASO)- patienten. Frågeställningarna för studien var: Vilka arbetsuppgifter har en sjukskötare inom vården av kärlkirurgiska patienter? Hur skall verksamhetsmodellen för en klinisk specialistsjukskötare inom kärlkirurgiska vården utformas?

Metoden för studien är både kvalitativ och kvantitativ inspirerad av aktionsforskning. Som datainsamlingsmetoder användes enkät med kvalitativa och kvantitativa frågor samt temaintervju. Enkäten riktades till medlemmarna i Suomen Verisuonihoidtajyhdistys ry. Databearbetningen av de kvalitativa frågornas innehåll gjordes med hjälp av deskriptiv statistik och innehållsanalys. Innehållsanalys gjordes också på temaintervjumaterialet från modellutvärderingen.

Verksamhetsmodellen som utvecklades baserade sig på de fem kompetensområden som en klinisk specialistsjukskötare skall ha enligt modellen som Vasa centralsjukhus har utvecklat. I utvärderingen bedömdes modellen som en klar befattningsbeskrivning för en klinisk specialistsjukskötare inom kärlkirurgiska vården, den var realistisk och patient-centrerad. Tyngdpunkten för vidareutveckling av verksamhetsmodellen ligger på strukturering av den hälsofrämjande vården, systematisering av vården och på förbättrat samarbete mellan specialsjukvården och primärhälsovården.

Språk: Svenska

Nyckelord: kärleksjukdomar, kärlskötare,

klinisk specialistsjukskötare, verksamhetsmodell

Förvaras: Yrkeshögskolan Novia i Vasa

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Sigbritt Jakobsson
Koulutusohjelma ja paikkakunta: Kliinisesti edistynyt hoitotyö, Vaasa
Ohjaaja: Ann- Louise Glasberg

Nimike: Kliinisen asiantuntijahoitajan toimintamalli verisuonikirurgialla

Päivämäärä Toukokuu 2013 Sivumäärä 60 Liitteet 5

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön päämäärä on kliinisen asiantuntijahoitajan toimintamallin kehittäminen verisuonikirurgisten potilaiden hoitoon, ensisijaisesti alaraajaarterioskleroosi (ASO) -potilaan seurantaan ja hoitoon. Tutkimuskysymykset olivat: Mitä työtehtäviä sairaanhoitajalla on verisuonikirurgisten potilaiden hoidossa? Miten kliinisen asiantuntijahoitajan toimintamallia sovelletaan verisuonikirurgisen potilaan hoitoon?

Tutkimusmenetelmä on laadullinen ja määrällinen toimintatutkimusten innoittamana. Tiedonkeruumenetelmät olivat kyselylomake, jossa oli laadullisia ja määrällisiä kysymyksiä sekä teemahaastattelu. Kysely osoitettiin Suomen Verisuonihoitajayhdistys ry:n jäsenille. Tietojenkäsittely tehtiin käyttäen kuvailevia tilastoja ja sisällön analyysiä laadullisen materiaalin tutkimisessa. Teemahaastattelun materiaali analysoitiin myös sisällön analyysin avulla kun mallia arvioitiin.

Kehiteltävä toimintamalli perustuu viiteen osaamisalueeseen kuten Vaasan keskussairaalan laatima kliinisen asiantuntijahoitajamalli. Arvioinnissa mallin todettiin kuvaavan selvästi verisuonihoitajan toimenkuva kliinisenä asiantuntijahoitajana, se oli realistinen ja potilaskeskeinen. Kehittämisen painopisteet ovat terveyden edistämishoidon systematisoiminen sekä yhteistyön parantaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välissä

Kieli: Ruotsi Avainsanat: verisuoni sairaudet, verisuonihoitaja, kliininen asiantuntijahoitaja, toimintamalli

Säilytetään: Ammattikorkeakoulu Noviassa, Vaasassa

MASTER'S THESIS

Author: Sigbritt Jakobsson
Degree Programme: Advanced Clinical Nursing, Vaasa
Supervisor: Ann-Louise Glasberg

Title: Case management model for a clinical nurse specialist in vascular surgical care

Date May 2013

Number of pages 60

Appendices 5

Abstract

The purpose of this study was to develop a case management model for a clinical nurse specialist in vascular surgical care. It was primarily for the care and monitoring of peripheral vascular disease (PVD) patients. The research questions were: What are the tasks of a nurse caring for vascular surgical patients? How should the case management model for a clinical nurse specialist in vascular surgical care be designed? The methodology for this study is qualitative and quantitative, inspired by action research.

The data collection methods used were a questionnaire with qualitative and quantitative questions, and a theme interview. The questionnaire was addressed to the members of the Finnish Vascular Nurses' Society. The data processing was done using descriptive statistics and content analysis of the qualitative content. Content analysis was also done on the theme interview material from model evaluation.

The case management model that was developed is based on the five areas of competence that a clinical nurse specialist at Vaasa Central Hospital should have. The evaluation found the model to be a clear job description for a clinical nurse specialist in vascular surgical care, it was realistic and patient-centered. The focus for further development of the case management model is the structuring of health promotion and improved cooperation between specialized health care and primary health care.

Language: Swedish

Key words: Vascular disease, vascular nurse, clinical nurse specialist, case management model

Stored at: Novia University of Applied Sciences, Vaasa

Innehåll	
1 Inledning.....	1
2 Syfte och problemprecisering	2
3 Kartläggning av situationen	2
3.1 Nedre extremitets ASO	3
3.1.1 Intermittent klaudikation	4
3.1.2 Kritisk ischemi.....	5
3.2 Kärlskötarens roll	6
3.2.1 Utredning av kärlsjukdomens omfattning	7
3.2.2 Hälsöfrämjande vård.....	9
3.3 Klinisk specialistsjukskötare/Nurse practitioner.....	10
3.3.1 Klinisk specialistsjukskötare enligt Social- och hälsovårdsministeriet.....	13
3.3.2 Klinisk specialistsjukskötare modellen enligt Vasa centralsjukhus.....	13
3.3.3 Modellutveckling enligt "PEPPA".....	15
4 Teoretisk utgångspunkt	17
4.1 Från novis till expert	18
4.2 Simone Roachs syn på professionalism	20
5 Undersökningens metod	21
5.1 Aktionsforskning.....	21
5.2 Undersökningsgrupp	23
5.3 Datainsamlingsmetoder	23
5.3.1 Enkät.....	24
5.3.2 Intervju	25
5.4 Kvalitativ innehållsanalys	27
5.5 Deskriptiv statistik	28
5.6 Utarbetande av instrument.....	29
6 Resultatredovisning.....	31
6.1 Redovisning av enkät.....	31
6.1.1 Bakgrund	31
6.1.2 Kompetens.....	32
6.1.3 Multiprofessionalitet	36
6.1.4 Forskning och vårdutveckling	40
6.1.5 Administration	41
6.1.6 Kärlskötarrullutveckling.....	42
6.2 Utformning av verksamhetsmodell.....	43

6.2.1 Klinisk kompetens i bedömning av vårdbehov	43
6.2.2 Klinisk kompetens i vårdrelationen.....	44
6.2.3 Klinisk kompetens i multiprofessionellt samarbete.....	45
6.2.4 Klinisk kompetens i vårdforskning och vårdutveckling	45
6.2.5 Klinisk kompetens i en lärande och vårdande kultur	46
6.2.6 Verksamhetsmodellen för en klinisk specialistsjukskötare inom kärllkirurgi	46
6.3 Utvärdering av verksamhetsmodellen	47
7 Tolkning.....	49
8 Kritisk granskning	54
9 Diskussion	58
Litteratur	61

Litteratur

BILAGOR

BILAGA 1. Poliklinikan toimintaohje 2010

BILAGA 2. "PEPPA modellen"

BILAGA 3. Enkät följebrev

BILAGA 4. Enkät

BILAGA 5. Modell för klinisk specialistsjukskötare inom kärllkirurgi vid Vasa centralsjukhus

1 Inledning

Hjärt- och kärlsjukdomarna är fortfarande orsak till mer än hälften av dödsfallen i västvärlden och de flesta verksamma inom sjukvården kommer i kontakt med dessa patienter. Aterosklerosjukdomen är generell. Beroende på var kärlskadan uppstår så får patienten olika symptom; hjärnan: tia eller stroke, hjärtat: angina pectoris eller infarkt och om benen drabbas uppstår klaudikation och i värsta fall kallbrand. (Lindgärde m.fl., 2005, 11). Vid diagnostik, behandling och uppföljning av dessa patienter måste man beakta helheten. De är ofta multisjuka individer med högt blodtryck, diabetes och metabola syndrom. För att bromsa sjukdomens framfart är det av stor betydelse att patienterna får bra sekundär och tertiär prevention (Koskenvuo 2003, s. 83–87).

Risikfaktorerna som är förenade med livsstilen bör åtgärdas. För detta behöver patienterna stöd, information, uppmuntran och vårdkontinuitet. På kirurgiska polikliniken vid Vasa centralsjukhus har man sedan medlet av 1990-talet kunnat erbjuda arbetsplatsutbildade sjukskötare som har assisterat kärlkirurgerna med ABI (Ankle-Brachial Index) -mätningar, sårvård, hälsofrämjande vård samt sedan år 2003 också ultraljudsundersökningar, DD (duplex-doppler), av långa infrainguinala by-passar.

Jag arbetar själv som kärlskötare på Vasa centralsjukhus kirurgiska poliklinik, samtidigt som jag slutför mina studier till klinisk specialist sjukskötare. I mitt examensarbete har jag för avsikt att bilda en modell för en klinisk specialist sjukskötare inom kärlkirurgin. Uppgiften består av att definiera olika delområden av kärlskötarens arbete samt genom en empirisk studie utreda hur andra gör. Detta speglas mot Patricia Benners vårdteori och Simone Roachs syn på professionalism inom vården.

Då denna modell är klar kommer den att utvärderas genom kvalitativa intervjuer, m.a.o. en forskningsprocess inspirerad av aktionsforskning. Om tiden skulle räcka till skulle det förstås vara ännu bättre om man kunde implementera modellen, använda den en tid och först då utvärdera den.

2 Syfte och problemprecisering

För en välfungerande sjukskötarmottagning förutsätts ett nära samarbete med en läkare (pararbete). Läkaren har det yttersta ansvaret för patientens vård. För tillfället finns ingen klinisk specialistsjukskötare med inriktningen kärlkirurgi på Vasa centralsjukhus. Respondenten och en annan sjukskötare arbetar dock heltid med kärllpatienternas vård. Dessa sjukskötare har arbetsplatsutbildats för sina uppgifter. Ingen skriftlig regelsamling för överföring av arbetsuppgifter från läkare till skötare har uppgjorts, dock finns skriftliga anvisningar för arbetsrutinerna (se bilaga 1).

Lärdomsprovet är ett muntligt överenskommet beställningsarbete från Vasa centralsjukhus operativa enhet. Syftet är att utreda den kliniska specialist sjukskötarens roll inom kärlkirurgin. Vid Vasa centralsjukhus planeras en vakans som klinisk specialistsjukskötare för den kärlkirurgiska patientens vård. För att utreda vilka uppgifter som kan överföras på den kliniska specialistsjukskötaren samt vilka förväntningar som finns på en dylik sjukskötare inom kärlkirurgin kommer en enkät att användas. Enkäten riktas till medlemmarna i Suomen Verisuonihoitajayhdistys r.y.

Frågeställningarna för lärdomsprovet är följande:

Vilka arbetsuppgifter har en sjukskötare inom vården av kärlkirurgiska patienter?

Hur skall verksamhetsmodellen för en klinisk specialistsjukskötare inom kärlkirurgiska vården utformas?

3 Kartläggning av situationen

I detta kapitel beskrivs nedre extremitets *aterosklerosis obliterans* -sjukdomen (ASO), som är den mest resurskrävande av de kärlkirurgiska sjukdomarna, samt de olika delområden som vården och uppföljningen av kärlkirurgiska patienter består av. Här kommer också kärllskötarens roll samt begreppen klinisk specialistsjukskötare och "nurse practitioner" att beskrivas. Tidigare forskning kring kärlkirurgiska patienters vård samt kliniska specialistsjukskötarrollen och kompetensutveckling presenteras jämsides. Eftersom det har förekommit svårigheter att implementera kliniska

specialistsjukskötare i praktiken så presenteras till sist en modell som har utarbetats för att systematisera denna process; PEPPA- modellen (se bilaga 2).

3.1 Nedre extremitets ASO

Nedre extremitets arterioskleros hör till gruppen hjärt- och kärlsjukdomar som i Finland är den absolut största sjukdomsgruppen. Dödligheten i denna sjukdomsgrupp har sjunkit mycket (ungefär 50 %) under de senaste årtiondena om man beaktar folk i arbetsför ålder och unga pensionärer, men trots det så har man i vårt land fortfarande högre dödlighet än övriga Västeuropa. Denna patientgrupp belastar sjukvården väldigt mycket då vi har en allt mer åldersstigen äldre befolkning (Koskenvuo 2003, s. 83–87).

Patientgruppen består av äldre människor. Majoriteten är mellan 60-80 åringar och de är mångsjuka. Bland de patienter som får operativ behandling har 40-60 % en hypertension i bakgrunden. Detta gör att de har ökade risker för hjärtinfarkt, hjärtsvikt och stroke. Hos de som opereras förekommer redan en konstaterad hjärtsjukdom hos 50-70 %. Naturligt är att de också drabbas av skadade njurar p.g.a. långvarig hypertension. I ca 5-25 % av fallen syns detta. Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) förekommer hos 25-50 % av de som opereras. Många av kärl patienterna är eller har varit storrökare. Sist men inte minst är diabetes en stor riskfaktor för 8-12 % av patienterna som genomgår kärlkirurgi. (Al-Khaffaf & Dorgan 2005, s. 154–155).

Till dessa ASO-sjukdomar hör också bukaortans och njurartärernas problem samt övre extremiteternas artärproblem, såsom "subclavia steel"- symptom och stroke eller TIA-symptom. ASO-symptomen ger en bild av resten av det arteriella systemets kondition och nedre extremitetsarterioskleros drabbade patienter har 2-3 gånger högre risk att få stroke eller hjärtinfarkt än andra i samma ålder. Detta är också den vanligaste dödsorsaken för dessa patienter. Förekomsten av sjukdomen ökar med stigande ålder. De kirurgiska åtgärderna och vårdperioderna blir mycket dyra för samhället. På grund av komplikationer blir det ibland nödvändigt att amputera patientens ben och vårdkostnaderna för dessa patienter kan bli tiofalt vad det kostar för den normala befolkningen (Koskenvuo 2003, s. 83–87).

Nedre extremitetsarteriosklerosen är inte en helt känd sjukdom bland allmänheten. Enligt en studie från 2007, där medelåldern på informanterna var 67 år och de hade hög förekomst av riskfaktorer men endast ringa förekomst av kranskärls- eller cerebrovaskulära sjukdomar, kände 26 % av de tillfrågade till ASO. Dessa hade dock väldigt små kunskaper om riskfaktorerna, t.ex. hälften av dem visste inte att diabetes och tobaksrökning ökade förekomsten av ASO. En av fyra var medvetna om att ASO-patienterna har ökad risk för hjärtinfarkt eller stroke. Endast 14 % var medvetna om att ASO-sjukdom kan leda till extremitetsamputationer. Kunskapen om sjukdomen och riskfaktorerna var sämre bland låginkomsttagare och lägre utbildade (Hirsh, m.fl. 2007, s. 2086–2094).

3.1.1 Intermittent klaudikation

Orsaken till intermittent klaudikation eller fönstertittarsjuka, som det också kallas, är ateroskleros som kan lokaliseras till artärerna distalt om aortan. Vanligt är att det finns symptomgivande förträngningar eller tilltäppningar i bifurkationerna (aorta-iliaca- förgreningen, profunda-superficialis- förgreningen) och adduktorkanalen i distala arteria femoralis. Typiskt för klaudikation är att den arteriella cirkulationen är tillräcklig i vila men otillräcklig vid muskelbelastning då syrebristen förorsakar smärta som tvingar patienten att stanna. Smärtan förekommer distalt om förträngningen. Patienterna känner trötthet, stelhet och smärta då de har promenerat en sträcka, dessa besvär försvinner då de vilar en stund. Om förträngningen finns i aortan eller iliaca-kärlen kan smärtan kännas i sätes- eller lårmuskulaturen, detta kan leda till fel-diagnostisering som ischias eller höftartros (Lindgärde, m.fl. 2005, s. 177–178).

Om det genom kliniska och noninvasiva kärllaboratorieundersökningar har konstaterats att patienten har måttliga förträngningar, blir behandlingslinjen vanligen konservativ, med ny kontroll av läget om ett halvår. Man inriktar sig då på att modifiera riskfaktorerna för hjärt- och kärlsjukdom. Dessa beskrivs närmare under avsnittet hälsofrämjande vård. Eftersom dessa patienter ofta har många andra sjukdomar, bör man före noggrannare utredning kontrollera att dessa sjukdomar är optimalt behandlade. Om däremot klaudikationen är så sträng och invalidiserande

eller om konservativ behandling inte gett har resultat kan man överväga en noggrannare utredning. Då får patienten förutom riskfaktormodifiering också en tid för kontrastmedelsröntgen av nedre extremiteternas blodkärl. Beroende på fynden i denna undersökning beslutar man om det räcker med ett åtgärdsradiologiskt ingrepp, ballongutvidgning och stentning eller behövs det kirurgisk revaskularisering.

Innan en invasiv åtgärd som angiografi, med potentiellt njurtoxiska kontrastmedel är det viktigt att kontrollera patientens njurfunktion och se till att han eller hon är ordentligt uppvätskad och har en välfungerande diures inför och efter ingreppet. Diabetiker har ofta metforminer som behandling och bör pausa dessa före angiografien och inte påbörja medicineringen igen förrän det gått två dygn och njurfunktionsvärdet är normalt. Patienter med kludikation har en sämre femårsövelevnad jämfört med sina jämnåriga utan denna åkomma. Det är dock bara ungefär 10 % av kludikationspatienterna som utvecklar kritisk ischemi under denna femårsperiod (Lindgärde, m.fl. 2005, s. 182).

3.1.2 Kritisk ischemi

Kritisk ischemi uppkommer då den arteriella cirkulationen blir så nedsatt att blodflödet inte räcker till för att förse vävnaderna med tillräckligt syre i vila. Det förorsakar vilosmärta eller vävnadsskador i form av sår eller lokal vävnadsdöd (gangrän). Patienter med vilovärk och sår samt låga distala blodtryck, ankelblodtryck under 50 mm Hg och tåtryck under 30 mm Hg har en allvarlig situation som kräver snabb handläggning. Deras sjukdomshistoria är i stort som vid fönstertittarsjuka, men de har fått smärtor som är besvärligast nattetid då de är sängliggande. De beskriver att de får lindring då de sätter sig upp eller har benet hängande över sängkanten. Fysiologiskt får de bättre perfusionstryck i de ischemiska vävnaderna då benen är nedåt och det hydrostatiska trycket förbättrar deras mikrocirkulation (Lindgärde, m.fl. 2005, s. 182–187).

Utredningen av dessa patienter är likadan som den för patienter med sträng kludikation och målet för behandlingen är att undanröja obstruktiva förändringar i

artärerna genom endovaskulära ingrepp eller revaskularisering (Lindgärde, m.fl. 2005, s. 182–187).

3.2 Kärlskötarens roll

En adekvat utbildad och erfaren kärlskötare kan genomföra en klinisk undersökning av patienten, handleda, ansvara för uppföljning och stöda patienten med perifer nedre extremitets arterioskleros. Kärlskötaren ger patientcentrerad, hälso främjande vård för att hjälpa patienten till livsstilsförändringar som motarbetar kärlsjukdomen. Det har konstaterats att en helhetsvård och helhetsmässig ansats för att vårda patienter med ASO är nödvändig (Flechter 2006, s. 59–63).

Kärlskötarrollen har utvecklats genom att man har gett äldre sjukskötare mera kliniskt ansvar. De följde med äldre läkare för att träna och genomgick även "Nurse Practitioner"-utbildningen. Dessa sjukskötare fick sedan ta ansvar för uppföljning av nyremitterade patienter, by-passopererade patienter och de patienter som hade genomgått åtgärdsradiologi. Syftet med att överföra dessa arbetsuppgifter på sjukskötaren var att få en kontinuerlig uppföljning och hälsorådgivning genom en holistisk och individuell ansats. Man fokuserar på hälsofrämjande vård, gör det möjligt för patienten att lära sig att göra hälsosamma val och få kontroll över sin hälsa. Genom detta kan patienten minska risken för att sjukdomen progredierar. Vid utvärderingen av kärlskötarens behandling av patienterna var patienterna mycket nöjda och hade ingen önskan om att återgå till den traditionella konsultationen hos läkaren (Murray 1997, s. 726–736)

Kärlskötarrollen kan summeras som att erbjuda professionell vård, råd, stöd och handledning till patienter, anhöriga, vårdpersonal och medlemmar i ett multidisciplinärt team. Kärlskötaren är aktivt involverad i patientens vård både pre- och postoperativt, samt aktiv med patientens anhöriga. Kärlskötaren skall arbeta för att sprida kunskap om kärlsjukdomars förekomst samt hur dessa kan förebyggas. Kärlskötaren skall delta i utredningen av patientens vårdbehov samt planera och utvärdera vården. Kärlskötaren skall också vara aktiv inom forskningsprojekt och auditeringar. För kärlskötaren är det därför av stor vikt att forskningsbaserad

verksamhet uppmuntras och förverkligas. Varje kärlsjukskötare bör också förbinda sig att upprätthålla och förbättra sina kunskaper inom forskning (Al-Khaffaf & Dorgan 2005, s. 222–223).

3.2.1 Utredning av kärlsjukdomens omfattning

Utredningen börjar med en patientanalys. De viktigaste uppgifterna vid kärlsjukdom är förutom kartläggning av bakomliggande sjukdomar och riskfaktorer, förekomsten av smärta, kalla fötter, blek hud eller eventuella kroniska sår. Man behöver noggrant utreda smärtan. När uppstår den? Hur länge pågår den? Vad lindrar? Värker det i vila eller under ansträngning? Hur lång gångsträcka klarar de av innan smärtan blir för svår? Släpper smärtan snabbt om de vilar? Vid smärtor som beror på nedsatt cirkulation brukar smärtan släppa på några minuter då patienten vilar, men om det är en muskelskeletal smärta så släpper den mycket långsammare och kan försvinna om man ändrar kroppsläge. För differentialdiagnostik är det viktigt att kunna skilja på ischemisk smärta och annan smärta. Det är också viktigt att fråga om detta har kommit plötsligt eller har det varit ett mera ”smygande” förlopp, för vid embolisation beskriver patienten närmast en tidpunkt då benet blev blekt och kallt emedan vid klaudikation har situationen sakteligen förvärrats. Patienter med arteriell insufficiens behöver inte uppvisa någon uttalad perifer blekhet eller kyla i vila om det inte är fråga om en grav insufficiens. Sår förekomst på nedre extremiteterna utan en uppenbar yttre orsak har ofta en grav cirkulationsnedsättning som förklaring, det kan antingen vara arteriellt eller venöst betingat. Arteriella sår är vanligtvis så distala som möjligt, t.ex. längst ut på en tå. Venösa sår är vanligen ovanför *mediala malleolen* på underbenet, alltså inte så distala som arteriella sår. De venösa såren föregås av en lång historia med hudförändringar, svullnader, åderbräck, djupa ventromboser och eksem. Ibland kan patienten ha en blandning av en arteriell och venös sjukdom. (Lindgren & Aspgren 2004, s. 102–103).

Man inleder den fysikaliska undersökningen med att inspektera extremiteterna, man observerar hudfärg, bedömer hudtemperaturen genom att med dorsalsidan av handen beröra olika delar av extremiteten. Sedan palperar man pulser på a.

femoralis i ljumsken, *a. poplitea* i knävecket, *a. tibialis posterior* nedan om *mediala malleolen* och *a. dorsalis pedis* på fotryggen och jämför mellan höger och vänster sida. Om pulsationerna är svaga redan vid ljumsken kan det vara tecken på att det finns flödeshinder på bäckenkärlen eller själva aortan. Om pulsen inte känns i knävecket men i ljumsken, kan det visa på att flödeshindret i artären finns på lårnivån. Om de distala artärerna är palpabla utesluter det i praktiken förekomst av hinder i stora artärer. Auskultation över artärer kan ibland påvisa blåsljud över stenoserade områden (Lindgren & Aspgren 2004, s. 104–105).

Första steget i diagnostiseringen av ASO efter den kliniska undersökningen är att mäta ABI (ankle-brachial index). Då använder man en hand- doppler för att lyssna på pulserna på fotryggen (*arteria dorsalis pedis*) eller nedan om *mediala malleolen* (*arteria tibialis posterior*) samt en vanlig blodtrycksmätare. Man mäter då det systoliska blodtrycket. Manschetterna placeras runt vristerna och båda överarmarna. Då man mäter blodtrycket på överarmen lyssnar man med hand Dopplern vid *arteria radialis*. Vristtrycket divideras med armtrycket och ger ett index vars referensvärde normalt är från 0,96- 1,3. För att få en tydligare information om den arteriella sjukdomens utbredning kan man göra en segmenttryckmätning. Då mäter man blodtrycket på fyra nivåer på bägge benen. I kärl -laboartoriet används en specialapparat för att göra dessa mätningar. Samma apparat kan också registrera puls volym former. Mätningarna görs med patienten liggande, man kan också mäta cirkulationen i armarna på samma sätt (Yesenko, Whitelaw & Gornik, 2007, s. 624–626).

Det som bör ihågkommas är att vid mångårig diabetes och hög ålder är ABI- och segmenttryckmätningarna inte tillförlitliga. Mediaskleros gör artärerna hårda, ibland kan en mätning av tå-överarmsindex vara ett bättre alternativ för dessa (Hull & Kishman 2008, s. 403–405).

Duplexundersökning kan användas för att få en uppfattning om var stenoser kan lokaliseras i artärerna, stenosens omfattning och karaktär. Duplexundersökningen används också för att följa upp kirurgiskt revaskulariserade patienter med långa infrainguinala venby-passar. (Al-Khaffaf & Dorgan 2005, s. 11). Postoperativa uppföljningarna av infrainguinala by-passar har blivit rutin på grund av att en stor del

av by-passerna får stenoser som längre fram kan leda till occlusioner. Största (80 %) delen av dessa stenosbildningar uppstår under det första postoperativa året och främst under de sex första månaderna. En ultraljudsundersökning är ett känsligt och pålitligt sätt att finna stenoser, a-v -fistlar, pseudoaneurysm, störningar i nativkärl och anastomosområden. Dessutom är ultraljudsundersökningar kostnadseffektiva och smärtfria, de ger ingen skadlig strålning och kan enkelt tillämpas polikliniskt. Dess överensstämmelse med konventionell angiografi når till 88 %, och kan till och med finna kärlförändringar som inte syns i angiografi (Griffin, Wright & Buckenham, 2006, s. 966–969).

3.2.2 Hälsöfrämjande vård

Den hälsöfrämjande vården inriktas på nedan nämnda riskfaktorer. Tobaksrökning förekommer hos dessa patienter 2-3 gånger oftare än hos den övriga befolkningen. Rökningen gör att sjukdomen avancerar snabbare. Diabetes typ I förekommer hos en fjärdedel av de drabbade männen, mera sällan hos kvinnor. Klaudikation förekommer hos ca 40 % av typ II-diabetikerna. Vid högre åldrar försvinner könsskillnaderna i klaudikations förekomsten. Störningar i lipidhalterna med hyperkolesterolemi är vanligt vid klaudikation och det gör att sjukdomen avancerar snabbare, helhets kolesterolet bör vara under 5 mmol/l, LDL under 2,5 mmol/l vid ASO. Koagulationsfaktorstörningar med höga fibrinogenhalter, ökad trombocyt aktivitet och ökad homogentsinsyrahalt förekommer. Högt blodtryck och övervikt ses också som riskfaktorer. RR under 140/90 (unga under 130/80) och BMI under 25 är önskvärt (Koskenvuo. 2003, s. 83–87).

Patienten som har intermittent klaudikation och uppsöker vård måste sluta röka. För 85 % av patienterna lindras besvären om de slutar röka. Man bör även komma ihåg att de bör sluta med andra nikotinpreparat som också har kärlsammandragande effekter. Dock kan dessa användas som hjälpmedel mot abstinens då patienter slutar röka. Diabetespatienten med klaudikation bör få handledning om vikten av att hålla sockerbalansen och komma ihåg fotvården. Patienterna uppmanas att motionera

regelbundet 30 min/dag 5-6 dagar i veckan (promenera, gå i trappor eller cykla). Motionen är viktig för att den stimulerar bildningen av en kollateral blod cirkulation.

Patienten bör se över kosten och minska på de mättade fetterna samt öka de fleromättade fetternas andel samtidigt som de strävar till viktreducering om behov finns. Man ska äta mera grönsaker och mindre kaloririka livsmedel, samt reducera saltintaget. För att bromsa utvecklingen av arteriosklerosen som täpper till kärlen och gör tillståndet riktigt besvärligt, blir patienten ordinerad ASA. Har patienten höga lipidvärden får han också ordination att använda s.k. statiner. Statinerna har visat sig ha mera effekter i halskärlen jämfört med i nedre extremiteterna (Koskenvuo 2003, s. 83–87).

Modifiering av riskfaktorer har visat sig effektivt för patienter med klaudikation. Dock är det svårt att få patienterna motiverade och engagerade i denna vårdform. Därför startades en sköterskeledd livsstilsklinik med syfte att optimera den konservativa vårdens effekt och samtidigt se om arbetstrycket kunde minska på radiologiska och operativa enheterna för denna patientgrupp. Under tiden som uppföljningen gjordes sjönk öppna revaskularisationernas antal från 104 till 58 stycken, medan angioplastiker sjönk från 133 till 101 st. Livsstilskliniken uppnådde en 36 % tobaksavvänjning och patienternas gångstäckor förlängdes i medeltal med 126 %. Detta var en effektiv strategi för att hantera klaudikationspatienter och det kan också minska interventionerna inom kärlkirurgi (Olojugba, Vallabhaneni, McCormick, Reilly, Blair & Grenaey 2000, s. 515).

3.3 Klinisk specialistsjukskötare/Nurse practitioner

Enligt Åberg & Fagerström (2005, s. 84–87) kom i kölvattnet av sparåtgärder och ökande läkarbrist kom en smygande arbetsuppgiftsöverföring från läkare till sjukskötare inom sjukvården. Detta trots att sjukskötare saknade både den formella kompetensen och ansvaret, vanligt var att vårdpersonalen tog över en del av det förebyggande arbetet samt uppföljningen av patienter med kroniska sjukdomar och vård och bedömning av akuta lindriga infektioner. Skrivning av olika intyg föll också på vårdarnas lott. Detta utan fördjupad utbildning, klargjord uppgiftsfördelning och konsultationsmöjligheter. Sjukskötare har nu getts möjlighet att utveckla sin kliniska

kompetens genom utbildning på masters nivå i Finland. Denna utbildning är motsvarande till "Nurse Practitioner"-, "Advanced Practic nurse"- och "Expert Nurse"- utbildningar internationellt. I Finland får dessa sjukskötare benämningen "Klinisk specialistsjukskötare". En "Nurse Practitioner" är enligt International Nursing Council (ICN):

"En registrerad sjukskötare som har det expertkunnande som krävs, förmåga att göra komplexa beslut och klinisk kompetens för en utvidgad arbetsbeskrivning, vars karaktär skall formas av sammanhanget och/eller det land i vilket hon har befogenhet att verka". (Åberg & Fagerström 2005, s. 84–87)

Rollen innehåller att göra bedömningar, ställa diagnoser, ordinera undersökningar och i vissa länder ordinera mediciner. Det hälsofrämjande arbetet och forskning hör också till rollen.

Svårigheter med rollutvecklingen har förekommit överallt där man påbörjat kompetensutvecklingen och utbildningen för sjukskötare till ovan nämnda arbetsuppgifter. Studier har gjorts av avancerad omvårdnad i relation till politik, utbildning och rollutveckling för att belysa en optimal struktur för klinisk praxis. Där beskriver man centrala begrepp för den kliniska specialistsjukskötarrollen som: självständighet i kliniskt arbete, pionjär i kliniskt och professionellt ledarskap, expertutövare och forskare. För att uppnå dessa centrala begrepps nivåer bör den kliniska specialistsjukskötaren ges möjligheter att utveckla en avancerad teoretisk och klinisk skicklighet för att kunna möta behoven hos patienter, familjer och samhälle. (Furlong & Smith 2005, s. 1059–1066).

Att införa en ny vårdarroll är komplicerat. Det finns många faktorer som påverkar utvecklingen, introduktionen och utvärderingen av en kliniskt avancerad vårdarroll. Det första som konstateras är att det råder en förvirring inom terminologin och att detta måste rättas till med klara definitioner. Man har också misslyckats med att ge klara roll- och målbeskrivningar inom professionen. Rollens tonvikt på att underlätta eller ersätta läkaren i vissa fall skapar förvirring. Kliniska specialistsjukskötare borde ses som ett komplement i vården och inte som en ersättning för en annan profession. Underutnyttjande av alla rollens domäner förekommer också. Här menas då också

de icke kliniska aktiviteterna som gör patienterna nöjda och trygga, samt kunskapssökande professionell utveckling och kontakter med andra kliniska specialistsjukskötare. Det finns underlåtenhet att ta tag i miljöfaktorer som undergräver rollen, såsom hur hälso- och sjukvården är utformad och beredskapen att satsa fullt på en ny roll inom sjukvården. I dessa situationer bör politikerna vara med och vilja göra lagändringar samt ordna utbildningar. Begränsad användning av evidensbaserade närmanden vid utveckling, ibruktage och utvärdering av den kliniska specialistsjukskötarrollen ses också som en faktor att förbättra (Bryant-Lukosius, Di Censo, Browne & Pinelli 2004, s. 519–529).

Kärnsubstansen i "Nurse Practitioner" -rollen är en hög nivå inom klinisk kunskap och färdigheter som berör många sammanhang. Det handlar om professionell effektivitet och en utvidgad självständighet. Denna roll innebär kliniskt ledarskap med beredskap att ansvara för sina klienter och sin profession inom den nivå av hälsovården där de är verksamma. (Carryer m.fl. 2007, s. 1818–1825). "Advanced Nurse Practitioner" (ANP) -rollen som skall motsvara klinisk specialistsjukskötare i vårt land har utvärderats i en brittisk studie och man fann att vården som denna profession gav var jämbördig med läkarens. Den var mera kostnadseffektiv än läkarvården trots att ANP träffade färre patienter och tillbringade längre tid med dessa. Det mindre antalet fall som dessa tog hand om kan överses eftersom vården de gav hade större bredd. ANP hade 20 % lägre vårdkostnader än läkare. ANP kunde möta 90 % av de vårdbehov som befolkningen kom med. Patienterna var nöjda och uppvisade bättre vårdkomplians (Daly, & Carnwell, 2003, s. 158–167).

I Finland gjordes kartläggningar innan utbildningen till "kliniska specialistsjukskötare" startades för att bedöma behovet av professionen, samt inom vilka organisationer deras färdigheter kommer till användning. Inom primärvårdens uppföljning av kroniska sjukdomar och dejourmottagningar kunde det konstateras att denna profession underlättar läkarens arbetsbörda eftersom denne då kan koncentrera sig på de mera komplicerade fallen och kliniska specialistsjukskötaren kan handlägga de mindre krävande fallen. Inom specialsjukvården visade kartläggningen att det finns behov av professionen för vård och uppföljning av patienter med kroniska sjukdomar, samt vård och uppföljningsuppgifter inom olika specialområden. Kliniska specialistjukskötaren har i dessa fall en utvidgad arbetsbeskrivning och fungerar som konsult

både för patienter, anhöriga och övrig personal och har kompetens för att bedöma patientens vårdbehov och hälsotillstånd. Denna kliniska specialist sjukskötarfunktion förutsätter ett fungerande teamarbete med läkarkåren och ledningen (Åberg & Fagerström 2005, s. 84–87).

3.3.1 Klinisk specialistsjukskötare enligt Social- och hälsovårdsministeriet

En klinisk specialistsjukskötare skall ha som mål en stor kunskap om det kliniska arbetsområdet, ha stark beredskap till utvecklingsarbete, ha färdigheter till forskningsarbete och ha organisatorisk kunskap. Kunskapens tyngdpunkt är fördelad på kliniskt arbete 50 % och forsknings- utvecklingsarbete 50 %. Verksamheten skall grunda sig på evidensbaserad kunskap som tillämpas inom den kliniska specialistsjukskötarens arbetsområde. Den kliniska specialistsjukskötaren bör arbeta aktivt för att utveckla det praktiska arbetet och sprida kunskap samt uppfölja dess användning. Den kliniska specialistsjukskötaren bör också fördjupa sin kunskap genom kontinuerlig fortbildning (STM 2009, s. 59–60).

3.3.2 Klinisk specialistsjukskötar modellen enligt Vasa centralsjukhus

Vasa centralsjukhus har utvecklat en övergripande verksamhetsmodell för kliniska specialistsjukskötare där man har fokuserat på kompetensutveckling, multiprofessionella samarbetsformer samt nya arbets- och ansvarsfördelningar inom vårdens alla skeden. Man har bestämt att alla kliniska specialistsjukskötare skall ha en egen utarbetad verksamhetsmodell som lämpar sig för den del av organisationen där kliniska specialistsjukskötaren är verksam. Inom den övergripande verksamhetsmodellen har man fem kompetensområden.

För det första: Klinisk kompetens i bedömning av vårdbehov. I detta ingår patientanalys, klinisk undersökning, tolkning och bedömning, vårdbehovsbedömning med hänvisning till rätt vårdnivå, vårdplanering, vårdhandling, undervisning och

handledning, utfärdande av eventuella intyg, en begränsad rätt att ordinera mediciner, utvärdering och dokumentation.

För det andra: Klinisk kompetens i vårdrelationen. Den kliniska specialistsjukskötaren skall bemöta patienten värdigt, patienten skall känna att han är välkommen och vara trygg i mötet. Dessutom grundläggs ett kontinuerligt vårdförhållande där vården bygger på förtroende och samtycke.

För det tredje: Klinisk kompetens i multiprofessionellt samarbete. Den kliniska specialistsjukskötaren skall vara kapabel till både självständigt och teamarbete på en multiprofessionell nivå. Inom det multiprofessionella vårdteamet skall olika kunskapsområden bilda en helhet för patientvården och kunskapen som tillämpas skall vara evidensbaserad. Inom detta strävar man till klara uppgifts- och ansvarsfördelningar mellan läkaren och kliniska specialistsjukskötaren. Läkarens roll i detta samarbete är som konsult, rådgivare och handledare. I samarbetet med andra sköterskegrupper skall betoningen ligga på kunskapsförmedling och utbyte av kunskap. Konsultationer och remitteringar mellan yrkesgrupper ses som ett normalt arbetssätt. Kliniska specialistsjukskötare kan stå för ett mentorskap, de kan fungera som sakkunniga och konsulter likaså.

För det fjärde: Klinisk kompetens i vårdforskning och vårdutveckling. Ett vetenskapligt och etiskt förhållningsätt ska utgöra grunden för den kliniska specialist sjukskötarens vårdhandlingar. Här betonas reflektivt, systematiskt, analytiskt och kritiskt tänkande. Den kliniska specialistsjukskötaren ser till att upprätthålla sin kompetens genom att delta i utbildning, undervisning, forskning och konferenser. Det senaste inom forskningen kan tillämpas inom den egna kliniska verksamheten.

För det femte: Klinisk kompetens i en lärande och vårdande kultur. Här betonas konsten att leda och undervisa inom en organisation, miljö och kultur. Den kliniska specialistsjukskötaren ska ha kompetens att administrera, organisera och leda vårdarbetet. Kliniska specialistsjukskötaren arbetar enligt en utvidgad arbets beskrivning med självständiga mottagningar och dessa kännetecknas av ett etiskt förhållningssätt gentemot både kollegors och patienters kunskaper (Ledningsgruppen för projektet "Klinisk kompetens och verksamhetsmodeller" 2010, s. 1–8).

3.3.3 Modellutveckling enligt "PEPPA"

Under denna rubrik beskrivs en rollutvecklingsmodell för kliniska specialist sjukskötare utgående från en artikel av de kanadensiska professorerna inom vårdvetenskap; Bryant-Lukosius och DiCenso (2004).

PEPPA är en förkortning av engelska och lyder: "Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced practice nursing (APN) role development, implementation and evaluation". Detta är en modell för utveckling av kliniska specialistsjukskötarroller (APN) som bildats i ett kanadensiskt nätverk vars grund för utveckling är aktionsforskningsprocessen. Detta nätverk har kommit som svar på de behov som finns att lyckas implementera kliniska specialistsjukskötare i hälsovården och kunna utnyttja deras kunskaper och skicklighet till fullo. Enligt PEPPA -modellen skall man arbeta stegvis i nio steg (se bilaga 2). I första steget börjar man med att definiera patientgruppen och beskriver den modell för vård som för tillfället används, hurdan interaktion har patienten och hans anhöriga har i hälsovårdssystemet. Patienten är i centrum av modellen och fokuseringen på relationer och interaktioner kan definieras enligt team, organisatoriska eller geografiska perspektiv (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004, s. 530–532).

I steg två identifieras nyckelintressenter. Dessa har oberoende av sina roller omkring patienten en förmåga att reflektera, lära, informera och arbeta för att förbättra vården. Intressenter kan t.ex. vara patienter, anhöriga, frivilligorganisationer, vårdteam, hälsovårdsadministration, utbildningsinstanser och regering. Det viktiga är att man identifierar dessa och att de är med från början som engagerade stödjande deltagare då en förändring planeras. Ur den kliniska specialistsjukskötares synpunkt är det viktigt att det finns balans mellan medicinska intressenter och andra intressenter, eftersom det medicinska ofta har en tendens att dominera och den vårdande aspekten blir kvar i bakgrunden. I steg tre fastställs behovet av en ny vårdmodell. Genom en reflektiv process ses styrkor och svagheter hos den befintliga vårdmodellen och man utgår från vad patientens och de anhörigas behov är. Vad är sambandet och vilka konsekvenser har deras behov? Vilka faktorer bidrar till dessa behov? Vad är intressenternas förväntningar av dessa behov? Vilken information

finns om dessa behov? Vilka resurser och källor kan ge mera information om dessa behov? (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004, s. 533–534).

I fjärde steget identifieras de viktigaste problemen och målsättningarna. Genom att kategorisera patientens behov och problemen inom vårdtillgången blir det lättare att analysera hur problemen kan lösas, samt att det blir möjligt att göra prioriteringar och fokusera på en optimal förbättring av vården.

I steg fem definieras den nya vårdmodellen och kliniska specialistsjukskötarens roll. Nu beskrivs vilka nya praxis och vårdmetoder som kan tillämpas för att uppnå målsättningarna. Är det nödvändigt att ändra den befintliga vårdmodellen eller är det möjligt att implementera den nya rollen i det som redan finns i praktiken? Finns det behov av ytterligare expertkunskap som en ny hälsoutövare kan erbjuda? Om fallet är så, kan då en klinisk specialistsjukskötare förbättra möjligheten till att nå målen för patientvården? Kan en klinisk specialistsjukskötare passa in i den nya modellen för vård? Vad är fördelarna och nackdelarna med en klinisk specialistsjukskötare jämfört med andra sjukskötare?

I steg sex planeras strategier för implementering. Frågeställningarna i detta steg är: Vilka målrelaterade resultat förväntas på introduktionen av en klinisk specialistsjukskötares roll och kommer dessa mål att uppnås? Vilka är möjligheterna och hindren för rollutvecklingen och implementeringen? Hur skall möjligheterna ökas och hindren minimeras? Vilka resurser kräver detta? Viktigt är att intressenterna får information om rollen och dess användning för att de då på bästa sätt kan stödja rollens införande. Samtidigt bör det funderas på hur utbildningen av kliniska specialist sjukskötaren tryggas. Administrationen i organisationen bör vara förbundna till att stöda och tillhandahålla resurser för implementeringen av den nya rollen. I detta ingår också att samhället har legaliserat denna nya roll med dess självständiga kliniska besluttaganden (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004, s. 534–537).

I steg sju kan man starta implementeringsplanen av rollen. Det vore önskvärt att man lyckas få allt att fungera i steg sex, men rent praktiskt så är det vanligt att implementeringen startar och det sker en samtidig kontinuerlig uppdatering av strategier eftersom implementering av en ny roll tar så lång tid. I detta skede är det

viktigt att det hela tiden förs en dialog mellan kliniska specialistsjukskötare och administratörer för att säkra att stödet och resurserna för varje fas är tillgängligt.

Åttonde steget innebär utvärdering av kliniska specialistsjukskötarens roll och den nya vårdmodellen. Fokuseringen initialt borde vara resultatrelaterat till patientsäkerhet och effektivitet, accepterande och tillfredsställelse samt kostnader. Den kliniska specialistsjukskötaren är själv ansvarig för att monitorera nyttan av sina prestationer, statistiska uppgifter om patienttyper, tid som använts för dem, konsultationer, tid använd för utveckling av vårdrutiner, tid använd för utbildning och deltagande i forskning. Feedback på prestationer och vårdprocessrelaterade element samt tillfredsställelse från annan personal och patienter skall också dokumenteras (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004, s. 537–538).

I det sista steget av denna modell, steg nio, utförs en långtids uppföljning av den nya vårdmodellen. Detta är nödvändigt för att kunna göra förbättringar i vården samt för att kunna göra förändringar beroende på att teknologi och kunskap hela tiden utvecklas. Likaså behöver intressenterna se helhetsmässigt om rollen är relevant för de behov som sjukvårdssystemet har.

PEPPA- modellen som den ovan beskrivits, kan naturligtvis begränsas, då den annars har en tendens att bli överväldigande. Till exempel kan den begränsas till en patientgrupp i stället för en hel befolkning, den kan begränsas till ett visst vårdskede och de behov som patienterna har inom detta (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004, s. 537–539).

4 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt har respondenten valt att utgå från Benners (1993, s. 32-45) teori om sjukskötarens kompetensutveckling från novis till expert, samt Roachs syn på professionalism. Benner har ur ett fenomenologiskt perspektiv gjort observationer och intervjuer kring sjukskötares kliniska kunnande och funnit fem olika stadier, samt sju kompetensdomäner. Dessa kommer att närmare beskrivas i detta

stycke. Roachs (1992, s. 57–69) attribut för professionell vård de fem C:na, *compassion, competence, confidence, conscience* och *commitment* presenteras närmare under detta kapitel.

4.1 Från novis till expert

Benner (1993, s. 36–38) har indelat sjukskötarens kunskapsnivåer i olika stadier. Det första stadiet är novis. Novisen saknar erfarenhet och behöver regler och rutiner som styr deras handlande. Detta gör det svårt att prestera relevant i oväntade situationer. Det är dock inte enbart den nyutbildade sjukskötarens situation, för varje sjukskötare som byter patientgrupp eller arbetspunkt hamnar ibland på novisens kompetensnivå åtminstone för en tid. Andra stadiet är avancerad nybörjare. Dessa har varit med om verkliga situationer som de med minsta marginal bemästrat, de är mera flexibla och lär sig prioritera vilka aspekter som bör beaktas. Dock har de inte ännu full kontroll över helheten. De behöver stöd och handledning av kompetenta sjukskötare. Tredje stadiet är då sjukskötaren anses vara kompetent. Denna sjukskötare har en arbets erfarenhet på ca 2-3 år. Den kompetenta sjukskötaren kan aktivt arbeta planmässigt och målinriktat. Hon saknar den skickliga kollegans snabbhet och förmåga till anpassning men hon upplever ändå att hon kan kontrollera sin situation (Benner 1993, s. 38–42).

Enligt Benner (1993, s. 42–48) är fjärde stadiet då sjukskötaren anses vara skicklig. Dessa sjukskötare kan se en situation som en helhet. Hon kan genom erfarenhet förvänta sig vissa typer av händelser i en situation och utgående från det planera sina handlingar. Femte stadiet är då sjukskötaren betraktas som expert. Denna tyr sig inte längre till regler och riktlinjer för att förstå en situation och besluta sig för en handling. Tack vare sin stora erfarenhet kan sjukskötaren intuitivt förstå situationer och lösa problem utan att slösa tid på att väga stora antal alternativ mot varandra. Detta utesluter dock inte att experten använder sig av analytiska metoder, vilket behövs då också experten står inför en för henne ny situation.

Den första av omvårdnadsarbetets domäner är den hjälpande rollen, där man såg sjukskötarens förmåga till att skapa en läkande relation, vara närvarande fysiskt och psykiskt samt bemöta patienten individuellt. Man får göra patienten motiverad och

delaktig i vården, förstå smärtan och välja metoder för smärtlindring. Man är också ett stöd för anhöriga. Sjukskötaren har en ledande, lärande och medlande uppgift. Sjukskötaren skall skapa och upprätthålla en terapeutisk gemenskap och ha målsättningar i terapeutiskt syfte (Benner 1993, s. 57–77).

Benner (1993, s. 78–90) beskriver den andra domänen som en undervisande och vägledande funktion. Sjukskötaren skall vara lyhörd för när patienten är motiverad att lära sig och då kunna hjälpa patienten att se de aspekter som behöver förändras i livsföringen. Sjukskötaren skall också få patienten att ge sin syn på sjukdomen och situationen samt få patienten att förstå svårbegripliga sidor av en sjukdom. Den tredje domänen är en diagnostisk och övervakande funktion. Här poängteras sjukskötarens observationsförmåga och dokumentation, att kunna tolka tidiga varningssignaler och agera innan försämringar hinner uppkomma, att vara förutseende. Man skall kunna bedöma patientens tillfriskningsmöjligheter och svar på behandlingar (Benner 1993, s. 91–100).

Fjärde domänen är förmågan att hantera snabbt varierande situationer. Inom denna domän poängteras en snabb problemuppfattning och resursadministrering i akuta situationer, samt att känna igen och klara en patientkris tills läkaren kommer (Benner 1993, s. 101–108).

Femte domänen är utförande och övervakning av behandling. Sjukskötaren skall kunna sätta igång och upprätthålla intravenösa behandlingar, administrera läkemedel och känna igen komplikationer eller biverkningar hos dessa, m.a.o. ge patienten en korrekt och säker behandling. Sjukskötaren skall även kunna förebygga komplikationer som kan uppstå vid immobilisering, samt skapa förutsättningar för goda läkningsprocesser (Benner 1993, s. 109–116). Sjätte domänen är enligt Benner (1993, s. 118–125) kvalitetssäkring i praktiskt vårdarbete. Sjukskötaren skall upprätta säkerhetsföreskrifter och metoder för att garantera vårdens säkerhet samt kunna bedöma vad som riskfritt kan lämnas bort eller tilläggas i medicinska ordinationer. Dessutom ser sjukskötaren till att få svar på konsultationer av läkare inom rimlig tid.

Sjunde domänen är att planera och organisera personalens arbete och vården. Sjukskötaren bör kunna prioritera, se skilda behov och krav hos patienterna samt kunna skapa och behålla ett vårdteam som ger bästa möjliga vård. Till detta hör att

personalplanera, förutse tunga arbetsperioder inom skiftet och skapa en vi -känsla i laget. Man ska kunna behålla en omvårdande inställning till patienter som man sällan träffar, vara anpassningsbar till patienter, teknologi och organisation (Benner. 1993, s. 126–138).

4.2 Simone Roachs syn på professionalism

Roach (1992) har i sin bok *The Human Act of Caring* filosoferat kring vårdarens roll och beteende och hon anser att vårdandet är ett mänsklighetens sätt att vara, och hon nämner flera attribut för professionell vård. Hon beskriver fem C som svarar på frågorna: Vad gör sjukskötare då de ger vård? Vad ingår i beteenden där man tar sig tid att vara med någon?

Enligt Roach (1992, s. 57–61) består det första C:t av ordet compassion, som betyder medlidande. Detta bygger på en medvetenhet om ens förhållande till alla levande varelser, att man kan känna delaktighet i andras erfarenheter t.ex. av smärta eller nedstämdhet. Att man orkar göra rum för den andra och kan dela dennes smärta. Trösta är att visa medlidande.

Competence, som betyder kompetens eller skicklighet, är det andra C:t. Detta beskriver Roach som ett tillstånd där det finns kunskap, beslutstagning, skicklighet, energi, erfarenhet och motivation samlat för att kunna tillfredsställa de krav som ställs på ens professionella ansvarstaganden. Confidence, som betyder förtroende, är det tredje C:t. För att en fungerande vårdrelation skall uppstå måste det finnas förtroende, pålitlighet och respekt i samspelet vårdare – patient (Roach. 1992, s. 61–63). Roach (1992, s. 61–63) fortsätter med det fjärde C:t som är conscience, vilket betyder samvete. Detta kan definieras som en nivå av moralisk medvetenhet, ens beteende styrs enligt hur man moraliskt ser på olika fenomen. Samvetet växer då vårdaren får mera erfarenhet genom en process där man värderar sig själv och andra. Professionell vård reflekteras av ett fullt utvecklat samvete. Det sista C:t är commitment, som betyder åtagande eller förbindelse. Det definieras som en komplicerad känslomässig respons som samverkar mellan ens önskingar och skyldigheter. Åtagande är nödvändigt för vårdens existens.

5 Undersökningens metod

Metoden är det redskap, den arbetsmodell som används för att lösa problem och få ny kunskap. För att ses som vetenskaplig bör metoden ha överensstämmelse med verkligheten och göra informationsurval systematiskt, informationen skall vara utnyttjningsbar och resultaten skall redovisas så att hållbarheten kan granskas och kontrolleras av andra. Dessutom skall resultaten vara samhällsnyttiga och möjliggöra fortsatt forskning. Inom allvetenskaplig forskning bör man studera vad andra forskare har gjort och hur de har gått tillväga, alltså läsa in sig på ämnet. Man kan få tips och idéer för sin egen forskning. Alla gånger passar inte tidigare tillvägagångssätt ens egna ändamål men de ger uppslag för alternativ i forskningsprocessen (Backman 1988, s. 78; Bell 2006, s. 38–39; Holme & Solvang 2008, s. 13).

I detta examensarbete användes både kvalitativ och kvantitativ metod, närmelsesättet är inspirerat av aktionsforskning. Enkät och intervju användes för datainsamling och data analyserades med innehållsanalys och deskriptiv statistik.

5.1 Aktionsforskning

Ursprungligen härstammar aktionsforskningen från 1940-talet. Socialpsykolog Kurt Lewin fann att man kunde få kunskap genom erfarenhetsbaserat lärande. Speciellt intresserade sig Lewin för grupper och deras interaktion mellan forskaren och praktiken i förändringsprocessen (Polit & Beck 2008, s. 240). Kännetecknande för Lewins aktionsforskningsmodell är den cykliska processen. Man kan urskilja två stadier. Först det diagnostiska då man identifierar och analyserar problem samt utvecklar hypoteser. Det andra stadiet är terapeutiskt. Då testar man hypoteserna i en verklig situation och utvärderar denna. Dessa två stadier kan indelas i sju undernivåer (Burns 2000, s. 444–445).

Första undernivån enligt Burns (2000, s. 445–448) består av att man identifierar ett problemområde, en situation som skall påverkas eller förändras. Här får man försöka se i ett brett perspektiv. Andra undernivån består av en kartläggning av situationen, en beskrivning av de fakta som för tillfället gäller för den situation som man vill

undersöka. Den tredje nivån är en litteraturgenomgång, man vill finna kunskap om liknande problem och hur dessa har blivit lösta annanstans. På fjärde nivån, då man har funderat på problemområdet ur olika vinklar, genereras antaganden som kan utgöra en bas eller en modell för en praktisk prövning, aktion. På femte nivån planerar man sin aktion, förhandlar med berörda parter och ser till att man får de resurser som behövs för projektet. På sjätte nivån implementerar man sin aktionsplan, man följer upp implementeringen med datainsamling, dokumenterar och analyserar situationen. På sjunde och sista nivån utvärderas projektet och man skriver en rapport som beskriver projektet från början till slut, vilken var idén med detta, ändrades ens förståelse för problemet under processen och vilka aktioner gjorde man på grund av den ökade förståelsen? Hur gick implementeringen och hur klarade man av att handskas med eventuella problem i detta? I rapporten skall också en utvärdering av forskningsmetoderna framkomma, eventuella etiska frågor samt resursmöjligheterna för projektets genomförande. Här brukar utvärderingen ge upphov till nya tankar, reflektioner och idéer som gör att den cykliska aktionsforskningsprocessen fortsätter.

Förenklat kan de stadier som ovan har beskrivits ses som 1) planering, 2) handling, 3) reflektion och 4) utvärdering. Det starkaste kännetecknet för aktionsforskningen är att den är deltagarbaserad och har ett interaktivt förhållningssätt, grundar sig på samarbete och reflektion. Den här forskningsmetoden är resultat av ett samspel mellan evidensbaserad yrkeskunskap och forskares kunskaper baserade på metoder. En orsak till att välja aktionsforskning som närmelesätt är att den samspelar mellan teori och praktik och kan ses som subjektiv eftersom man tar hänsyn till den praktiska verksamheten och utvecklar denna med hjälp av de personer som innehar kunskapen och erfarenheten inom området som man strävar till att förändra. Man bör komma ihåg att aktionsforskningsresultat oftast är organisationsspecifika och utgående från praktiska problem på en viss enhet. Därför kan de inte betraktas som allmängiltiga och användbara för andra. Studiens resultat kan vara mycket beroende av forskarens skicklighet och det är svårt att utvärdera validiteten. För att underlätta utvärderingen rekommenderas att man tar hjälp av personer utifrån som fungerar som iakttagare s.k. korsvalidering. Triangulering kallas det då man belyser samma situation från olika intressenters synvinklar, samma

situation kan te sig olika för barn, föräldrar eller vårdare (Dychawy- Rosner & Springett 2008, s. 13–24).

Aktionsforskning som närmelsesätt är lämplig då man vill ha ett samarbete mellan forskaren och praktikern och forskningsproblemet skall vara klart praktiskt definierat. Syftet är att ändra på sättet som man praktiskt arbetar och generera ny kunskap enligt en cyklisk modell. Forskningen skall reflektera över arbetsmetoder i praktiken. Om man arbetar med denna form av praktisk kunskapsutveckling, sker det samtidigt en arbetsmiljöutveckling. Problemen i aktionsforskningen består ofta av att deltagarna känner stress över att försöka arbeta på ett annat sätt som kanske till en början verkar ta mera tid. De har också ofta stressiga arbetssituationer sedan tidigare. Då är viktigt att forskaren förmår att stöda och visa förståelse för deltagarna i deras upplevelser. Forskaren får inte framstå som en expert som kommer in och bestämmer, utan han/hon bör hålla sig neutral och föra en konstruktiv dialog. På detta sätt kan forskaren så småningom få struktur på hur personalen resonerar, få en problemöversikt och tematisera problemet samt samarbeta målinriktat. Forskaren skall inte blanda sig i personalens personliga konflikter (Anvik 2004, s. 4–9).

5.2 Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen utgörs av sjukskötare som är medlemmar i Suomen Verisuoni hoitajayhdistys r.y. Dessa arbetar med kärtpatienter på olika nivåer inom den finländska sjukvårdsorganisationen. Ordförande Tiina Pukki har via e-postkommunikation gett tillstånd till att medlemmarna i föreningen får kontaktas för studien. Hon har också förmedlat e-postadresser för detta ändamål. Muntlig information har getts till de medlemmar som deltog i studiedagarna i Åbo i början av oktober 2012. Enkäten skickades elektroniskt i början av november till 113 personer. För utvärderingen av den teoretiska verksamhetsmodellen valdes intressenterna, som bestod av vårdledare, kärtkirurg och kärtskötare.

5.3 Datainsamlingsmetoder

Det fenomen som forskaren vill studera måste omarbetas till ett analyserbart material och då måste det noga övervägas vilken datainsamlingsmetod som skall användas.

Dessutom bör forskaren ha klart för sig om det är möjligt att använda redan existerande data eller om det ska genereras ny data. Beroende på vilka data som behövs så väljer forskaren en metod för datainsamling. Forskningsfrågan är oftast den som dikterar vilken datainsamlingsmetod det blir (Polit & Beck 2008, s. 367–370). Holme & Solvang (2008, s. 85) är av samma åsikt som ovan att den information som skall insamlas och tillvägagångssättet för insamlingen är helt beroende av forsknings frågan och problempreciseringen. I detta arbete kommer det att användas enkät och intervju som datainsamlingsmetoder. Enkäten för att kartlägga den nationella kärlskötareverksamheten och intervjun för att utvärdera det nya verksamhetsmodellförslaget.

5.3.1 Enkät

Beroende på hur ens studie är designad måste beslut tas om vilken datainsamlingsmetod som är bäst lämplig för att svara på forskningsfrågorna och problempreciseringen. Det kan vara besvärligt att konstruera en bra enkät och den bör noggrant planeras innan den skickas iväg till undersökningsgruppens medlemmar, för då den är skickad är det för sent att inse att den var dåligt formulerad och svår att begripa eller kommer att bli omöjlig att analysera (Bell 2006, s. 137).

Ordet enkät kommer från franska språket där det betyder rundfråga. Processen som det innebär att använda enkät är vanligen lång från idé till färdig rapport. Man kan räkna med att det tar flera månader i anspråk (Trost 2007, s. 9–12).

Enkäten består av ett frågeformulär som sänds till ett stort antal deltagare. Svartalternativen i enkäten kan vara bundna eller öppna. Enkäten är en billigare och snabbare metod än en intervju, därför att det går att nå många deltagare och svaren är färdigt skriftliga vilket, underlättar analysen. Svarsprocenten hos en enkät måste vara hög för att det skall löna sig att analysera materialet statistiskt. Då bortfall förekommer bör det skiljas mellan enkätbortfall, som innebär att enkäten inte besvaras alls och internt bortfall som betyder att vissa frågor har lämnats

obesvarade. Oberoende av svarsprocenten bör det alltid göras en bortfallsanalys. Där utreds eventuella orsaker till bortfallet (Ejvegård 2009, s. 49–57).

Instrumentet i denna undersökning är en elektronisk enkät på 16 frågor (se bilaga 3 och 4) som har skickats till 113 stycken registrerade medlemmar i Suomen Verisuonihoitajayhdistys r.y. Fem e-postadresser fungerade inte och fem personer meddelade att de inte kan svara eftersom deras arbetsuppgifter inte överensstämmer med kärlskötarens. Respondenterna är en brokig skara av poliklinisksjukskötare, sårskötare, operationssalssjukskötare, röntgenskötare och personal på vårdavdelningar. Vid utarbetandet av enkäten diskuterades med sakkunniga inom vårdarbete och kolleger och dessa bidrog med värdefulla synpunkter. Inom den praktiska utformningen stod arbetsgivarens utvecklingsenhet till förfogande med layout och länkar till webprolsurveys -servern. Hjälp med översättningsarbete kom från kolleger, eftersom största delen av respondenterna är finskspråkiga. Frågeformulären fanns således bakom en länk i e-postmeddelandet med följebrevet (se bilaga 4) på båda inhemska språken. Enkäten skickades ut 2.11.2012 och det gavs två veckor tid till att svara. Enkäten var helt anonym och alla fick ett tack om de redan hade svarat efter 12 dagar och en påminnelse om att delta ifall de inte ännu hade gjort det. Då tiden var utgången kom en rapport som Excel-fil från utvecklingsenheten vid Vasa centralsjukhus och bearbetningen av materialet kunde påbörjas.

5.3.2 Intervju

Eftersom informanterna skall ge sin syn på den modell som har utarbetats utgående från kartläggningen i denna studies första skede, gjordes intervjuerna som temaintervjuer. Informanterna fick bekanta sig med modellen och diskussionen utgick från det.

Precis som enkäten är intervju en metod för att samla information och med intervju avser man vanligen att samla information av personlig natur. Intervjun kan göras genom att träffas personligen eller genom telefonsamtal. Det är viktigt att personerna

som skall intervjuas vet vad som är syftet med intervjun och samtycker till att delta. De är då bättre motiverade om de förstår sin roll i att få en förändring till stånd. Det är viktigt att informera om anonymiteten eller om uppgifterna bara är konfidentiella både vid intervjuer och i enkäter (Patel & Davidson 1994, s. 69–71). Enligt Hirsjärvi & Hurme (2001, s. 47–48) är temaintervju en s.k. halvstrukturerad metod med delvis fastställda frågor. Man fokuserar frågorna till ett eller flera teman som informanterna fritt får berätta sina upplevelser och synpunkter kring. Frågornas exakta ordalydelse eller ordningsföljd är mindre viktiga vid denna form av intervju. Vid temaintervju känner intervjuaren till situationen som intervjuobjektet skall uttala sig om och har också bekantat sig med fenomenet som skall undersökas och genom det lyfter fram vissa delar som intervjun kommer att utgå ifrån. Då man använder öppna frågor är det lättare att få intervjuobjektet att reflektera och tänka igenom sina handlingsmönster och upplevelser.

Enligt Holme och Solvang (1997, s. 99) är den kvalitativa intervjumetodens styrka att informationssamlingen påminner om ett vanligt samtal och en vardaglig situation. I denna intervjuform är forskarens styrning av samtalet så liten som möjligt, strävan är i stället att låta informanterna påverka samtalets riktning. Forskaren ger främst ramarna för temat och har naturligtvis ansvar för att försöka få svar på de väsentliga frågorna. Det är viktigt att forskaren innan intervjun informerar om hur intervjumaterialet behandlas vidare, om det är konfidentiellt eller inte. Forskaren bör visa ett äkta intresse och förståelse för informanten så att ett förtroendefullt samspel under intervjun lättare uppstår.

Trost (2007, s. 34–35) påminner om att intervju blir bra om den intervjuade uppfattar situationen som ett samtal. Intervjuaren bör dock komma ihåg att det inte bara är ett samtal. En forskningsintervju strävar alltid till att öka förståelsen för ett fenomen och hur den intervjuade tänker och känner.

Under själva intervjun bör man vara ärlig, använda raka frågor, ej låta sig besväras av tystnad som ibland naturligt uppstår i dessa situationer, ej heller använda provocerande, hypotetiska eller retrospektiva frågor. Man bör använda ett sådant språk att den intervjuade känner att han är på samma nivå och tala tydligt och begripligt. Man ska inte ha påståenden eller förslag, bara fråga på. Om den

intervjuade frågor "Vad tycker du själv?" kan man komma överens om att det kan man berätta då intervjun är klar. Man skall också vara försiktig med att sammanfatta under pågående intervju, för det är lätt hänt att man då gör en tolkning också, tolkningar och analyser skall man göra ensam i lugn och ro. Man bör visa förståelse och delaktighet i det som den intervjuade berättar, inte ta något för givet, ej heller försöka framstå som någon expert själv (Trost 2007, s. 60–92).

5.4 Kvalitativ innehållsanalys

Innehållsanalys är ett sätt på vilket man kan analysera dokument objektivt och systematiskt, det är ett sätt att ordna och kvalificera det som man vill undersöka. Denna metod lämpar sig speciellt väl för ostrukturerat material som tal, dagböcker, dialoger och artiklar mm. Undersökningsmaterialet kategoriseras så att man bildar ett begreppssystem, en karta eller en modell och genom dessa kan man påvisa helheter, begrepp och deras inbördes förhållanden till varandra. Vid induktiv analys ser man på det material som man har och tolkar det som det är, medan man vid deduktiv analys använder sig av någon tidigare studie eller erfarenhet för att försöka få fram förväntade fenomen ur materialet (Kyngäs & Vanhanen 1999, s. 3–11).

Carlsson (1991, s. 60–62) skriver om innehållsanalys vid kvalitativ forskning att den kan definieras som en bearbetning av information enligt vissa fastställda regler. Det är en metod för att objektivt och systematiskt känna igen speciella egenskaper i ett budskap. Man vill ordna upp i ett kaos. Om man har gjort intervjuer och har ett material, måste detta reduceras för att bli hanterligt och uttryck med liknande betydelse eller samma bakomliggande tankegång kan sammanfattas och bilda en kategori. Man talar om objektivt innehåll och subjektivt innehåll, vilket innebär att den objektiva delen består av konkret innehåll, medan den subjektiva delen innebär att man genom sin egen tolkning frambringar latent budskap. Detta medför att forskaren måste arbeta tankemässigt på flera abstraktionsnivåer samtidigt.

Innehållsanalysen används för att analysera innehåll från kommunikation och för att detta skall vara meningsfullt bör kommunikationens innehåll vara meningsbärande. Innehållsanalysen är tvärvetenskaplig och bör därför relateras till någon

vetenskapsgren, teori eller deldisciplin, annars mister den sitt sammanhang. Då man gör analysen kan man beskriva innehållet eller försöka dra slutledningar om det eller den som har producerat innehållet. Det är möjligt att se på ordens inbördes relationer till varandra i satser och meningar, den syntaktiska aspekten. Semantiska aspekten beskriver ordens, meningarnas och satsernas innebörd. Då man undersöker ordens, meningarnas och satsernas innebörd i relation till de personer och sammanhang i vilka de förekommer, talar man om den pragmatiska aspekten (Eriksson, 1992, s. 280–282).

5.5 Deskriptiv statistik

Inom den statistiska vetenskapen skiljer man på två former av statistik, deskriptiv och hypotesprövande statistik. Deskriptiva statistiken ger i siffror en beskrivning av insamlad data och åskådliggör då forskningsområdet. Hypotesprövande statistik behövs då man vill testa statistiska antaganden. Det fenomen som studeras vid kvantitativa studier kallas variabel. Denna kan ha olika egenskaper och befinna sig på olika skalnivåer. Vid kvantitativa metoden används begrepp som nominalskala som ger indelning i kategorier (t.ex. man och kvinna), ordinalskala som ger en rangordning (t.ex. placering i en tävling), intervallskala som också ger en rangordning men här går det att säga något om mellanrummen mellan mätvärden (t.ex. temperaturskala) och kvotskala där också mätvärden ger en rangordning, men dessa har i detta fall en absolut nollpunkt (t.ex. antal barn i en familj) och avståndet mellan alla mätvärden är lika stora. Det finns begrepp som kontinuerliga och diskreta variabler. En diskret variabel kan bara ha vissa värden som hela tal (t.ex. antal barn i en familj). En kontinuerlig variabel kan mätas i vilka tal som helst, det är bara mätinstrumentets noggrannhet som avgör t.ex. tid i timmar, minuter, sekunder, tiondedelar, hundradedelar o.s.v. (Patel & Davidson, 1994, s. 109–111).

Det vanligaste sättet att presentera kvantitativa data för projektforskaren är att använda deskriptiv statistik. Denna form av analys gör det lättare att organisera rådata, göra sammanfattningar och visa belägg. Det hjälper en att visa hur resultatet fördelas och det kan visa på samband mellan olika data. För att göra data lättare att förstå så behöver de överföras till tabeller eller diagram som är överskådliga. Då ett diagram presenteras måste det också finnas en ordentlig förklaring för vad som är

vad så att läsaren kan tillgodogöra sig den information som förmedlas. Diagram eller tabeller bör alltid ha en titel, information om de enheter som finns i diagrammet och information om varifrån dessa data kommer ifall de har producerats tidigare någon annanstans, anser Denscombe, (2009, s. 327–350).

Det finns olika diagram att välja på: stapeldiagram, histogram, spridningsdiagram, linjediagram och cirkeldiagram. Stapeldiagram är visuellt starka bara de inte har för många staplar. Mer än tio gör dem svårlästa och de ska vara horisontella eller vertikala. Histogrammet har ingen luft mellan staplarna och visar snarast ett flöde längs x-axeln och används vid kontinuerliga data. Spridningsdiagram visar på samvariation mellan variabler på x- och y-axeln, ju större spridning det är på punkterna desto mindre samband är det. Linjediagram används för att åskådliggöra utvecklingen hos det fenomen som undersöks, det är ofta en tidsaxel längs vilken en tendens kan ses. Cirkeldiagrammet är det som visar olika segment av en cirkel. Dessa är visuellt kraftfulla och tydligare om det inte är alltför många segment. Tumregeln är att det inte bör finnas mera än sex segment. Forskaren måste själv avgöra vilket diagram som bäst visar den information som skall presenteras, för inget diagram kan sägas vara bättre än det andra (Denscombe, 2009, s. 350–360). I detta arbete presenteras kvantitativa resultat via cirkeldiagram eftersom enheterna som mest är fem stycken och fördelningarna är i procent och antal.

5.6 Utarbetande av instrument

Valet av informanter beror på bedömningen att kärlskötarföreningens medlemmar har kännedom om ämnet som undersöks. Genom e-post kontakt med föreningens ordförande erhöles lov för enkäten samt e-postadresser till medlemmarna. Redan då diskuterades med ordföranden om hur många av medlemmarna som eventuellt är kärlskötare i bemärkelsen som avses. Detta kunde hon dock inte avgöra. Det övervägdes först att göra två enkäter för att i den första enkäten sälla bort de som inte arbetar med kärpatienterna i den form som är relevant för undersökningen. Den tanken övergavs för rädslan att gå miste om väsentlig information.

Enkätutformningen grundades på de kliniska kompetensområden som beskrivs i modellen för kliniska specialistsjukskötare vid Vasa centralsjukhus (beskriven ovan),

samt bakgrundsfakta om informanterna. Enkäten bestod av frågor som berörde bakgrund, utbildning, arbetserfarenhet, arbetsplats, arbetsuppgifternas beskaffenhet, samarbete och övriga arbetsuppgifter. För att mäta omfattning av arbetsuppgifter och samarbete fanns en gradering på vissa frågor med alternativen "inte alls", "dagligen", "flera gånger i veckan", "en gång i veckan" och "mera sällan".

Avsikten att få information om kärlskötarnas kompetens och arbetsuppgifter styrde utformningen av enkäten. För att få bredd på den valdes en kombination av kvantitativa och kvalitativa frågeställningar. Under utarbetandet av enkäten diskuterades med sakkunniga inom vårdarbete och kollegor för att få andra synpunkter och infallsvinklar till stöd i processen och för att öka reliabiliteten. Då enkäten var klar gjordes en pilotundersökning bland två kärlskötare och en sakkunnig i vårdarbete som påpekade smärre oklarheter. Dessa ändrades och enkäten togs i bruk.

Modellen utvärderades genom temaintervjuer. Intressenterna fick Powerpoint-filen i e-post så att de kunde bekanta sig på förhand med denna. Sedan gjordes en överenskommelse med intressenterna om tidpunkten för intervjuerna. Intressenterna bestod av överläkaren inom kärllkirurgi, operativa enhetens tidigare överskötare, avdelningsskötaren på kirurgiska polikliniken och kärllkirurgiska bäddavdelningen samt de två kärlskötarna. Temaintervjufrågorna var följande: *Vad anser ni om modellen? Är modellen realistisk? Tycker du att det finns något som är speciellt bra? Är detta de förväntningar ni har på en klinisk specialistsjukskötare inom kärllkirurin? Har ni utvecklingsförslag?*

I praktiken gjordes ljudupptagningar av intervjuerna. Intressenterna informerades allra först om att banden kommer att raderas efter analysen och att materialet kommer att behandlas konfidentiellt, så intressenterna förblir anonyma. Om de samtyckte så påbörjades intervjun. Sammanlagt intervjuades fem personer, vilket resulterade i en stor mängd text att behandla. Renskrivning av ljudupptagningarna gjordes efter varje intervju för att arbetsbördan skulle förbli hanterlig. Då texterna var utskrivna började innehållsanalysprocessen, genom tematisering och kategorisering.

6 Resultatredovisning

I det här kapitlet redovisas enkäten (se bilaga 4) enligt de kategorier som steg fram i innehållsanalysen av kvalitativa data: **kompetens, multiprofessionalitet, forskning och vårdutveckling, administration** samt **kärlskötarrullutveckling**. Kvalitativa och kvantitativa resultat redovisas jämsides. Utarbetandet av verksamhetsmodellen och utvärderingen av denna kommer också att redogöras här.

6.1 Redovisning av enkät

Enkäten skickades ut i början av november 2012. Informanterna fick två veckor tid att svara och enkäten besvarades av sammanlagt 37 informanter, vilket gav en svarsprocent på 35,9 % (av 103 st. deltagare). Eftersom informantgruppen bestod av sjukskötare som arbetade inom olika delar av sjukhusorganisationen, kommer redovisningen av enkätens kvantitativa delar att både visa hela informantgruppens resultat samt hur sjukskötare på polikliniker svarade. Detta för att respondenten själv arbetar på poliklinik och därför är speciellt intresserad hur uppgiftsfördelningen hos andra ser ut. Det är relevant därför att modellen som skall utvecklas också kommer till en poliklinisk verksamhet.

6.1.1 Bakgrund

Majoriteten av informanterna fanns i åldersgruppen 40 år eller äldre och endast två stycken var under 30 år och 65 % hade arbetat över 20 år inom sjukvården. Vanligast var att de hade arbetat med kärtpatienter i 11-20 år, då 38 % av deltagarna hade sådan erfarenhet och 24 % hade arbetat över 20 år med patientgruppen. Av informanterna uppgav 35 % universitetssjukhus som arbetsgivare och 65 % var anställda vid centralsjukhus. Som arbetsenhet angav 49 % en vårdavdelning och 35 % en poliklinik. Av de resterande arbetade 13 % på operationsavdelning och 3 % (1 st.) på röntgen.

Arbetsuppgiftsfördelningen varierade kraftigt beroende på vilken arbetsenhet de var inom. Några signifikanta variationer beroende på vilken arbetsgivare de hade fanns inte. Deras utbildning enligt nivå gav att 70 % hade sjukskötartutbildning enligt den äldre modellen och 27 % hade yrkeshögskoleexamen medan endast 3 % (1 st.) hade en högre yrkeshögskoleexamen.

Av informanterna hade dock 67 % (25 st.) tilläggsutbildningar av olika form. Av dessa hade 44 % t.o.m. mera än en tilläggsutbildning. Hur tilläggsutbildningarna fördelade sig visas i diagram 1. Under punkten "Annat" i samma diagram ingick fotvårdarutbildning, diabetesvård, akutvård, hälsovårdar- och barnmorskeutbildning. Av de som arbetade på poliklinik hade 54 % kärlskötarspecialiseringsutbildning eller ultraljudsutbildning.

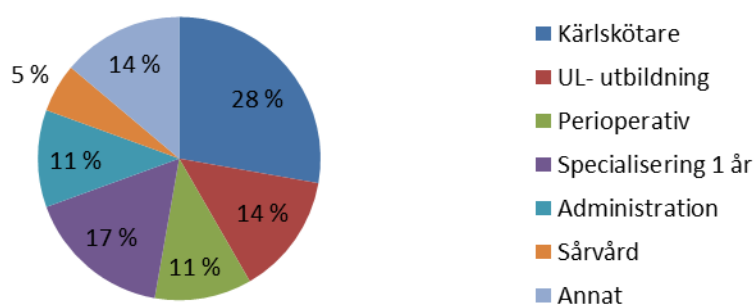


Diagram 1. Fördelning av tilläggsutbildningar

6.1.2 Kompetens

I innehållsanalysen av de öppna frågorna steg **kompetens** fram som en omfattande kategori. I den kategorin fanns underkategorierna: *klinisk färdighet, tolkning av resultat, vårdbehovsbedömning och vårdrelation*. På frågorna om vilka arbetsuppgifter informanterna hade steg följande områden fram: egna mottagningar, telefonrådgivning, kliniska undersökningar, vårdbehovsbedömning, hälsofrämjande vård, sårvård, tryckmätningar, ultraljud av by-passar och s.k. veinmapping. Omfattningen av dessa redovisas nedan.

Många av informanterna 65 % höll inte egna mottagningar. Här bör beaktas att 65 % av informanterna arbetade på vårdavdelning, operation och röntgen. De som arbetade på poliklinik hade egna mottagningar, 30 % dagligen och 55 % flera gånger i veckan. Endast en person av de som arbetade på poliklinik höll inte alls egna mottagningar. Det förekom en daglig telefonrådgivning hos 52 % av informanterna på poliklinik och flera gånger i veckan gav 23 % av samma grupp telefonrådgivning. Kliniska undersökningar av kärtpatienter förekom i en omfattning av 43 % dagligen bland informanterna. Av informanterna meddelade 32 % att de inte alls gjorde kliniska undersökningar. Ser man till poliklinikarbetande informanter andel så förekom de kliniska undersökningsformerna hos 77 % av dem. Dagligen förekom kliniska undersökningar hos 62 % och flera gånger i veckan hos 15 %.

Vårdbehovsbedömningar utfördes av informanterna till 41 % dagligen och 14 % uppgav att de gjorde detta flera gånger i veckan. Av de informanter som arbetade på poliklinik gjorde 77 % vårdbehovsbedömningar dagligen eller flera gånger i veckan. Fördelningen ses i diagram 2.



Diagram 2. Bedömning av vårdbehov

Dagligen eller flera gånger i veckan gav 75 % av informanterna handledning i hälsofrämjande syfte. Endast 14 % uppgav att de inte utförde sådana arbetsuppgifter och de informanterna arbetade främst på operationsavdelningen.



Diagram 3.Handledning kring livsstilsförändringar

Sårvården utgjorde en väsentlig del av arbetet då 46 % uppgav att de utförde denna vård dagligen och 27 % gav sårvård flera gånger i veckan. Fördelningen ses i diagram 4. Av poliklinikskötarna gjorde 23 % sårvård dagligen och 54 % flera gånger i veckan.



Diagram 4. Sårvårdens andel av arbetsveckan

Av informanterna var det en andel på 22 % som dagligen utförde tryckmätningar (ABI) och 13 % utförde dessa mätningar flera gånger i veckan. Hos poliklinikskötare förekom dagliga tryckmätningar hos 62 % av de tillfrågade och 23 % gjorde detta flera gånger i veckan, se diagram 5 nedan. Vårdavdelningspersonalen gjorde i enstaka fall tryckmätningar några gånger i veckan.



Diagram 5. Tryckmätningarnas andel av arbetet

Ultraljudsundersökningar av by-passar förekom dagligen hos 8 % av informanterna och flera gånger i veckan uppgav 19 % att de gjorde dem. Andelen som inte alls utförde denna form av undersökning uppgick till hela 67 %. Fördelningen kan ses nedan i diagram 6. Av polikliniskskötarna gjorde 23 % dagligen dessa undersökningar och 38 % gjorde dem flera gånger i veckan. Av vårdavdelningens personal uppgav bara någon enstaka informant att de gjorde ultraljudsundersökningar flera gånger i veckan.



Diagram 6. Ultraljud av by-passar

Andelen informanter som utförde ultraljudsundersökningar för att preoperativt kartlägga möjliga graftvener (s.k. veinmapping) med förgreningar flera gånger i veckan utgjorde 5 % och också 5 % uppgav att de utförde detta arbete en gång i veckan. Denna arbetsform var vanligare på universitetssjukhusen.

Ovan nämnda kompetensområden var inte de enda, utan det förekom också utmätning av vårdstrumpor, assistans vid skleroterapi och kateterablationer, mottagning tillsammans med kärlkirurgen, screening av aortaaneurysm, preoperativ handledning med patienten, konsult hjälp och handledning av kollegor, förberedande av patienter innan angiografier och vissa hjälpte till på andra mottagningar på sin arbetsplats.

” Vatsa-aortan aneurysman kontrolli uä:t, vaahtoruiskutusten ja lämpökatetrihoitojen kontrollit (uä). ”

”Lisäksi kir.pkl myös muita erikoisal. potil.ohj. sekä ajanvarausten tekeminen.”

”Vastaanotot verisuonikirurgien kanssa”.

På frågan om de tillämpar evidensbaserad vård svarade 45 % av informanterna ”ja”. Den form av evidensbaserad vård de använde var olika riktlinjer för vård vid olika besvär.

”Laskimopotilaiden hoitokäytännöissä. PTA- potilaiden seurannassa.”

”Painehaavan ehkäisy, haavanhoito, kaikki erikoisalahoidot, muistisairaahan kohtaaminen.”

”Haavanhoito, elämäntapaohjeet, hygienia.”

6.1.3 Multiprofessionalitet

Följande stora kategori i innehållsanalysen är **multiprofessionalitet**, vars underkategorier är *samarbete* och *samarbetspartners*. I följande kommer att beskrivas vilka informanterna samarbetar med och vad samarbetet består av

Kärlskötarna hade skriftliga kriterier i 24 % av fallen för vid vilka situationer de skulle kontakta kärlskirurgen. Dock skrev flera av dem att de inte längre tydde sig till dessa utan deras kliniska erfarenhet styrde dem i deras beslut.

”On kirjalliset kriteerit. Siinä on määritelty tehtävänsiirrot lääkäriltä hoitajalle (tietyt kontrollit hoitajavastaanotolla). Lisäksi tässä on maininta esim. ABI-mittauksessa, milloin konsultoidaan. Käytännössä kuitenkin hoitajan näkemyksen mukaan konsultoidaan välittömästi tai lääkäri ottaa myöhemmin kantaa. Kaikki hoitajan ’omien vastaanottojen’ tekstit menevät lääkärille kuitattavaksi.”

”Kyllä on. Tietyt kirjalliset kriteerit verisuoniohitteiden toimivuudessa. Työvuosien tuoma varmuus on vähentänyt jonkin verran kriteereitä.”

”Kyllä on kirjalliset kriteerit. Poikkeavista graftilöydöksistä, jos katson aiheelliseksi konsultoida esim. haavoista, potilaan lääkkeitä. Aina jos potilas haluaa keskustella lääkärin kanssa.”

I diagram 7 redovisas fördelningen av hur ofta informanterna konsulterade kärlkirurgen. De 5 % som inte alls konsulterade kärlkirurgen hade vårdavdelningen som arbetspunkt.



Diagram 7. Konsultationer med kärlkirurgen

Av informanterna hade 43 % regelbundna möten med kärlkirurgen varje vecka. Vid dessa avhandlades bland annat vård och undersökningspraktiska ärenden, mottagningstidernas tillräcklighet, arbetsfördelning, utrustningsanskaffning och resursanvändning.

”Olemme pyytäneet verisuonikirurgin osallistumaan kerran viikossa palaveriimme. Asiat vaihtelevat mm. hoito- ja tutkimuskäytännöistä keskustelua, vastaanottoaikojen riittävyiden arviointia ym.

”Käytännön työnjaosta keskustellaan. Kerran viikossa tiimipalaveri, jossa yksikön vastaavan lääkärin tulisi olla paikalla (ei toteudu joka kerta)”

”Yhteistyöstä verisuonikirurgien ja -hoitajien kesken, lomat, poliklinikoiden työsuunnittelu jne.”

Av informanterna uppgav 91 % att de samarbetade med sårskötaren. Orsaken till kontakten med henne eller honom var ofta komplicerade sår, frågan om vilka sårvårdsmaterial som skulle väljas, infekterade sår, hemvårdsföreskrifter för sårvården eller om patienten hade undertrycksugbehandling.

"Joko haavahoitajat hoitavat potilaan haavat tai sitten konsultoidaan parhaista haavasidoksista ja jatkohoidoista."

Diabetesskötaren samarbetade 59 % av informanterna med. De beskrev att samarbetet bestod av: att patienterna var gemensamma och man planerade respektive mottagningar och tidsbokningar till samma dag för patienten, Ibland ville kärlskötaren konsultera för att optimera diabetesbalansen.

"Diabeteksen hoitoon sitoutumattomuus, osastolla todettu DM -> ohjaus + välinetarve."

"Hoidon tasapainotusta ja lääkitysmuutoksia akuuttien tilanteiden vuoksi."

Samarbetets omfattning med njurskötaren uppgav informanterna till 42 % och samarbetet bestod till största delen av att pussla ihop tidsbokningar så att dialyser och kärllirurgiska mottagningar inte krockar. Ofta gällde ärenden A-V-fistel rekonstruktioner eller utredning av dåligt fungerande dylika.

Rehabiliteringshandledare uppgav 19 % av informanterna att de samarbetade med. Detta samarbete bestod av planering av rehabiliteringsperioder eller om patientens fortsatta vård vid utskrivning från sjukhuset krävde det.

Socialarbetare samarbetade 67 % av informanterna med. Orsaker var oftast patientens egen begäran och ärenden gällde betalningar, bidrag, ordnande av hemvård eller hemhjälp och ibland boendeproblem.

"Kotona pärjäämisen selvitys ja apujen koordinointi. Etuuksista informointi ja niiden hakemisissa opastaminen."

"Kun potilas toivoo sosiaalityöntekijän käyntiä tai hoitajat arvioivat, että sos:tt olisi hyvä käydä, ensin kysytään potilaalta lupa. Kotiasiat, raha-asiat ym."

Andra samarbetspartners som informanterna hade inom sjukhusvärlden var angiografiansvariga skötare, fysioterapeuter, fotterapeuter, ergoterapeuter, anestesiläkare, anestesiskötare, hygienskötare, sekreterare och anhöriga.

På frågan hurudant samarbete de hade med andra avdelningar på sjukhuset om de fick telefonkonsultationer eller om de besökte andra avdelningar, beskrev de det samarbetet enligt följande: de blir kontaktade per telefon för att göra tryckmätningar eller strumpmätningar. Speciellt inremedicinska avdelningarna hör av sig. Många gånger ges handledning per telefon i angiografiförberedelser eller operations förberedelser till avdelningar där kärlkirurgiska patienter vårdas av annan anledning än sina kärlkirurgiska åkommor. Mest kontakter är det till kärlkirurgiska vårdavdelningen och röntgen. Via vårdavdelningen är det en stor del besök emedan röntgenärenden främst hanteras i telefon. Diabetsfotmötet är en multiprofessionell samarbetsform som också kärlskötare indirekt tar del i genom att de får tryckmätningssamtal därifrån.

”Puhelimitse ja paikan päällä ohjaus ja konsultointi.”

”Vuodeosastolta lähetetään potilaat meille ennen kotiutusta, tarkistetaan ABI ja DD, myös päivystyksestä tulee meille potilaat mittaamaan joko segmentti- ja varvaspaineet tai ABI ja varvaspaineet.”

”Röntgenin kanssa tiivis yhteistyö, tutkimuksista ja toimenpiteistä johtuen, sisätautiapuolen kanssa potilaan perussairauksiin liittyen.”

På frågan hur frekvent deras samarbete med primärhälsovården är så svarade 19 % att de hade ett dagligt samarbete med denna och 28 % hade samarbete flera gånger i veckan. Också 28 % uppgav att de hade samarbete mera sällan, vilket framgår i diagram 8 nedan. Det var främst operationssalens personal och någon enstaka skötare från en vårdavdelning och en poliklinik som uppgav att de inte alls hade kontakt till primärhälsovården.



Diagram 8. Samarbetet med primärvårdsvården

Samarbetet med primärvårdsvården bestod av: information och handledning till de vårdinstanser som patienten utnyttjar i öppna vården, planering och rapportering kring fortsatt vård då patienten överflyttas från sjukhusvård. Detta sker så gott som dagligen. Flera gånger i veckan förekom kontakt med primärvårdsvården för att handleda kring angiografiförberedelser, laboratorieprov eller sårvård. Även vårdbehovs bedömningar baseras på det som en annan vårdare ringer och rapporterar kring en patients situation.

”Epäsäännöllisesti tulee konsultaatioita tai kyselyjä potilaan jatkohoidosta tai pyydetään aikaistamaan kontrolloita jos tilanne on pahentunut. Joissakin TK:iissa on myös ABI-mittajia, ne joskus soittavat ja konsultoivat hankalissa tapauksissa.”

6.1.4 Forskning och vårdutveckling

Nästa kategori från innehållsanalysen presenteras här. Av informanterna uppgav 52 % att **forskning och utvecklingsarbete** ingick i deras arbetsuppgifter. Främst utvecklade de sina egna arbetsrutiner, de deltog i forskningsprojekt ledda av läkare och var med i utveckling av vårdkedjor för att göra vården effektivare. De följde med statistik och vårdkvalitetsrapporter samt deltog i kliniska forskning. Informanterna uppdaterade och utvecklade olika vårdföreskrifter. Vissa idkade forskning av eget intresse och t.o.m. på fritiden, någon innehade en befattning där 50 % av arbetstiden

var avsatt för vårdforskning. Informanterna hade en utpräglad edukativ roll, då 94 % uppgav att de handledde och utbildade annan personal.

”Erilaisia tutkimusprojekteja tulee ja menee, nyt on tulossa jonkinlainen ravitsemukseen liittyvä projekti, johon tulemme täyttämään kaavakkeita potilaan haastattelun perusteella.”

”Yksi verisuonihoitaja toimii puolet työajastaan tutkimushoitajana.”

”Oman työn ja poliklinikkatoiminnan kehittäminen.”

”Kehitetty polikliinistä angiotoimintaa, sen laajentamista. CLI-potilaan hoitoketjun kehittäminen, toimenpiteisiin pääsyn nopeuttaminen.”

”Työhöni kuuluu olennaisena osana uusien työntekijöiden ja lukuisten opiskelijoiden ohjaus ja perehdyttäminen verisuonipotilaan hoitoon...”

6.1.5 Administration

Tydligt steg begreppet **administration** fram i innehållsanalysen och informanterna uppgav att de hade administrativa arbetsuppgifter i 24 % av fallen. Den administrativa arbetsbördan bestod främst av att fungera som teamdragare, ansvara för kärlikirurgiska vårdköer, planera arbetsturer och planera poliklinikmottagningar. Någon fungerade som biträdande avdelningsskötare. Av de tillfrågade var det 34 % som hade hand om remisshantering och kallelse av patienter till mottagningar.

”Ainoastaan tiimivetäjille, ei muille verisuonihoitajille.”

”Administration av vårdpersonalen.”

”Vastaa verisuonikirurgian jonoista, määräaikaakutsujonoista sekä sihteerien kanssa yhdessä annetaan verisuonikirurgiapoliklinikan aikoja.”

”Työvuorosuunnittelua, vastaanottojen suunnittelua, läheteiden kirjaus, ajanvaraus.”

”...hankintakierrokseen osallistuminen kulutuksen seurannalla, tiedottaminen uusista asioista sekä uusien hoitajien perehdyttäminen...”

6.1.6 Kärlekskötarrolutveckling

I sista punkten i enkäten hade informanterna möjlighet att ge fria kommentarer och dessa tog till största delen upp hur deras egen **rollutveckling** eller roll, som också steg fram som en egen kategori i innehållsanalysen, fungerade. Någon konstaterade att deras sjukhus inte tydligen var intresserat av att utveckla kärlekskötarrollen även om det fanns tre stycken sjukskötare som hade utbildat sig. De hade bara av eget intresse utbildat sig och tillsammans utvecklat den hälsofrämjande vården utan stöd från arbetsgivaren. En annan skrev också att hon av eget intresse för kärllkirurgi gått kärlekskötarrutbildningen men att hennes arbetsuppgifter på kärllkirurgiska/ ortopediska/ plastikkirurgiska avdelningen inte hade ändrat alls. En annan höll som bäst på och utvecklade sin egen arbetsmodell. En viss besvikelse kunde anas i många fall då organisationerna inte bemötte dem positivt fastän de ökade sin kunskap och ville göra mera för patientgruppen.

”Verisuonihoitaja on meillä liukuva käsite. Toisaalta kaikki verisuonipotilaita hoitavat hoitajat ovat verisuonihoitajia. Toisaalta tarkoitamme verisuonihoitajalla hoitajaa, joka pitää itsenäisiä vastaanottoja ja on saanut koulutusta ja osaa tutkia ultraäänellä ohitteet ja arvioida kokonaistilanteen. Veinmapping kuuluu myös, itse en sitä vielä osaa riittävästi.”

”Oma toimenkuva kehittymässä vasta, keskityn haavanhoitoon, mutta verisuonipotilaiden kohdalla vaatii sekin verisuonihoitajan näkökulman ja kaikessa on otettava huomioon verenkiertotilanne ja sen edistäminen.”

6.2 Utformning av verksamhetsmodell

I detta avsnitt redovisas utformningen av verksamhetsmodellen på basen av enkät resultat och speglingar till teoretisk och vetenskaplig litteratur. För att systematisera detta används modellen för den kliniska specialistsjuksköterskan vid Vasa centralsjukhus som grund och struktur. Detta också därför att denna modell utvecklas för att finnas vid Vasa centralsjukhus. Modellen kan ses schematiskt med tillhörande förklaringar i bilaga 5.

6.2.1 Klinisk kompetens i bedömning av vårdbehov

Kompetens hos sjukvårdare beskriver Roach (1992, s. 61–63) som ett tillstånd där det finns kunskap, beslutstagning, skicklighet, energi, erfarenhet och motivation samlat för att kunna tillfredsställa de krav som ställs på ens professionella ansvarstaganden. Enligt Flechter (2006, s. 59–63), Murray (1997, s. 726–736) samt Lindgren och Aspögren (2004, s. 102–103) ska kärlsköterskan göra vårdbehovs bedömningar, och för att göra det adekvat behövs en utredning av sjukdomshistorien (patientanalys), man ska veta vad som skall frågas, ha kunskap för en klinisk undersökning och dokumentation av fynden, kunna tolka det som patienten berättar och analysera det i förhållande till fynden från kliniska undersökningen.

Kärlsköterskan skall ha förmåga att göra ABL -mätningar som Yesenko, Whitelaw & Gornik,(2007, s. 624–626) och Hull & Kishman (2008, s. 403–405) beskriver och kunna använda ultraljudsapparat för att undersöka patienten närmare. Ultraljudsundersökningar är en smärtfri kostnadseffektiv metod för att diagnostisera eventuella störningar i blodcirkulationen och kärlsjuksköterskan behärskar användningen av denna (Griffin, Wright & Buckenham, 2006, s. 966–969). En betydande del av kärlsköterskans arbete består i hanledning och undervisning i patientrelationen. Den hälsofrämjande vården väger tungt. Enligt Ologjuba m.fl. (2000, s. 515) kan det uppnås goda resultat för denna patientgrupp om den hälsofrämjande vården intensifieras för gruppen med klaudikation som största problem. Patienten skall ses i helhetsmässig approach och kärlsköterskan skall summera och utvärdera situationen samt planera den fortsatta vården och konsultera

läkaren då behov föreligger. Speglas detta till den kompetens som en ANP/NP skall ha enligt ICN:s definition (Åberg & Fagerström 2005, s. 84–87) så korrelerar det väl med kärlskötarens kompetens. I enkätredovisningen framgick att kärlskötarna i många fall (> 40 %) gjorde allt detta dagligen, dock färre som utförde ABI- och ultraljuds undersökningar.

6.2.2 Klinisk kompetens i vårdrelationen

Kärlskötaren skall ge en patientcentrerad helhetsmässig vård, stöda och handleda i vårdrelationen skriver Flether (2006, s. 59–63). De patienter, som har bemötts på detta vis, visade bättre resultat i livsstilsförändringar och enligt Benner (1993, s. 42–48) kan den skötare som befinner sig i expertstadiet genom sin gedigna erfarenhet intuitivt förstå situationer och lösa problem snabbt. Sådant har en lugnande och förtroendeingivande effekt i relationen till patienten. Benner (1993, s. 57–77) beskriver också att skötaren skall ha förmåga att skapa en läkande relation där patienten förstås fysiskt, psykiskt och bemöts individuellt. Roach (1992, s. 61–63) betonar att i den professionella relationen patient-vårdare skall det finnas förtroende, pålitlighet och respekt, annars fungerar inte vården. Roach (1992, s. 57–61) betonar medlidande, skicklighet, samvete och åtagande som andra grundförutsättningar för en professionell vårdrelation. Sjukskötaren skall vara lyhörd för när patienten är motiverad att lära sig och då kunna hjälpa patienten att se de aspekter som behöver förändras i livsföringen

I resultatredovisningen steg *vårdrelation* fram som en underkategori till huvudkategorin **kompetens**. Med tanke på att revaskulariserade patienter går flera år på uppföljning hos kärlskötaren, så bygger relationen på trygghet, förtroende och kontinuitet. De åtgärdsradiologiskt intervenerade patienterna med klaudikation kommer på kontroller hos kärlskötaren en månad efter angiografen och detta är ett gyllene tillfälle för den hälsofrämjande vården, som bygger på att det finns förtroende i relationen patient-skötare för att lyckas.

6.2.3 Klinisk kompetens i multiprofessionellt samarbete

Enligt enkätredovisningen hade kärlskötare egna mottagningar med ett aktivt multiprofessionellt samarbete inom organisationen och med primärhälsovården. Genom detta arbetade de aktivt för att kvalitetssäkra vården och garantera dess kontinuitet. Många kärlskötare hade skriftliga kriterier för när de skulle konsultera kärllkirurgen. Många (45 %) använde sig av evidensbaserad kunskap för att få vägledning i sitt arbete. Som en huvudkategori steg i innehållsanalysen **multiprofessionalitet** fram. Benner (1993, s. 118–125) beskriver också att som en del av sjukskötarens kvalitetssäkring av vården kan ses hennes förmåga att konsultera läkaren inom rimlig tid och se till att få svar. Al-Khaffaf & Dorgan (2005, s. 222–223) ser kärlskötaren som en medlem i ett multidisciplinärt vårdteam som skall handleda patienter, anhöriga och annan personal samt aktivt sprida kunskap om kärlsjukdomars förekomst och den förebyggande vården. Kärlskötare samarbetade aktivt bl.a. med sårvårdare, diabetesskötare, njurskötare, fysioterapeuter, fotvårdare, angioskötare, sekreterare, socialarbetare, rehabiliteringshandledare samt sist men inte minst patienternas anhöriga.

6.2.4 Klinisk kompetens i vårdforskning och vårdutveckling

Över hälften av kärlskötarna (52 %) hade forskning och utveckling som sina arbetsuppgifter, där de utvecklade arbetsrutiner och deltog i forskningsprojekt. Detta korrelerar väl med vad Al-Khaffaf & Dorgan (2005, s. 222–223) anser om kärlskötarrollen: det är av stor vikt att forskningsbaserad verksamhet uppmuntras och förverkligas. Varje kärlskötare bör förbinda sig att upprätthålla och förbättra sina kunskaper inom forskning. Enligt STM (2009, s. 59–60) skall kliniska specialistsjukskötare ha stark beredskap till utvecklingsarbete och ha färdigheter till forskningsarbete. Arbetsfördelningen bör vara 50 % kliniskt arbete och forsknings/utvecklingsarbete 50 % och de bör kontinuerligt fördjupa sin kunskap genom fortbildning.

6.2.5 Klinisk kompetens i en lärande och vårdande kultur

Kliniska specialistsjukskötaren arbetar självständigt i kliniskt arbete som en pionjär i kliniskt och professionellt ledarskap. Man är expert, utövare och forskare, anser Bryant-Lukosius, Di Censo, Browne och Pinelli (2004, s. 519–529). Dessa roller innebär kliniskt ledarskap med beredskap att ansvara för sina klienter och sin profession på den nivå inom hälsovården där man är verksam. (Carryer, mfl. 2007, s. 1818–1825). Kliniska specialistsjukskötaren skall arbeta aktivt för att sprida kunskap kring patientens sjukdom. Enligt Hirsh m.fl. (2007, s. 2086–2094) är det få människor som insjuknar i ASO som känner till sjukdomen, riskfaktorerna och hur de skall förebygga ett allvarligt insjuknande. I resultatredovisningen framgick att kärlskötaren hade administrativa uppgifter endast i 25 % av fallen men deras engagemang i undervisning av kollegor och studerande uppgick till en nivå av 94 %. De arbetade som teamdragare och ansvarade för kärllirurgiska vårdköer, planerade mottagningar, semesterperioder samt arbetade med remisshantering av godkända remisser. Vissa hade budgetansvar och hade hand om anskaffningsprocesser gällande medicinsk utrustning.

6.2.6 Verksamhetsmodellen för en klinisk specialistsjukskötare inom kärllkirurgi

Modellen nedan (figur 1) består av fem kliniska kompetensområden och den hälsofrämjande vården utgör basen i modellen. Den hälsofrämjande vården genomsyrar alla kompetensområden. Innanför de fem kompetensområdena finns det multi disciplinära vårdteamet samt läkaren och kliniska specialistsjukskötaren i nära samarbete för att ge patienten en optimal vård.

Modell för klinisk specialistsjukskötare inom kärlikirurgi vid Vasa Centralsjukhus



Figur 1. Schematisk verksamhetsmodell för en klinisk specialistsjukskötare inom kärlikirurgi

6.3 Utvärdering av verksamhetsmodellen

Efter intervjuerna med intressenterna bearbetades textmaterialet till kategorier. Kategorierna som steg fram är: **befattningsbeskrivning, realistisk, patientcentrerad, hälsöfrämjande vård, samarbete, resurser, vårdutveckling och utbildning.**

Att modellen visade sig tolkas som en befattningsbeskrivning av kärlskötarerollen var positivt eftersom det visade att modellen är verklighetstrogen. Följande kommentarer framkom:

”Modellen motsvarar de förväntningar som jag har på en klinisk specialistsjukskötare inom kärlikirurgin, en kärlskötare.”

”Oli otettu huomioon kaikki osa alueet mitkä meidän työhön kuuluu.”

Alla tyckte att den var realistisk utom en som undrade om kärlskötare verkligen har dessa färdigheter som steg fram vid presentationen av de fem kompetenmrådena. Kärlskötarna speciellt tyckte att den beskrev deras arbete i nuläget och undrade vad det är som gör den till en modell för en klinisk specialistsjukskötare.

”Olemme jo tehneet vuodesta 2003 kliinisesti edistynyttä hoitoa.”

Genomgående tyckte intressenterna att den var bra då den hade patienten i centrum och behandlade adekvata kompetensområden för att erbjuda en högkvalitativ vård.

”Positivt att du lyfter fram patienten, lyssnar, bekräftar och gör patienten delaktig i vården.”

Alla intressenter ansåg att det som bör utvecklas är den hälsofrämjande vården. Den borde struktureras och ges mera tid för att uppnå bättre kompliance. Några av kommentarerna:

”Patienten får allt serverat men gör inget själv”. Det behövs en satsning.”

”Hälsofrämjande vård är bakgrunden, ingår i alla områden och man skall ju finna alla patienters resurser och stödja dem.”

Flera intressenter såg den kliniska specialistsjukskötaren som en samarbetspartner kring vårdutveckling och personalskolning. Den kliniska specialistsjukskötaren kunde fungera som en länk mellan primärhälsovården och specialsjukvården. Den kliniska specialistsjukskötaren står i nyckelposition för att föra vården framåt.

”Kliniska specialistsjukskötaren kunde vara en förbindelselänk mellan special-och primärvård.”

De personer som fanns i ledande position såg resursbristen som ett hinder för att kunna implementera rollen till fullo. Egentligen borde den kliniska specialist sjukskötaren få ha helt självständiga mottagningar och inte vara låst på någon mottagning med läkaren.

”... det måste finnas en ledning i huset som godtar de resurser som detta kräver...”

” ... det måste ges förutsättningar att arbeta enligt dessa ramar...”

Den ena avdelningsskötaren såg kliniska specialistsjukskötaren som en viktig kugge i maskineriet för utveckling av vårdkedjor och utformande av processbeskrivningar. Den andra avdelningsskötaren ville ha ett starkt samarbete kring skolningen av ny personal och ordnande av interna och regionala skolningstillfällen.

”De personer som har denna utbildning har man inte förstått att utnyttja till fullo i vårdutvecklingsarbetet eller forsknings- och utvecklingsarbete.”

”Kliniska specialistsjukskötaren är en person som också kan vara verksam inom vilket specialområde som helst.”

De tankar och förslag som framkom kring utveckling av den här verksamhetsmodellen exempelvis, hälsofrämjande vård, kontakter med primärhälsovården, forskning och vårdutveckling, kommer att tas med till arbetsfältet för vidareutveckling. De förändringsförslag som fram kom gällande modellen berörde främst layout mässiga detaljer som färgsättning och form. Respondenten ändrar inte på modellen i detta skede men har för avsikt att tillsammans med Vasa centralsjukhus utvecklingsavdelning bilda en modell med bättre layout.

7 Tolkning

Grunden i aktionsforskningsprocessen är, som tidigare konstaterats, planering, handling, reflektion och utvärdering. I detta avsnitt kommer respondenten att reflektera kring resultatet och aktionsforskningsprocessen, som detta examensarbete har till inspiration nämligen ”PEPPA”- modellen (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004, s. 530–539). Den beskrivs i kartläggningen och kapitlet får utgöra stommen för reflektionerna.

Enligt ”PEPPA” är första steget vid införandet av en ny vårdmodell att definiera patient gruppen och beskriva den existerande vårdmodellen. Detta gjordes genom att begränsa sig till ASO- patientens vård. ASO -patientens problemområden och dennes vårdbehov klargjordes genom en utförlig litteraturgenomgång inom både det teoretiska och vetenskapliga kunskapsområdet (Koskenvuo 2003, s. 83–87, Al-Khaffaf & Dorgan 2005, s. 154–155; Lindgärde m.fl. 2005, s. 177–178).

Beskrivningen av den existerande vårdmodellen kom genom enkätundersökningen som gjordes för att kartlägga kärlskötarnas arbete nationellt. Kartläggningen visade att kärlskötare var erfarna sjukskötare med lång arbetserfarenhet och de flesta av dem hade arbetat med kärllpatienterna över elva år eller längre. Det korrelerar bra med forskningarna kring uppkomsten av kärlskötarprofessionen. Där beskrevs hur äldre erfarna sjukskötare gick med läkaren för att utöka sitt kunnande och förbättra sin beredskap till klinisk undersökningsmetodik (Murray 1997, s. 726–736). Kärlskötaren skall ha kompetens till en helhetssyn av patienten och den hälsofrämjande vården som är en starkt poängterad vårdform (Flechter 2006, s. 59–63, Al-Khaffaf & Dorgan 2005, s. 222–223). Med tanke på Benners (1993, s. 42–48) syn på kompetensen hos den äldre sjukskötaren som har arbetat länge inom samma område och utvecklat sin förmåga till klinisk skicklighet, problemlösningsförmåga och lyhördhet för sin patient, stämmer det väl överens med dessa kärlskötare. De är inga noviser inom sitt område utan de är experter. I resultatredovisningen visades kärlskötarnas kompetenser som väl överensstämde med de beskrivningar av kärlskötarrollen och de multiprofessionella kontaktnät som finns kring patienten såsom i litteraturgenomgången (Flechter 2006, s. 59–63; Al-Khaffaf & Dorgan 2005, s. 222–223).

I steg två skall en identifiering av nyckelintressenter göras. Genom att detta är ett beställningsarbete ifrån ledningen vid operativa enheten och inkluderar överläkaren i kärllkirurgi vid Vasa centralsjukhus, har huvudintressenterna varit ovan nämnda överläkare och överskötare. Även avdelningsskötaren på kirurgiska polikliniken och på kärllkirurgiska vårdavdelningen var intressenter liksom de andra kärlskötarna. Avdelningsskötare och kärlskötare har varit passiva i processen. Ovan nämnda överskötare har under processens gång börjat arbeta med andra arbetsuppgifter men ändå följt med arbetet kring modellutvecklingen. Under hela processen har respondenten av forskningstekniska och etiska skäl undvikit att utse patienterna till nyckelintressenter, även om de faktiskt borde vara det.

I steg tre fastställs behovet av en ny vårdmodell. Man planerade en vakans för en klinisk specialistsjukskötare inom kärllkirurgin. I detta skede diskuterade respondenten med intressenterna och överläkaren inom kärllkirurgin var aktivt med. Funderingarna redan då kretsade kring medvetenheten om att kärlskötare på Vasa centralsjukhus redan arbetar på en kliniskt avancerad nivå. Vid Vasa centralsjukhus

har man varit pionjärer inom kärlskötarrullutveckling med överförda arbetsuppgifter från läkare samt kärlskötares självständiga mottagningar. Denna form av uppgiftsoverföring utan utbildningar och karriärmöjligheter för sjukskötare i vårt land var orsak till att utbildningen för kliniska specialistsjukskötare startades (Åberg & Fagerström 2005, s. 84–87). Respondenten hade redan gått sin expertsjukskötare utbildning, som innebar att kunskapen fanns för patientanalys, kliniska undersökningar, hälsofrämjande arbete, evidensbaserad vård och kliniskt ledarskap etc. som Carryer m.fl. (2007, s. 1818–1825) och Furlong & Smith (2005, s. 1059–1066) beskriver som nödvändiga kunskaper för kliniska specialistsjukskötare. En nedskrivna befattningsbeskrivning för kärlskötares arbete eller för en klinisk specialistsjukskötare fanns inte. Därför ansågs det motiverat att göra en verksamhetsmodellutvecklingen.

I steg fyra skall man identifiera problemen och sätta upp målsättningarna. Problemet är resursbristen för instiftandet av nya vakanser och den växande patientmängden som kommer med den alltmer åldrande befolkningen. Dock är bristen på läkare också ett faktum och den kliniska specialistsjukskötaren kan vara den som lättar på arbetsbördan för kärlskirurgen. Ett problem till är att den kliniska specialist sjukskötares kompetens går in på läkarens område och en utredning av det gränssnittet borde göras. I denna studie stiger inte gränssnittet fram. Kliniska specialistsjukskötare har konstaterats vara mera kostnadseffektiva och ge en större tillfredsställelse med vården för patienten, vilket har förbättrat vårdkompliansen. (Daly, & Carnwell, 2003, s. 158–167). Det har varit problematiskt inom organisationerna på varje ställe där man har introducerat den nya rollen. Man har inte gett utbildade kliniska specialistsjukskötare de arbetstillfällen och möjligheter till att använda sin kunskap som kompetensen motsvarar beskriver Furlong & Smith (2005, s. 1059–1066); Bryant-Lukosius, Di Censo, Browne och Pinelli (2004, s. 519–529).

Det centrala problemet i det här arbetet är den ökande patientmängden i förhållande till en enda kärlskirurg och målsättningen är att utveckla och implementera en vårdmodell som avlastar kärlskirurgen och främjar kärlspatientens hälsa.

Steg fem är att definiera den nya vårdmodellen och den kliniska specialist sjukskötares roll. Detta gjorde respondenten genom att använda grunden från den

empiriska undersökningen och spegla denna mot den forskning och de referenser som litteraturgenomgången baseras på. Den nya modellen baseras på de fem kompetensområden som Vasa centralsjukhus har tagit fram (Ledningsgruppen för projektet "Klinisk kompetens och verksamhetsmodeller" 2010, s. 1–8).

Dessa kompetensområden består av följande punkter. För det första klinisk kompetens i vårdbehovsbedömning: Kompetens hos sjukvårdare, beskriver Roach (1992) som ett tillstånd där det finns kunskap, beslutstagning, skicklighet, energi, erfarenhet och motivation samlad för att kunna tillfredsställa de krav som ställs på ens professionella ansvarstaganden. Enligt Flechter (2006, s. 59–63); Murray (1997, s. 726–736) samt Lindgren och Aspögren (2004, s. 102–103) ska kärlskötaren göra vårdbehovs bedömningar.

För det andra klinisk kompetens i vårdrelationen: Roach (1992, s. 57–61) betonar medlidande, skicklighet, samvete och åtagande som grundförutsättningar för en professionell vårdrelation. Sjukskötaren skall vara lyhörd för när patienten är motiverad att lära sig och då kunna hjälpa patienten att se de aspekter som behöver förändras i livsföringen. Kärlskötaren skall ge en patientcentrerad helhetsmässig vård samt stöda och handleda i vårdrelationen (Flechter 2006, s. 59–63). De patienter som bemötts på detta vis, visade bättre resultat i livsstilsförändringar och enligt Benner (1993, s. 42–48) kan den skötare som befinner sig i expertstadiet genom sin gedigna erfarenhet intuitivt förstå situationer och lösa problem snabbt. Sådant har en lugnande och förtroendeingivande effekt på relationen till patienten.

För det tredje klinisk kompetens i multiprofessionellt samarbete: Som en huvudkategori steg i innehållsanalysen av enkäten multiprofessionalitet fram. Benner (1993, s. 118–125) beskriver att som en del av sjukskötarens kvalitetssäkring av vården kan ses hennes förmåga att konsultera läkaren inom rimlig tid och se till att få svar. Multiprofessionaliteten är det att kärlskötare aktivt samarbetar med andra teammedlemmar för patientens bästa. Al-Khaffaf & Dorgan (2005, s. 222–223) ser kärlskötaren som en medlem i ett multidisciplinärt vårdteam som skall handleda patienter, anhöriga och annan personal samt aktivt sprida kunskap om kärlsjukdomars förekomst och den förebyggande vården.

För det fjärde klinisk kompetens i vårdforskning och vårdutveckling: Den kliniska kompetensen till forskning och utveckling finns hos kärlskötare men trycket från

arbetsfältet är stort och det kliniska patientarbetet har hittills dominerat och försvårat möjligheterna till forskning i många fall. Här måste fås en ändring om vården skall utvecklas och gå framåt. Vissa svarade i enkäten att de forskade av eget intresse på sin fritid. Enligt STM (2009, s. 59–60) skall kliniska specialistsjukskötare ha stark beredskap till utvecklingsarbete och ha färdigheter till forskningsarbete. Arbetsfördelningen bör vara 50 % kliniskt arbete och forsknings-/utvecklingsarbete 50 % och de bör kontinuerligt fördjupa sin kunskap genom fortbildning.

Det sista och femte kompetensområdet är klinisk kompetens i en lärande och vårdande kultur: Denna roll innebär kliniskt ledarskap med beredskap att ansvara för sina klienter och sin profession inom den nivå inom hälsovården där de är verksamma. (Carrier, mfl. 2007, s. 1818–1825). Kliniska specialistsjukskötaren skall arbeta aktivt för att sprida kunskap kring patientens sjukdom. Enligt Hirsh m.fl. (2007, s. 2086–2094) är det få människor som insjuknar i ASO som känner till sjukdomen, riskfaktorerna och hur de skall förebygga ett allvarligt insjuknande. Det var inte så många (25 %) av kärlskötarna som hade administrativa uppgifter men så gott som alla uppgav att de undervisade studerande och nyanställda.

Under hela processen diskuterades med intressenterna för att få opartiska synpunkter på modellutvecklingen. Modellen är realistisk och är utan vidare möjlig att implementera som sådan.

I steg sex skall implementeringen planeras. Eftersom denna implementering kommer att ske teoretiskt, så blev planeringen att intressenterna skall få modellen till påseende och bli kontaktade för intervjuer. I steg sju skulle implementeringen startas. Tyvärr blev denna aktionsforskningsprocess inte helt regelrätt, eftersom respondenten p.g.a. tidsbrist och stark önskan om att få sitt examensarbete klart redan från början hade bestämt sig för att göra en utvärdering genom temaintervjuer kring den utarbetade teoretiska modellen. I fortsättningen då examensarbetet är klart är det naturligtvis inget som hindrar att denna påbörjade process får fortgå och modellen kommer att implementeras såsom ordningen enligt "PEPPA"- modellen är.

I steg åtta skall en utvärdering av modellen ske. Modellen för den kliniska specialist – sjukskötaren inom kärllkirurgin skickades till intressenterna, sakkunniga inom vårdarbetet och kolleger för att de skulle få bekanta sig med den innan de blev intervjuade om vad de ansåg om modellen.

Resultatet av utvärderingen visade att modellen är en realistisk befattningsbeskrivning av en klinisk specialistsjukskötares arbetsuppgifter samtidigt som kärlsköterna identifierade modellinnehållet som deras arbete av idag. Den kliniska specialistsjukskötaren har ett patientcentrerat arbetssätt där den hälsofrämjande vården måste ta större plats. Att få resurser till att skapa denna arbetsmodell med alla kompetensområden aktiva i den omfattning som de bör vara är den största utmaningen. Det stämmer väl överens med de tidigare forskningarna kring rollimplementeringar som respondenten har använt i vetenskapliga bakgrunden (Furlong & Smith 2005, s. 1059–1066; Bryant-Lukosius, Di Censo, Browne & Pinelli 2004, s. 519–529).

I steg nio skulle det ha gjorts en långtidsutvärdering av modellen, denna blir utanför ramen för detta examensarbete, men respondenten ser verkligen det som en intressant utmaning att fortsätta med denna modell och evaluera den från praktiskt perspektiv nästa gång.

8 Kritisk granskning

I den kritiska granskningen har respondenten valt att utgå från Larssons (1994) kvalitetskriterier för kvalitativa studier och Jacobsen (2012) med kvalitetskriterier för kvantitativa studier. De kvalitetskriterier som kommer att granskas i detta lärdomsprov är: perspektivmedvetenhet, struktur och pragmatiska kriteriet samt reliabilitet, validitet och bortfallsanalys.

Jacobsen (2012, s. 255) skriver att en bra undersökning bör mäta vad den är avsedd att mäta, den skall ha en intern validitet. Den bör också gå att överföra till andra områden och det kallas extern validitet. Eftersom respondenten i denna studies kvalitativa del stävade efter information i form av deskriptiv statistik borde undersökningen motsvara det som den var avsedd att mäta och ha en hög intern validitet. Någon annan skulle kunna använda sig av samma enkät för att göra en liknande kartläggning, dock bör de specifika ämnesområdesfrågorna omformas. Således har denna undersökning också extern validitet.

Enligt Jacobsen (2012, s. 268–272) måste forskaren fråga sig om resultaten är reliabla. Redan då enkäter utformas bör forskaren fundera kring om informanterna kan ha någon fördel av att vara oärlig eller om de kommer att svara utan att ha någon större insikt i det som frågorna berör. Ett sätt att lösa det senare är att ha ett frågealternativ med "vet ej". En annan faktor som påverkar enkäten är att forskaren som sänder en elektronisk enkät inte kan veta i vilken situation den tilltänkta informanten befinner sig och med hur stark känsla av engagemang personen i fråga kommer att satsa på att svara på enkäten. Balansen mellan att utarbeta en svåranalyserad men mycket omfattande enkät eller en lättanalyserad mindre detaljerad enkät var utmanande. Kodningen och analysen av data kan ge upphov till felkällor då man arbetar med kvalitativt material eftersom en stor mängd rådata fordrar bra kunskaper i användning av statistiska beräkningsprogram. I denna studie sågs ingen fördel i att vara oärlig vid ifyllandet av enkäten och de personer som inte utförde vissa arbetsuppgifter hade ett "nej"- eller "inte alls"- svarsalternativ. Arbetet med kodning av data gjordes på utvecklingsenheten vid Vasa centralsjukhus och respondenten kunde på så sätt undgå att göra några fel i det skedet. Med diagramutformning i Excel användes också hjälp utifrån.

Ett problem med studien är den låga svarsprocenten, 35,9 %. Enligt Jacobsen (2012, s. 233) är en tillfredsställande svarsprocent 50 % i en kvalitativ studie. Denna studie hamnar långt under denna nivå. Det som respondenten vet om informantgruppen är att den är brokig och där ingår röntgenskötare, operationsskötare, vårdavdelningspersonal och poliklinisksjukskötare. Flera informanter kontaktade respondenten efter att enkäten blev utskickad och meddelade att de har helt andra arbetsuppgifter och inte såg sig lämpade att svara. Beaktas ett normalt enkätbortfall, plus att många inte ansåg sig lämpliga att svara samt vetskapen att kärlskötare i den bemärkelse som avsågs inte är någon stor grupp, så förklaras delvis den låga svarsprocenten. Tack vare att studien delvis är kvalitativ så är kravet på en hög svarsprocent inte lika uttalat.

Rishtagningen som respondenten gjorde vid valet av informanter med ett "godtyckligt urval" Jacobsen (2012, s. 228) och funderingarna angående att göra två enkäter visar att det var klokt att inte sälla bort några informanter genom flera enkäter, eftersom alla sjukhus inte hade lika klara uppgiftsfördelningar mellan polikliniker och

vårdavdelningar som man har på Vasa centralsjukhus. Vid de sjukhus där informanterna var anställda hade personalen på vårdavdelningar ibland mera omfattande kompetensområden än vid Vasa centralsjukhus kärlikirurgiska vårdavdelning. Operationssalens personal hade så annorlunda arbetsuppgifter att de var lätta att sortera bort i analysen av rådatamaterialet.

Enligt Larsson (1994 s. 165–166) är en dominerande tes i vår tid att sanningen är relativ och att det bakom varje beskrivning av verkligheten gömmer sig ett perspektiv dominerande i vår tid. Då man synliggör förförståelsen blir utgångspunkten för tolkningsfrågan tydlig. Förförståelsen kan redovisas genom att man redovisar forskningsläget, genom att välja en forskningsteori eller genom att deklarerera personliga erfarenheter. Dessa personliga erfarenheter bör anses vara betydelsefulla och relevanta och de har utformat eller påverkat forskarens förförståelse av det som skall tolkas. (Larsson 1994, s. 165–166) Med beaktande av Larssons tankar kring detta så har det utarbetats en vetenskaplig och teoretisk bakgrund som ligger till grund för hela forsknings processen. Förförståelsen för processen förstärks av att respondenten själv arbetar som kärlskötare och har ”expertsjukskötartutbildning” sedan 2009 som nu kompletteras till högre yrkeshögskolenivå.

Larsson (1994, s 172–173) anser att arbetet skall ha god struktur och överskådlighet samt att resultatet ska framställas enkelt. Resonemanget i resultatet bör gå att följa utan att viktiga led är överhoppade. Detta kallas även den röda tråden. Respondenten har försökt att beakta strukturen under arbetsprocessen och anser att lärdomsprovet har relativt god struktur. Den teoretiska bakgrunden kan anses bred och grundlig. Detta har gjorts för att beställaren av lärdomsprovet skall kunna använda studien i sin utveckling av en modell för kärlskötarens arbete. Metoderna för studien är förklarade och resultatet har redovisats genom kategorier från innehållsanalysen av de öppna frågorna i enkät- och temaintervjumaterialet samt diagram från kvantitativa data. Huvudkategorier märktes med fet stil och underkategorier med kursiverad stil för att tydliggöra dem.

Utarbetandet av verksamhetsmodellen har till grund den redan befintliga modellen för kliniska specialistsjukskötare vid Vasa centralsjukhus. I tolkningsskedet valde respondenten att följa ”PEPPA”- modellen för att systematisera tolkningsprosen.

Respondenten anser att syftet med examensarbetet stiger fram i tolkningsprocessen och att detta också korrelerar väl med den teoretiska bakgrunden. Den interna logiken och strukturen vävs samman genom presentation av ASO-sjukdomen, den kliniska specialistsjukskötarens komplexa kompetensområden, rollimplementering och professionalitet som lyfts fram i både den teoretiska och vetenskapliga bakgrunden.

Larsson (1994, s. 165–172) anser att det pragmatiska kriteriet handlar om konsekvenser av de resultat som man presenterar. På vilket sätt får resultatet praktiska konsekvenser för den som tar del av dem? Hur förmedlas resultaten så att de som är i den praktiska världen kan ta till sig dem och förändra sin praktik? Detta är kärnan i aktionslärande och aktionsforskning.

De konsekvenser denna studie förhoppningsvis medför är att det sker en utveckling av vården för kärpatienten. Genom studien framsteg en genomgående önskan om utveckling av hälsofrämjande vården. Respondenten kommer att presentera resultatet för intressenterna och förhoppningen är att få implementera denna modell. I bästa fall kommer kärpatienterna att ha en egen klinisk specialistsjukskötare.

Enligt Vedung (2009, s. 91–93) ger måluppfyllelseutvärdering en vägledning om ens intervention har nått de mål som ställdes upp från början och man bör också beakta om interventionen gav upphov till eventuella bieffekter. Målet som respondenten hade för denna studie var att kartlägga kärlskötares arbetsuppgifter och att bilda en modell för hur en klinisk specialistsjukskötare kan fungera inom kärllirurgiska patientens vård. Dessa målsättningar är uppnådda eftersom modellen blev klar och intressenterna utvärderade modellen genom kvalitativa intervjuer. De indirekta effekterna som processen förde med sig är att intressenterna blev förtroga med den kliniska specialist sjukskötarens kompetensområden och de såg nya vårdutvecklingsmöjligheter genom denna profession.

9 Diskussion

Syftet med denna studie var att kartlägga kärlskötares arbete och bilda en modell för en klinisk specialistsjukskötare inom kärllirurgisk vård. Grunden till hela processen är från den tiden då de första uppgiftsöverföringarna från röntgenläkarna till sjukskötarna på kärllirurgin gjordes, alltså runt 2003 då röntgenläkarbristen var skriande vid Vasa Centralsjukhus. Överläkaren i kärllirurgin såg möjligheterna med att arbetsplatsutbilda ansvarsfulla sjukskötare för att ta över en stor del av uppföljningen av de revaskulariserade patienterna och samma överläkare var övertygad om att sjukskötare kan göra ultraljudsundersökningar och tolka kliniska fynd lika bra som röntgenläkare. Implementeringen av verksamheten gick mycket bra, men det ökade ansvaret syntes inte i lönesättningen. Överläkaren inom kärllirurgin var aktivt med då utbildningen av "expertsjukskötare" planerades och såg detta som en kompetens höjning och karriärmöjlighet för sjukskötare som ville arbeta kliniskt och ta större ansvar. Nu tio år senare har den första kärlskötaren gått sin utbildning och strävar till att implementera en ny vårdmodell. Utformningen av vårdmodellen påbörjades genom att först grundligt belysa ASO-patientens vårdbehov. En utförlig kartläggning av den vetenskapliga och teoretiska bakgrunden gjordes. Teoretikerna Benner och Roach sågs som relevanta eftersom de utförligt beskriver vad professionalitet inom vårdarbetet består av.

Överläkaren i kärllirurgin tyckte att det kunde vara en god idé att göra en enkätundersökning kring vad kärlskötare egentligen har för arbetsuppgifter. Överläkarens uppmaning var: *"Gå ut och se vad de gör på andra ställen, jag är inte så säker på att du finner något nytt"*.

I enkätundersökningen framkom att kärlskötarna arbetar på en kliniskt avancerad nivå och de hade gått många tilläggsutbildningar, vanligast var ultraljudsutbildning och kärlskötarspecialisering. Dock beskrev ingen av dem att de hade klinisk specialist sjukskötarkompetens, en hade en högre yrkeshögskoleexamen och en höll på med magisterstudier i vårdvetenskap. På så sätt gav denna studie ingen djupare information om vad en klinisk specialistsjukskötare inom kärllirurgi i praktiken gör. Intressant var att det inte förekom några betydelsefulla kompetensskillnader emellan

universitetssjukhusen och centralsjukhusen. Kompetenskillnaderna syntes tydligare mellan de olika arbetspunkterna inom organisationerna. Operationsskötare och röntgenskötare kan förstås inte jämföras med dem som arbetade på poliklinikerna eller vårdavdelningarna. Man kan fråga sig på vilket sätt kompetenskillnaderna mellan en vårdavdelning och en poliklinik påverkar patientens vård. Sett till patientens bästa borde förstås kompetensen vara lika hög på bägge ställena.

I enkäten framkom att tryckmätningar och ultraljudundersökningar förekom i liten skala på vårdavdelningarna. En sjukskötare som innehar kunskaper i klinisk undersökningsmetodik och tolkning av kliniska fynd samt behärskar användning av teknisk undersökningsutrustning som ultraljuds- och tryckmätningsskärmar snabbare kan fastställa akuta problemens art och konsultera kirurgen för vidare behandling. Detta skulle vara till stor nytta på den kärldkirurgiska vårdavdelningen om kompetensen skulle vara tillgänglig under hela dygnet.

Många hade problem med implementering av rollen som kärldskötare. De hade utbildningen och kompetensen men inom organisationerna förekom en underlåtenhet att utnyttja deras kunskaper till fullo. Detta stämmer överens med de svårigheter med rollimplementering som kliniska specialistsjukskötare upplever i allmänhet. Kärldkirurgiska vården på Vasa centralsjukhus har varit förebild för den nationella utvecklingen av kärldskötarens roll och egentligen framkom inget som var överraskande och revolutionerande i studien, men kärldskötarrollen blev kartlagd.

Den verksamhetsmodell som utformades i denna studie baserade sig på enkätens resultat och den övergripande modell för kliniska specialistsjukskötare som fanns vid Vasa centralsjukhus. Kärldskötarna kunde genast identifiera sig med arbetsuppgifterna. Här bör beaktas att respondenten sedan sin "expertsjukskötare"-utbildning (2009) med sitt arbetssätt strävat till en kunskapsutveckling för hela kärldskötarteamet. Kompetensen till vårdforskning och vårdutveckling har kärldskötarna inte kunnat utveckla då det kliniska arbetet upptar största delen av arbetstiden. I utvärderingen av modellen rådde enighet om att den hälsofrämjande vården bör utvecklas och att samarbetet med vårdavdelningen och primärhälsovården bör utvecklas. Den kliniska specialistsjukskötaren har hittills varit en underutnyttjad resurs i vårdutvecklings arbetet. Som fortsättning på detta tema föreslås

implementering av verksamhetsmodellen i praktiken, utveckling av hälsofrämjande vård och samarbete samt vidare utvärdering.

Det som i nästa studie bör utredas är: Hur ser gränssnittet ut mellan den kliniska specialistsjukskötaren och läkaren? På vilket sätt möts deras kompetensområden och var överlappar de varandra? I denna studies utformning framkom inte de detaljerna, eventuellt bör undersökningsgruppen vara en annan eftersom kärlskötarna inte hade klinisk specialistsjukskötare utbildning ännu.

Litteratur

Al-Khaffaf, H. & Dorgan, S. (2005). *Vascular Disease. A Handbook for Nurses*. Cambridge: University Press.

Anvik, V. (2004). Aksjonsforskning– et samarbeidsprosjekt. Å forbedre praksis gjennom praksis. *Vård i Norden. Publ no 73, 24 (3), 4-9*.

Backman, J.(1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Narayana press: Studentlitteratur.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur.

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

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*.

Burns, R.B., (2000). *Introduction to Research Methods*. London: SAGE publications Ltd.

Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder*. Falköping: Almqvist & Wiksell.

Carryer, J., Gardner, G., Dunn, S. & Gardner, A. (2007). The core role of the nurse practitioner: practice, professionalism and clinical leadership. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1818-1825.

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

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Pozkal: Studentlitteratur.

Dychawny-Rosner, I. & Springett, J. (2008). Aktionsforskning och fallstudie. Ingår i: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1992). *Broar*. Vasa: Arkmedia AB.

Ejvegård, R. (2009) *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Flectcher, L. (2006) Management of patients with intermittent claudication. *Nursing Standard*, 20 (31) ,59-63.

Furlong, E. & Smith, R. (2005). Advanced nursing practice: policy, education and role development. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1059-1066.

Griffin, N.M.R., Wright, I. A. and Buckenham, T. M. (2006). Comparison of duplex ultrasound with digital subtraction angiography in the assessment of infra-inguinal autologous vein bypass grafts. *ANZ Journal of Surgery*, 76, 966-969.

Hirsh, A.T., Murphy, T.P., Lovell, M.B., Twillman, G., Treat-Jacobsen, D., Harwood, E.M., Mohler, E.R., Creager, M.A., Hobson, R.W., Robertson, R.M., Howard, W.J., Schroeder, P., Criqui, M.H. (2007). Gaps in Public Knowledge of Peripheral Arterial Disease. *Cirkulation*, 116, 2086-2094.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2001). *Tutkimushaastattelu*. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Holme, I.M. & Solvang, B.K. (2008). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Pozkal: Studentlitteratur.

Hull, S.K. & Kishman, C.P. (2008). What is the best test for peripheral vascular disease? *The Journal of Family Practice*, 57 (6), 403-405.

Jacobsen, D.I. (2012). *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Spanien: Studentlitteratur.

Koskenvuo, K. (toim.) (2003). *Sairauksien ehkäisy*. Helsinki: Duodecim.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11, 3-12.

Larsson, S (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (ss. 163-189). Lund: Studentlitteratur.

Ledningsgruppen för projektet "Klinisk kompetens och verksamhetsmodeller" (2010). Vasa centralsjukhus.

Lindgren, S. & Aspegren, K. (red.) (2004). *Kliniska färdigheter*. Reálsziztéma dabas printing house in Hungary: Studentlitteratur.

Lindegärde, F., Thulin, T. & Östergren, J. (2005). *Kärlsjukdomar – lärobok i medicinsk angiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Ologjuba, D.H., Vallabhaneni, R., McCormick, S., Reilly, D.T., Blair, S.D. & Grenay, M.G. (2000). Impact of a lifestyle clinic on vascular workload: analysis of factors predicting a successful outcome. *British Journal of Suregery*, 87,490-516.

Murray, S. (1997). A nurse-led clinic for patients with peripheral vascular disease. *British Journal Of Nursing*, 6 (13), 726-736.

Patel, R. & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. China: Lippincott Williams & Wilkins.

Roach, S. (1992). *The human act of caring*. Ottawa: Canadian Hospital Association.

STM. (2009:18). Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön.

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Pozkal: Studentlitteratur.

Trost, J. (2007). *Kvalitativa intervjuer*. Polen: Studentlitteratur.

Vedung, E. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Ungern: Studentlitteratur.

Yesenko, S.L., Whitelaw, S.M. & Gornik, H.L. (2007). Testing in the Noninvasive Vascular Laboratory. *Cirkulation*, 115, 624-626.

Åberg, J.& Fagerström, L.(2005). Expertsjukskötare- En finländsk version av "Nurse Practitioner"- En möjlighet för sjukskötare och hälsovårdare att utveckla sin kliniska kompetens. *Vård i Norden*, 25 (3),84-8

VERISUONIKIRURGIA VAASAN KESKUSSAIRAALASSA

Ohjeita polikliinistä seuranta varten

- Kaikki potilaat joille on suoritettu valtimotoimenpide (leikkaus tai endovaskulaarinen toimenpide, PTA, stentti, trombolyyysi) tulevat polikliiniseen seurantaan toimenpiteen jälkeen.

- **Jos potilaalle on tehty toimenpide alaraajojen valtimoihin jokaisen käynnin yhteydessä mitataan nilkkapaineet ja ABI ja merkitään nämä sekä muut ajankohtaiset tiedot FV- kaavakkeeseen jokaisen käynnin yhteydessä. FV-kaavakkeeseen merkitään tarkasti potilaan tunnistetiedot ja kaikki tutkimuslöydökset sekä potilaan selviämistä kuvaavat tiedot. FV-kaavakkeet ei saa jäädä potilaan papereihin vaan kerätään sitä varten olemassa olevaan laatikkoon**

- Potilaat joille on suoritettu **proksimaalinen rekonstruktio** (nivustasolle tai sen yläpuolelle) tai tehty PTA tulevat käymään vain **1 kk ja 1 vuosi** leikkauksen jälkeen ellei mitään poikkeavaa ilmene. Käynnin yhteydessä mitataan raajapaineet ja lasketaan ABI jos kyseessä on alaraajavaltimoiden toimenpide.

- Potilaat joille on suoritettu **infrainguinaalinen ohitus käyttäen potilaan omaa laskimoa** seurataan ja varmistetaan graftin toimivuutta sekä pyritään löytämään ahtaumia jotka uhkaavat ohituksen aukipysyvyyttä. Käyntien yhteydessä tarkistetaan kliininen tilanne, mitataan ABI ja tehdään ohituksen DD-tutkimus jossa tärkein mittausta on virtauksen huippunopeus (PSV) graftissa säännöllisin välein sekä kohdista joissa se selkeästi nousee. Lisäksi katsotaan loppudistoolista virtausta (EDV) graftissa, tarkistetaan anastomoosialueet, sekä sisäänvirtaus suoniston ja ulosvirtaus suoniston virtausnopeudet mahdollisimman hyvin. Käyntien tiheys määräytyy graftin tukkeutumisriskin mukaan.

Tukkeutumisriski määräytyy ohituksen pituuden, PSV:n sekä virtaustyyppin mukaan. Tukkeutumisriski nousee jos;

- PSV on paikallisesti yli 3- kertainen verrattuna virtaukseen 2 cm tästä ylös tai alaspäin,
- grafti on pitkä,
- graftia on jouduttu rakentamaan useasta laskimopalasta,
- PSV on matala tai laskenut selvästi aikaisemmista kontroleista
- Tullut uusi EDV löydös
- virtaus on turbulenti,
- graftin leveys epätasainen tai aikaisemmin on jouduttu korjaamaan graftia.

Korkean tukkeutumisriskin ryhmään kuuluu näin ollen kaikki femoropedaaliset ohitukset, käsilaskimolla tehdyt ohitukset, ohitukset joita on jo jouduttu korjaamaan

ahtauman tai tukoksen takia, DD tutkimuksessa on turbulenttia tai epätasaista virtausnopeuksia graftin eri osissa tai PSV on matala (<40cm/sec). Matalan tukkeutumisriski ryhmään kuuluvat fem-pop ja säären yläosaan tehdyt ohitukset joissa virtaus on laaminaarista ja tasaista pitkin graftia, PSV on DD:ssä >40cm/sec eikä muutu mainittavasti seurannan aikana. Lisäksi tähän kuuluu graftit joiden seurannan aikana ei kehity uusia poikkeavuuksia. Jos graftiin ei vuoden seurannan aikana tule muutoksia, tukkeutumisriski on matala. Pääasiassa kyseessä on v safena magnalla tehdyt ohitukset.

- Seuranta toteutetaan tukkeutumisriskin mukaan ad 5 vuotta.
- 1. Matalan riskin ohitukset: **1, 3, 6, 12 kk:tta** leikkauksesta sekä tämän jälkeen **vuosittain**.
- 2. Korkean riskin ohitukset **1, 3, 6, 9, 12 kk:tta** leikkauksesta sekä tämän jälkeen **puolivuosittain**. Seurantakäyntien yhteydessä mitataan paineet ja suoritetaan DD-tutkimus ohituksesta.
- Jos on tehty **infrainguinaalinen PTA**, seuranta 1,3, 6 ja 12 kk:n kohdalla riittää. Tällöin mitataan raajapaineet ja lasketaan ABI.

Tutkimuslöydösten tulkinta ja toimenpiteet

Mikäli ABI putoaa 0,15 yksikköä kahden käynnin välillä tai jos DD-tutkimuksessa on selkeä osoitus ahtaumasta

- PSV kiihtyy > 3 -kertaiseksi ahtauman kohdalla ($V1/V2 > 3$),
- PSV ahtaassa kohdassa on >300cm/sec,
- EDV >10cm/sec on selvästi todettavissa ahtaumassa tai graftissa muuten,
- PSV graftissa on laskenut selvästi edellisestä kontrollista tai on alle 40 cm / sek) --> verisuonikirurgi arvioi mitä tehdään (seuranta/op korjaus/angio/PTA).

Jos PSV paikallisesti kiihtyy niin että $V1/V2$ on 1,5-3 tehdään uusi DD n 1kk:n kuluttua jossa tarkistetaan onko löydös progredioinut kriittiseksi niin että se edellyttää operatiivista korjausta.

Muutos joka tulee ohitukseen varhain (1-6kk) leikkauksen jälkeen progredioi todennäköisesti nopeammin kuin myöhemmin seurannan aikana tulevat muutokset. Toimenpiteet tulee olla sen mukaiset.

Ahtauma voi enteillä tukosta ja pitää hoitaa ennen tukoksen syntymistä pitkäaikaistuloksen parantamiseksi. Indikaatio infrainguinaaliselle ohitukselle on useimmiten kriittinen alaraajaiskemia. Jos grafti tukkeutuu kriittinen iskemia voi uusia ja uhkaa tällöin raajaa. Pahimmassa tapauksessa seurauksena on amputaatio tai kuolema. Aukipysyvä grafti on paras tae jalan säilymiselle.

Ohituksen korjausleikkauksen jälkeen seuranta aloitetaan uudestaan korkean tukkeutumisriskin ohjelman mukaan.

Potilaat joille on tehty infrainguinalinen rekonstruktio saavat pitkäaikaista ASA-profylaksiaa (Primaspan 100mg/pv).

KÄYTÄNNÖN JÄRJESTELYT

1. Potilaat joille on tehty proksimaalinen rekonstruktio (Nivuksen tasolle tai sen yläpuolelle) tai PTA/stenttaus;

Yhden kuukauden ja yhden vuoden kontrollit erik. lääkäri tai sairaala lääkäri pkl:lle. Kontrollin yhteydessä kliininen kontrolli, ABI mittaus ja FV kaavake.

2. Potilaat joille tehty infrainguinaalinen ohitus (Nivuksesta alaspäin)

- Kontrollit 1kk, 1 vuosi, 3 ja 5 vuotta ML/MM pkl:lle.

- Muut kontrollit hoitajapkl:lle.
- Verisuonihoitajat (SO, SJ) tekevät DD:t.

Kaikki kontrollitulokset hoitajapkl:lta ML:n nähtäväksi. Herkästi konsultoitava mikäli epäselvyyksiä.

Jokaisen kontrollin yhteydessä tarkistetaan

- oireet, onko muutoksia edellisestä kerrasta
- kliininen tila, onko muutoksia, onko avohaavoja, gangreena
- painemittaus, onko muutoksia ABI:ssa, pudotus yli 0.15 on indikaatio toimenpiteelle
- DD tutkimus ohituksesta verisuonihoitajien tekeminä: Onko ahtaumia, AV fisteliä tai muuta poikkeavaa.
- Tarkistettava DD:ssä:
 - PSV kiihtyy paikallisesti yli kolminkertaiseksi ?
 - PSV on alle 40cm/sek ?
 - EDV > 10cm/sec?
 - PSV kauttaaltaan pudonnut selvästi edellisestä kontrollista ?

Mikäli joku yllä olevista löydöksistä yhteys verisuonikirurgiin joka ottaa kantaa jatkoon.

DD- tutkimuksesta verisuonipkl:lla sanellaan tarkka löydöskuvaus/lausunto VASK-lehden kontrollikäyntitekstin yhteyteen.

Jokaisen kontrollin yhteydessä täytetään FV-seurantakaavake ja kerätään ne sille tarkoitettuun laatikkoon. Täytetään DD-tutkimuksen kaaviokuva.

Sovitaan seuraava pkl aika.

Michael Luther

Verisuonikirurgian ylilääkäri

D. Bryant-Lukosius and A. DiCenso

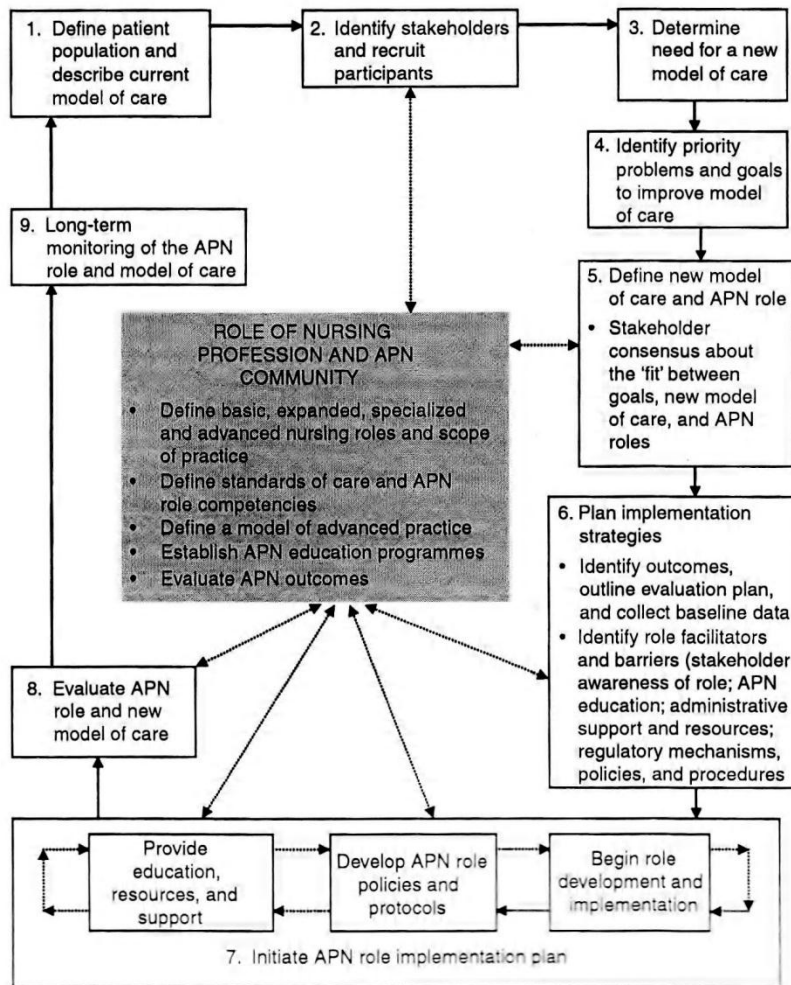


Figure 1 The PEPPA framework: a participatory, evidence-based, patient-focused process for advanced practice nursing (APN) role development, implementation, and evaluation (adapted from Spitzer 1978, Dunn & Nicklin 1995, Mitchell-DiCenso et al. 1996).

Bilaga 3

Följebrev till enkäten

Bästa Kärlsjukskötare!

Jag håller som bäst på och slutför mina högre yrkeshögskolestudier. Studieriktningen har varit hälsofrämjande vård samt kliniskt avancerad vård.

I mitt examensarbete vill jag utreda omfattningen av sjukskötarens specialiseringsutbildning inom vården av kärtpatienter. Syftet med studien är att utveckla en verksamhetsmodell för vården av kärtpatienter vid Vasa Centralsjukhus. För att utreda vilken kärlsjukskötarens roll är i vårt land, riktar jag mig nu till Dig med denna enkät.

Denna enkät riktas till alla medlemmar i kärlsjukskötareföreningen (Suomen Verisuonihoitajayhdistys r.y.).

Jag önskar att Du svarar på enkäten (bakom länken) snarast möjligt.

Dina svar är mycket viktiga för mig eftersom de hjälper mig både att utveckla verksamhetsmodellen och mitt eget arbete som klinisk specialistsjukskötare vid Vasa Centralsjukhus.

Deltagandet i enkäten är helt frivilligt och alla svar behandlas konfidentiellt.

Jag hoppas att jag får ditt så fort som möjligt, dock senast 16.11.2012

Tack på förhand för Ditt samarbete!

Sigbritt Jakobsson
Kirurgiska polikliniken
Vasa Centralsjukhus
Tel. 06-3231534
Sigbritt.jakobsson@vshp.fi

Hyvä verisuonihoitaja!

Olen parhaillaan päättämässä ylempää terveydenhuollon ammattikorkeakoulu-opintojani. Opintosuuntauksena minulla on ollut terveyden edistäminen, kliinisesti kehittävä hoitotyö.

Lopputyössäni haluan selvittää sairaanhoitajan erikoiskoulutuksen osuutta veri- suonipotilaan hoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää toimintamallimme verisuonihoitajalle Vaasan Keskussairaалassa. Oheisen kyselylomakkeen avulla haluan selvittää sairaanhoitajan roolia verisuonipotilaan hoidossa muualla maassamme.

Kohdistan kyselyni kaikille verisuonihoitayhdistyksen jäsenille.

Toivon sinun vastaavan lomakkeessa (linkin takana) esitettyihin kysymyksiin mahdollisimman pian.

Vastauksesi ovat erittäin tärkeitä minulle, sillä ne auttavat minua sekä toimintamallin kehittämisessä että työssäni kliinisenä asiantuntijasairaanhoitajana Vaasan Keskussairaалassa.

Osallistuminen kyselyyn on täysin vapaaehtoista ja kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Toivon saavani vastauksesi mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään 16.11.2012.

Yhteistyöstä jo etukäteen kiittäen:

Sigbritt Jakobsson
Kirurgian poliklinikka
Vaasan Keskussairaala
puh. 06-3231534
sigbritt.jakobsson @vshp.fi

Kartläggning av kärtsjukskötarens arbete**Del 1. Bakgrund****1. Ålder ***

under 30 år 30 - 39 år 40 - 49 år 50 - 59 år över 60 år

2. Arbetserfarenhet inom vården *

under 3 år 4 - 10 år 11 - 20 år över 20 år

3. Arbetserfarenhet med kärtpatienter *

under 3 år 4 - 10 år 11 - 20 år över 20 år

4. Utbildningsnivå *

Sjukskötare Sjukskötare YH Sjukskötare HYH

Möjlig tilläggutbildning och omfattning?**Del 2. Arbetsuppgifter****5. Arbetsplats ***Universitetssjukhus
Centralsjukhus
Kretssjukhus
Privatsjukhus
Annat, vad?**6. Arbetspunkt inom organisationen? ***Poliklinik
Vårdavdelning
Operation
Annan, vad?**7. Arbetsuppgifternas beskaffenhet****a) egna mottagningar, hur ofta?**

inte alls

b) telefonrådgivning, hur ofta?

inte alls

c) klinisk undersökning (inspektion, palpation, auskultation etc.) hur ofta?

inte alls

d) bedömning av vårdbehov, hur ofta?

inte alls

e) handledning av patienter kring livstilsförändringar (motion, kost, tobak etc.), hur ofta?

inte alls

f) sårvårdens andel av arbetsveckan, hur ofta?

inte alls

g) tryckmätningarnas andel av arbetet, hur ofta?

inte alls

h) ultraljud av by-passar, hur ofta?

inte alls

i) veinmapping, hur ofta?

inte alls

j) annat, vad?

Del 3. Samarbete

8. Samarbete med kärnkirurgen

a) Hur ofta konsulterar du kärnkirurgen?

inte alls

b) Har ni skriftliga kriterier för när ni skall kontakta kärnkirurgen? Om svar ja, vad omfattar dessa kriterier?

c) Har ni regelbundna vårdplaneringsmöten? Om svar ja, kring hurudana ärenden?

9. Har ni samarbete med andra teammedlemmar? Ifall svar ja berätta i vilka ärenden?

a) Sårskötare?

ja
nej

b) Diabetesskötare?

ja
nej

c) Njurskötare?

ja
nej

d) Rehabiliteringshandledare?

ja
nej

e) Socialarbetare?

ja
nej

f) annan, vem?

10. Hur samarbetar ni med andra avdelningar på sjukhuset? Telefonkonsultationer, om vad? Konsultationsbesök, hurudana?

11. Hur ofta samarbetar ni med primärhälsovården? Hur ser samarbetet ut?

inte alls
dagligen
flera gånger i veckan
en gång i veckan
mera sällan

Del 4. Andra arbetsuppgifter

12. Ingår administrativa arbetsuppgifter i er roll? Ifall svar ja, hurudana arbetsuppgifter?

ja

nej

13. Ingår utvecklingsarbete/forskning i er roll? Ifall svar ja, vilken sorts utvecklingsarbete/forskning?

ja
nej

14. Tillämpar ni evidensbaserad vård, ifall svar ja, på vilka områden?

ja
nej

15. Ingår handledning och skolning av annan personal?

ja
nej

16. Ingår hantering av remisser och kallelse av patienter i er arbetsroll?

ja
nej

Andra kommentarer:

Hjärtlig tack för ditt svar!

Skicka

Kartoitus verisuonihoitajien työstä**Osio 1. Tausta****1. Ikä ***

alle 30 vuotta 30 - 39 vuotta 40 - 49 vuotta 50 - 59 vuotta yli 60 vuotta

2. Työvuosia hoitoalalla *

alle 3 vuotta 4 - 10 vuotta 11 - 20 vuotta yli 20 vuotta

3. Työvuosia verisuonipotilaitten kanssa *

alle 3 vuotta 4 - 10 vuotta 11 - 20 vuotta yli 20 vuotta

4. Koulutustaso *

Sairaanhoitaja Sairaanhoitaja amk Sairaanhoitaja yamk

Mahdollinen lisäkoulutus ja sen laajuus**Osio 2. Työtehtävät****5. Työpaikka ***Yliopistosairaala
Keskussairaala
Aluesairaala
Yksityinen sairaala
Muu, mikä?**6. Työpiste ***Poliklinikka
Vuodeosasto
Leikkausosasto
Muu, mikä?**7. Työtehtävien luonne****a) Omia vastaanottoja, kuinka usein?**

ei ollenkaan ▾

b) Puhelinneuvonta, kuinka usein?

ei ollenkaan ▾

c) Kliininen tutkiminen (inspektio, palpaatio, auskultaatio etc.), kuinka usein?

ei ollenkaan ▾

d) Hoidontarpeenarviointi, kuinka usein?

ei ollenkaan ▾

e) Elämäntapamuutoksien ohjaaminen (liikunta, tupakka, ruokavalio etc.), kuinka usein?

ei ollenkaan ▾

f) Haavanhoito, kuinka usein?

ei ollenkaan ▾

g) Painemittauksia (abi), kuinka usein?

ei ollenkaan ▾

h) Ohitteitten ultraäänitutkimuksia, kuinka usein?

ei ollenkaan ▾

i) Veinmapping, kuinka usein?

ei ollenkaan

j) Muita tehtäviä, mitkä?

Osio 3. Yhteistyö

8. Yhteistyö verisuonikirurgin kanssa

a) Kuinka usein konsultoit verisuonikirurgia?

ei ollenkaan

b) Onko teillä kirjallisia kriteerejä milloin pitää konsultoida verisuonikirurgia? Jos vastaus myönteinen, kerro lyhyesti kriteerien laajuus.

c) Onko teillä säännöllisiä kokouksia verisuonikirurgin kanssa? Jos vastaus myönteinen, minkälaisista asioista?

9. Onko teillä yhteistyötä muiden tiimijäsenten kanssa? Jos vastaus myönteinen, kerro mistä asioista?

a) Haavanhoitaja?

kyllä

ei

b) Diabeteshoitaja?

kyllä

ei

c) Munuashoitaja?

kyllä

ei

d) Kuntoutusohjaaja?

kyllä

ei

e) Sosiaalityöntekijä?

kyllä

ei

f) Muu, kuka?

10. Minkälainen yhteistyö teillä on sairaalan muiden eri osastojen kanssa? Puhelinkonsultaatiot, mistä asioista? Konsultaatiokäyntejä, mistä asioista?

11. Teettekö usein yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa, minkälaista yhteistyötä?

ei ollenkaan

päivittäin

muutamana kerran viikossa

kerran viikossa

harvemmin

Osio 4. Muita työtehtäviä

12. Kuuluko teillä verisuonihoitajan työhön hallinnollisia työtehtäviä, jos vastaus myönteinen, millaisia työtehtäviä?

kyllä
ei

13. Kuuluko verisuonihoitajan työhön kehittämistyötä/tutkimustyötä, jos vastaus myönteinen, millaista kehittämistyötä / tutkintotyötä.

kyllä
ei

14. Onko teillä tapana soveltaa "näyttöön perustuvaa toimintaa" ("evidence based care"), jos vastaus myönteinen, millaisilla alueilla?

kyllä
ei

15. Kuuluko verisuonihoitajan työtehtävään muun henkilökunnan ohjaus ja / tai koulutus.

kyllä
ei

16. Kuuluko verisuonihoitajan työtehtävään läheteiden käsittely ja potilaitten kutsuminen sairaalaan.

kyllä
ei

Muut kommentit:

Sydämellinen kiitos vastauksestasi!

Skicka

**Modell för klinisk specialistsjukskötare inom
kärlkirurgi vid Vasa Centralsjukhus**



1. Klinisk kompetens i bedömning av vårdbehov

- Patientanalys, sjukdomar, boende, dieter, mediciner, allergier, tobak alkohol och droger
- Kliniskundersökning, pulspalpationer, hudens kondition färg och temperatur, allmän observation av patientens hälsotillstånd, vid behov en mera omfattande undersökning
- Kärl-lab. mätningar, ABI och Ultraljud
- Tolkning av fynd och bedömning av situationen
- Bedömning av vårdbehov och hänvisning till rätt vårdställe, t.ex. Patienten ringer angående nya besvär, skötaren skall reda ut ifall saken gäller ett cirkulatoriskt problem eller kan det vara något annat som kräver en annan vård.
- Vårdplanering, enligt schema eller extra kontroll
- Vårdaktivitet, kan vara sårvård, ge lugnade information och vård råd
- Hälsofrämjande vård, riskfaktormodifiering
- Utfärdande av eventuella intyg (besöksintyg, reseersättningsintyg t.ex.)
- Utvärdering, summering och dokumentation

. Klinisk kompetens i vårdrelationen

- Lyssna på patienten, hör inte bara på orden utan tar även in det non-verbala meddelandet.
- Förstå och bemöta patienten värdigt, skakar hand och presenterar sig, ser patienten i ögonen och försöker ha ett naturligt kroppspråk.
- Bekräfta patienten och anhöriga, planerar vården tillsammans och ser patientens anhöriga som en resurs.
- I relationen skall finnas inbjudan, trygghet och kontinuitet, genom att informera patienten om vårdplanen och framtida undersökningar och kontroller samt ge dem telefonnummer till kärlskötaren så att de har någon att kontakta vid eventuella frågor så känner de högre grad av trygghet.
- Patienten skall vara delaktig i vården, tillsammans görs en vårdplan som skall var individuell och realistisk.
- Det bör finnas ett förtroende i vårdrelationen och patienten skall vara informerad om det som händer och förbinda sig till att delta.

3. Klinisk kompetens i multiprofessionellt samarbete

- Arbetar både självständigt och i team
- Uppgiftsfördelning mellan läkaren och kliniska specialistsjukskötaren
- Konsulterar olika specialister vid behov
- Handleda och undervisa i multiprofessionella sammanhang
- Kunskapsförmedling och kunskapsutbyte mellan annan personal

4. Klinisk kompetens i vårdforskning och vårdutveckling

- Deltagande i konferenser
- Användande av evidensbaserad kunskap
- Vårdutveckling och forskningsprojekt
- Fungera som föreläsare på skolningar

5. Klinisk kompetens i en lärande och vårdande kultur

- Självständiga mottagningar
- Handledning och undervisning, t. ex. strumpmätningssjukpatienten eller den hälsofrämjande vården.

- Teamdragare, planerar semesterperioder inom teamet, samarbetar med de andra teamdragarna kring allmänna rutiner på polikliniken, informerar om nya rutiner och håller kontakten till andra medlemmar i det multiprofessionella teamet. Anskaffningsprocesser är en del av arbetsuppgifterna också.
- Hantering av godkända remisser och köer till polikliniken.
- Etiskt förhållningssätt i bemötandet av både patienter, anhöriga och annan personal.
- Tvärvetenskapligt synsätt, vårdvetenskapen och medicinska vetenskapen är självklara delar i kompetensen, den humanistiska människosynen utgör en grund i vårdarbetet.
- Undervisning av kollegor, inskolning av ny personal

Upprätthåller egen kompetens genom att följa med utveckling och forskning inom eget område