

SJUKSKÖTARROLLEN

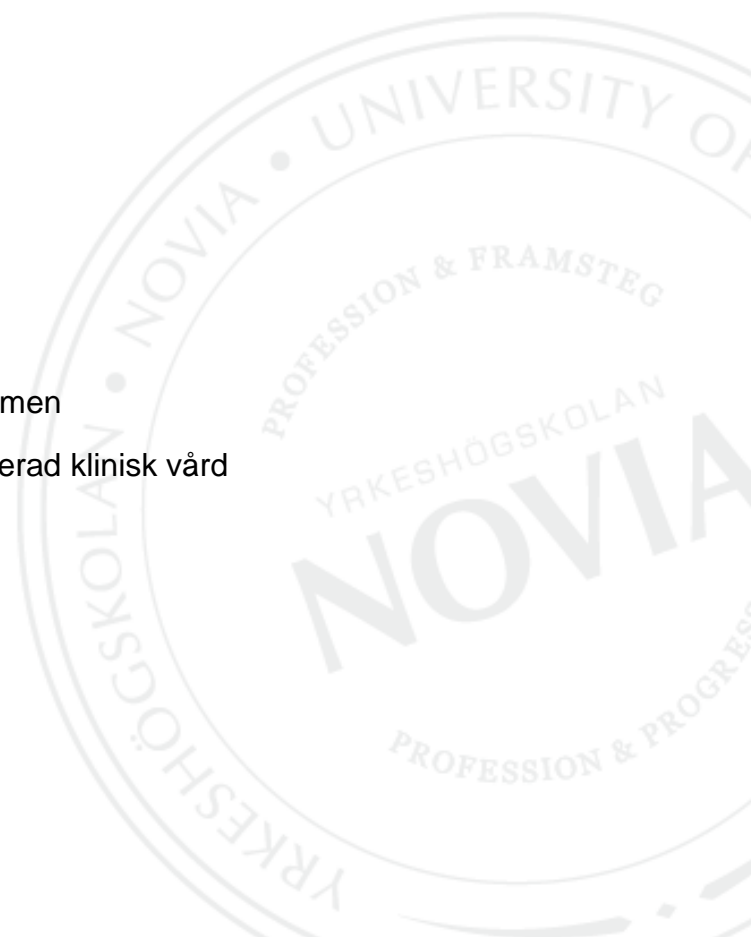
– Kriterier för sjukskötare med polikliniskt arbete

Pernilla Fant

Examensarbete för högre YH-examen

Utbildningsprogrammet för Avancerad klinisk vård

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare: Pernilla Fant
Utbildningsprogram och ort: Avancerad klinisk vård, Vasa
Handledare: Ann-Louise Glasberg

Titel: Sjukskötarrollen – kriterier för sjukskötare med polikliniskt arbete

Datum: Maj 2013

Sidantal: 44

Bilagor: 6

Abstrakt

Syftet med studien var att klargöra skillnaderna mellan olika sjukskötarroller inom poliklinisk verksamhet, ta reda på hur arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper ser ut samt att undersöka vad sjukskötarna själv önskade utveckla inom sitt eget arbete. Frågeställningarna löd; På vilket sätt skiljer sig kriterierna åt för sjukskötare på elementär, specialiserad eller avancerad nivå? Vilka arbetsuppgifter mellan yrkesgrupperna är överförda och vilka finns det behov av att överföra? Inom vilka områden kunde sjukskötarens arbete utvecklas? Data samlades in genom enkäter med öppna och sluta frågor samt semistrukturerade intervjuer, dataanalysmetoden var deskriptiv kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet visar att den polikliniska sjukskötarrollen är komplex. Beroende på utbildning, erfarenhet, kompetens och yrkesroll förekommer sjukskötarroller på olika nivåer; elementär, specialiserad och avancerad. Majoriteten vill förtydliga rollfördelningarna mellan sekreterare och sjukskötare eftersom de anses ha flutit ihop. Sjukskötarna hade en önskan att förbättra både patientbesöket och vårdkedjan eftersom patientens roll är central i sjukskötarens arbete. Undersökningen berörde endast poliklinikerna inom medicinska klinikgruppen vilket kan ha påverkat resultatet. En viss påverkan kan även det ojämna antalet mellan sjukskötargrupperna ha haft.

Språk: Svenska

Nyckelord: nursing roles, professional roles, nursing education, advanced practice nurse, clinical nursing, clinical competence, interprofessional teamwork,

Förvaras: Yrkeshögskolan Novia

MASTER´S THESIS

Author: Pernilla Fant
Degree Programme: Advanced Clinical Nursing, Vaasa
Supervisors: Ann-Louise Glasberg

Title: The role of nurses - Criteria for nurses at outpatient departments

Date: May 2013 Number of pages: 44 Appendices: 6

Summary

The aim of the study was to investigate differences between different nursing roles at an outpatient department, to find out how the tasks are divided between the different groups and to investigate what tasks the nurses themselves wish to improve in their daily work. The research questions were the following: How are the criteria different for nurses at the elementary, specialized or advanced level? Which tasks have already been transferred from one level to another, and which tasks need to be transferred? In what areas could the nursing tasks be improved? The data was analyzed through descriptive qualitative content analysis.

The results show that the role of nurses working at an outpatient department is complex. Depending on education, experience, competence and nursing role, there seem to be nurses working in different roles on all levels; elementary, specialized and advanced. The majority in this study wished to clarify the differences in the nurse's and the secretary's roles since they found these to be too similar. The nurses wanted to improve the patient's visit and the care process because the patients are central in the work of nurses. The study covered only outpatient departments, which may have influenced the results. A certain influence on the results due to the unequal numbers of nurses in the three different groups may also appear.

Language: Swedish Key words: : nursing roles, professional roles, nursing education, advanced practice nurse, clinical nursing, clinical competence, interprofessional teamwork

Filed at: Novia University of Applied Science, Finland

Innehåll

1 Inledning.....	1
2 Syfte och problemprecisering.....	3
3 Teoretisk referensram.....	3
3.1 Patricia Benners vårdteori.....	4
3.2 Katie Erikssons helhetssyn.....	5
4 Teoretisk bakgrund.....	7
4.1 Utbildning.....	8
4.1.1 Grundutbildning för sjukskötare.....	8
4.1.2 Högre yrkeshögskola.....	9
4.2 Kompetens.....	10
4.3 Rollen som mottagningsskötare.....	12
4.4 Rollen som sjukskötare med specialmottagning.....	13
4.5 Rollen som avancerad klinisk specialistsjukskötare.....	14
4.6 Multiprofessionellt samarbete.....	17
5 Dataanalysmetod.....	19
5.1 Urval.....	20
5.2 Enkät.....	20
5.3 Semistrukturerad Intervju.....	21
5.4 Deskriptiv kvalitativ innehållsanalys.....	21
5.5 Genomförande.....	22
6 Etiska riktlinjer.....	23
7 Resultat.....	24
7.1 Upprätthållande av kunskaper och färdigheter.....	26
7.2 Avancerade sjukskötarpåbjudanden.....	27
7.3 Patientcentrerad vård.....	30
7.4 Vårdkedjan.....	34

8 Tolkning.....	36
9 Kritisk granskning.....	39
10 Diskussion.....	41

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

Hälsovården står inför många nya utmaningar så som kostnadsfrågor, åldrande befolkning, teknologisk utveckling, vårdgarantin och personalbrist. Sjukskötarens roll utvecklas och förändras allteftersom patienternas kunskaper och krav på vården ökar. I den professionella yrkesutövningen ska sjukskötaren även samordna sitt arbete med andra yrkesgrupper. Specialsjukvården skall också uppfylla kraven på god vård dvs. vården skall vara av god kvalitet och lätt tillgänglig, patientens trygghet skall garanteras och respekt för människan och dennes integritet skall vara en röd tråd genom hela vårdperioden. (Fagerström 2011) Eftersom sjukskötarna är den största yrkesgruppen inom vården påverkar varje förändring i rollen det vardagliga arbetet. Sjukskötarrollerna ser olika ut beroende på arbetsplatsen. I detta arbete undersöks endast kriterier för den polikliniska sjukskötarrollen. Enligt Säilä (2005) omfattar en tidsbokningspoliklinik undersöknings-, omvårdnads-, mottagnings-, och öppenvårdsplatser. Patientbesöket är kort och innebär att patienter undersöks och vårdas på sjukhus utan att intas på en bäddavdelning.

Alla sjukskötare har ansvar att hålla sig uppdaterade med kunskapsutvecklingen inom sitt yrkesområde. Detta är en stor utmaning på grund av den snabba kunskapsutvecklingen inom vården och det krävs goda vetenskapliga kunskaper för att kunna arbeta evidensbaserat. Evidensbaserad vård kan beskrivas både som en inställning och en process, Inställningen medför en vilja att praktisera de bästa befintliga vetenskapliga kunskaperna som utgångspunkt för arbetet. Processen kan innebära att ställa kritiska frågor, metodiskt söka, sammanställa, kritiskt granska, tillämpa och utvärdera forskningsresultat (Jansson, 2010). Utan den vetenskapliga biten av sjukskötarutbildningen blir utbildningen platt och livlös. Ligger betoningen endast på den medicinska delen finns risk att patienten, människan, glöms bort (Karnick 2012).

Enligt Bryant-Lukosius (2004) är felaktig användning av terminologi, misslyckande att definiera tydlig rollbeskrivning och tillvarata kompetens hinder för utveckling av sjukskötarrollen. Inkonsekvent titulering, utarbetande av utbildningar samt misstolkningar av rollerna är också barriärer för att kunna inse och utvärdera den fulla potentialen och vikten av sjukskötaren. Lowe, Plummer, O'Brien och Boyd

(2011) påminner om vikten av att kontinuerligt arbeta för att tillföra definitioner av den avancerade kliniska sjukskötarens roll. En internationell accepterad terminologi leder till definition och erkännande av rollen.

Enligt Daly och Carnwell (2003) kan omvårdnad särskiljas på en elementär, specialiserad och avancerad nivå. Utgående från detta diskuteras skillnaderna mellan nivåerna; en töjning av rollen, en utvidgning av rollen och en utveckling av rollen. En töjning innebär att ny kunskap eller ett nytt ansvarsområde införlivas. En utvidgning innebär att ett ansvarsområde eller en större helhet av arbetsuppgifterna överflyttas från en annan yrkesgrupp och mera formell utbildning krävs. Utveckling av rollen betyder en tydlig klinisk självständighet och därmed följande krav på utbildning på master- eller doktorsnivå. Larkin (2003) skriver att ett flertal studier visar att minskade kostnader, minskat antal komplikationer och förkortade intagningar på avdelningarna är associerade med kompetent personal. Fortbildning är en viktig del av att hålla kunskaperna uppdaterade. Enligt Furlong & Smith (2005) bör sjukskötarens utbildning bygga på utveckling som sker både i hemlandet och globalt.

Fagerström berättar att tituleringen av den avancerade sjukskötaren går under paraplybegreppet "Advanced Practice Nursing" (APN), vilket täcker olika former av den avancerade kliniska vården. Det är även ett uttryck för en mera utvidgad professionell yrkesgrupp. Internationellt förekommer tituleringar som "Advanced Nurse Practitioner" och "Nurse Consultant". I Finland används bland annat "Klinisk Expertsjukskötare" och "Klinisk Specialistsjukskötare". I denna undersökning kommer uttrycket "Klinisk Specialistsjukskötare" (KSS) att användas.

Used correctly, they can improve outcome, lower costs and make up for reduced residents' hours.

Larkin

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med detta arbete är att kartlägga och definiera sjukskötarens roll på elementär, specialiserad och avancerad nivå. Beskrivningen av sjukskötarrollen ofta oklar och diffus och respondenten önskar med detta arbete utveckla och presentera en klar och tydlig rolluppdelning.

I arbetet används både kvantitativ och kvalitativ metod. Enkäter med öppna och slutna frågor samt semistrukturerad intervju används. Målsättningen är att resultatet skall resultera i att kriterierna, kännetecknen, för sjukskötarens roll på mottagningarna skall framställas tydligt och implementeras i vårdverkligheten.

Problemprecisering

- På vilket sätt skiljer sig kriterierna åt för sjukskötare på elementär, specialiserad eller avancerad nivå?
- Vilka arbetsuppgifter mellan yrkesgrupperna är överförda och vilka finns det behov av att överföra?
- Inom vilka områden kunde sjukskötarens arbete utvecklas?

3 Teoretisk referensram

Patricia Benner introducerade konceptet att sjukskötaren går från att vara novis till expert. Hon beskriver fem olika nivåer av erfarenhet inom sjukskötaryrket. Nivåerna visar att det finns sjukskötare som noviser, avancerade nybörjare, kompetenta, skickliga och experter. Kunskapsutveckling består av utvidgad praktisk erfarenhet genom teoribaserade vetenskapliga undersökningar. Expertvetandet utvecklas när vårdaren i sitt kliniska arbete prövar och förbättrar förslag, hypoteser och principbaserade förväntningar. Erfarenhet uppstår när förutfattade meningar och förväntningar provoceras, förbättras eller visas vara falska av det egentliga förhållandet. Expertsjukskötare utvecklar kompetens och förståelse för patientens vård genom god utbildning som bas samt erfarenheter. (Benner 1993, s. 10-11, 24).

Alla som arbetar inom vården borde ha en helhetssyn på människan även om helhetssynen inte alltid framträder tydligt i det dagliga vårdarbetet. När vårdaren arbetar utifrån det holistiska konceptet innebär det ett seende och en förståelse av helheten i tanke och handling. Det finns ingen given helhet utan helheten varierar i förhållande till tid, rum, inre och yttre gränser, perspektivet, individen och situationen är avgörande när helheten bedöms. Med tanke på kompetens och utveckling borde alla vårdare regelbundet självkritiskt utvärdera det egna fungerandet, rutinmässiga arbetsuppgifter och ofta fråga sig själv varför. (Eriksson 1995, s. 61-63, 68).

3.1 Patricia Benners vårdteori

I följande stycke presenteras Benners fem nivåer. Benner betonar att skillnaden mellan "knowing what" och "knowing how" utgör två olika typer av kunskap. Benner betonar också att inlärningsstilen, personligt intresse och hinder inom organisationen leder till olika potential att utvecklas. (Benner 1993, s. 11, 24).

Novisen är utan erfarenhet och använder sig av allmänna regler för att utföra uppgifter i olika situationer där denne förväntas prestera. Reglerna är universella och oberoende av särskilda fall. Hon/han har ett regelstyrt ställt beteende som är oflexibelt och begränsat. Sjukskötare på novisnivå har ingen uppfattning om den kontextuella innebörden av olika teoretiska termer. Studerande och vårdare som byter arbetsplats är exempel på noviser om målen för patientens vård är obekanta. Oavsett en lång akademisk bakgrund och lång erfarenhet skulle ändå en sjukskötare som arbetat med vuxna hela sitt yrkesliv vara en novis om denne bytte arbetsplats till en prenatal avdelning. (Benner 1993, s. 37-38).

Den avancerade nybörjaren visar acceptabla prestationer och har till en del erfarenhet från verkliga situationer för att kunna identifiera, själv eller med hjälp från handledare, återkommande, betydelsefulla element i en situation men behöver fortfarande hjälp med att prioritera. Varken novisen eller den avancerade nybörjaren har möjlighet att uppfatta hela förhållandet, de måste fortfarande koncentrera sig på de regler de blivit lärda. Vid uppmaning att utföra en uppgift gör

de exakt som de blir tillsagda oavsett vad som händer runtomkring eftersom förmåga att välja bort inte är utvecklad. (Benner 1993, s. 38-40).

Den kompetenta sjukskötaren har arbetat i 2-3 år under liknande eller samma omständigheter och börjar bli medveten om långsiktiga mål eller planer. Har perspektiv att planera egna åtgärder baserade på medvetet, abstrakt och analytiskt tänkande och bidrar till större effektivitet i organisationen. Snabbheten och skickligheten som den skickliga sjukskötaren har fattas ännu men situationerna behärskas och oförutsedda händelser kan bemästras. Pusselbitarna har fallit på plats och den kompetenta sjukskötaren har stor nytta av att få öva planering och samordning för vidare utveckling. (Benner 1993, s. 40-42).

Den skickliga sjukskötaren uppfattar och förstår situationer som helhet och har mera holistisk förståelse, vilket gör beslutsfattandet mindre ansträngande. Genom erfarenhet vet hon eller han när den normala och förväntade händelsen inte infinner sig och planer kan ändras. Den skickliga sjukskötaren låter sig lotsas av aforismer (tänkesätt), men det krävs ändå en förståelse för situationen innan dessa kan tillämpas. Sjukskötaren kan utan större problem känna igen "tidiga varningssignaler" och handla därefter. (Benner 1993, s. 42-45).

Expertens arbete bygger inte längre på principer, regler eller riktlinjer för att förena den egna förståelsen med ett adekvat ingrepp, den enorma erfarenheten gör att hon intuitivt förstår den kliniska situationen och förmår attackera det aktuella problemet. Detta gör att prestationen blir flytande, flexibel och mycket skicklig. Varseblivningar och att "gå på känsla" förekommer ofta i utsago av experter. Expertkunnande uppstår när teoretisk kunskap möts med erfarenhet och införlivas med personliga attribut. (Benner 1993, s. 45-47).

3.2 Katie Erikssons helhetssyn

En av Katie Erikssons hjärtefrågor är att forma en vård som bygger på människokärlek och ansvar. De första substanserna i vårdandet att ansa, leka, lära; tro, hopp och kärlek. Tillsammans bildar dessa komponenter en helhet som formar vårdandet i förhållande till människan i kropp, själ och ande. Alla patienter behöver en vårdare som vårdar utan krav, relationen människa-människa kan vara

väldigt olika, det är äktheten i relationen som är väsentlig. Såvida vårdaren har den uppfattningen att patienten består av endast en kropp eller delar av en kropp bemöter hon denne som sådan, själ och ande uteblir från mötet. Det är vårdarens syn på patienten som helhet som är avgörande hur äkta relationen blir. (Eriksson 1995, s. 11-12, 51-52).

Anknytningen mellan helhetssyn och kompetens kan förstås genom ett tekniskt och ett logiskt förfarande. Det tekniska förfarandet återger den konkreta delen av arbetet och det logiska förfarandet refererar till helheten. I praktiken innebär det att vårdare innehar en teknisk kunskap som reflekteras ur en specifik aktivitet eller del av helheten. Kunskapen är en förening mellan etiskt, estetisk, teoretisk och praktisk kompetens, detta bildar tillsammans en unik helhet som är mera än endast summan av de olika delarna. Helhetssyn förekommer när vårdaren är medveten om de samband som existerar mellan helhetens olika delar och tar utgångspunkt i ett speciellt perspektiv för att kunna påverka patienten som helhet. (Eriksson 1995, s. 68-69).

Vårdaren kan arbeta tvärvetenskapligt, bedriva tvärvård eller teamwork eftersom helhetssynen kan tolkas från flera perspektiv samtidigt. För att helhetsvård skall kunna fungera bör vårdare ha något gemensamt i sina paradigmer d.v.s., läkare, sjukskötare och självvårdare har ett gemensamt intresse som de vill implementera. Samtidigt har de kompetens gemensamt och en likartad världs- och vetenskapssyn. Tvärvård innebär en skicklighet att utföra ett arbete tillsammans, att öka graden av samverkan och gränsöverskridning och kan förverkligas genom olika modeller. Förmåga till gränsöverskridningen grundar sig på den enskilde vårdarens förmåga att pendla mellan olika delar, inklusive den del vårdaren själv innehar kompetens inom. (Eriksson 1995, s. 69).

Redan år 1995 påpekar Eriksson vikten av professionell vård och vad hon då kallade nyprofessionalism. Genom att ta avstånd från professionell vård och förneka den yrkesutbildade vårdarens kunskap och ansvarsområde kan det uppstå frågesättningar angående bristande ansvar mot den enskilde människans möjligheter att växa, utveckling och hälsa. Genom förnekandet utestängs vårdaren från möjligheter att bidra med yrkesmässig kunskap, vetenskap och teknologi. (Eriksson 1995, s. 71).

4 Teoretisk bakgrund

Sjukskötaren fungerar som sakkunnig och är den närmaste länken till patienterna, hon/han uppfyller och utvecklar arbetet, upprätthåller hälsa och förebygger ohälsa på ett etiskt och professionellt sätt samtidigt som hon inhämtar och kritiskt granskar kunskap. Sjukskötarna på de polikliniska mottagningarna har olika roller, kompetenser och utbildningar, det skulle gagna verksamheten att se över och utvärdera dessa för att kunna utveckla och effektivera mottagningarna.

Enligt Daly och Carnwell (2003) kan omvårdnad särskiljas på en elementär, specialiserad och avancerad nivå. Deras referensram som visar att en sjukskötare med grundexamen, d.v.s. på elementär nivå, kan tilldelas nya uppgifter som går under begreppet uttjning av rollen. En specialistsjukskötare kan tilldelas uppgifter som hör under begreppet utvidgning av rollen eftersom hon har tilläggsutbildningar och färdighet att ta större ansvar. Klinisk avancerad specialistsjukskötare faller under den tredje nivån, vilket innebär en tydlig utveckling av rollen och medför radikala förändringar i sjukskötarens roll och funktion. Elsom, Happel och Manias (2006) menar att olika roller kompletterar varandra men uppfyller olika funktioner, det är därför viktigt att behålla och implementera rollerna enligt det behov som finns. Gardner m.fl. (2008) menar att både kompetensen och färdigheterna måste tas i beaktande för att kunna förstå den komplexa sjukskötrollen.

Enligt INC skall en KSS metodiskt undersöka patienten, göra anamnes och fastställa vårdbehov, ordinera undersökningar, diagnostisera och fungera som ansvarig för vården av vanliga akuta och kroniska hälsoproblem och tillstånd. Andra viktiga ansvarsområden är att leda och koordinera hälsofrämjande arbete, att remittera patienten till andra vårdinrättningar och skriva in och ut patienter från vårdinrättningen. KSS skall även leda, utvärdera, utveckla och förbättra verksamheten samt utöva forskning. Arbetet på avancerad nivå är framförallt evidensbaserad och har sin utgångspunkt ur vårdvetenskaplig och tvärvetenskaplig forskning. KSS rollen är kliniskt betydligt mera avancerad än specialsjukskötrollen och förutsätter därför fördjupade medicinska kunskaper. En KSS definieras som 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 vilken hon/han har befogenhet att verka." (International Nursing Council 2005).

4.1 Utbildning

Den första sjukskötartutbildningen i Finland såg dagens ljus år 1867 när den finska föreningen för sårade ordnade en kurs för sjukskötare på sex veckor. Den första pedagogiska kursen ordnades 1924 och omfattade både teori och praktik. Utformningen av sjukskötartutbildningen i Finland har ändrats väsentligt under åren. I Vasa grundades Vasa sjuksköterskeskola 1955. Tidigare skedde utbildningen på institutnivå i Vasa Sjuk- och Hälsovårdsläroanstalt, med eller utan specialisering. År 1995 kommunaliserades skolan och togs över av Svenska Österbottens förbund och blev därmed en del av Svenska Yrkeshögskolan, Vasa. (Arkistolaitos 2013).

4.1.1 Grundutbildning för sjukskötare

För att bli legitimerad sjukskötare i dag är utbildningen på yrkeshögskolenivå. Studierna omfattar 210 studiepoäng och tar 3,5 år i anspråk. Inom ramen för högskola ordnas även specialiserings- och fortbildning. Dessa utbildningar leder inte till någon yrkesexamen.

En sjukskötare på yrkeshögskolenivå kan arbeta inom primärvården, på sjukhus, i hemsjukvård och hemliknande miljöer och i ambulans. Sjukskötaren vårdar patienter i olika ålderskategorier och inom olika sammanhang. En omfattande mångvetenskaplig kunskap och helhetssyn av individen och dennes livsvärld förkovras under utbildningen. Denna kunskap förknippas med hälsa, ohälsa och diverse sjukdomstillstånd. Sjukskötaren är sakkunnig i multiprofessionella arbetsteam, ansvarar för sitt arbete, deltar i planering, organisering och utveckling av vården. (Novia 2013).

År 2005 inleddes en specialiseringsutbildning för expertsjukskötare på Svenska Yrkeshögskolan i Vasa, utbildningen riktades till legitimerade sjukskötare med minst tre års arbetserfarenhet. Studierna omfattade 60 studiepoäng (sp). Syftet var att sjukskötarna skulle utveckla sin kliniska kompetens och få fördjupade kunskaper om medicinsk vetenskap och klinisk vårdvetenskap att använda vid bedömning av akuta vårdbehov och uppföljning av kroniska sjukdomar. Kompetensen inkluderar bl.a. större ansvar för medicinska beslut, egen

patientmottagning och att vara den första kontakten vid akuta besvär. (Glasberg, Fagerström, Rähä & Jungerstam, 2008).

Vid högskolan Arcada i Helsingfors finns ett rikt utbud av specialiseringskurser inom hälso- och sjukvård. De kurser som erbjuds är alla 30 sp och går under rubriken Fortbildning: hematologi, reumatologi, kardiologi, barnpsykologi, hudsjukdomar, minnesstörningar, hjärnskadade patienter och hygien. Vid Satakunnan Ammattikorkeakoulu erbjuds en specialiseringsutbildning på 30 sp till diabetesskötare. Vid Tamperen Ammattikorkeakoulu (även i S:t Michel och Uleåborg) finns en utbildning för sårskötare (30 sp). Även andra specialiseringsutbildningar finns på andra ställen i Finland. (Arcada 2013; Satakunnan Ammattikorkeakoulu 2013; Tamperen Ammattikorkeakoulu 2013)

4.1.2 Högre yrkeshögskola

Fagerström berättar att specialiseringsutbildningen för expertsjukskötare inte gav någon examen och därför utvecklades innehållet till en högre yrkeshögskoleexamen. År 2005 fick Svenska Yrkeshögskolan tillstånd att utföra utbildningsprogrammet i hälsofrämjandet för inriktningen avancerad klinisk vård. Studierna omfattar 90 studiepoäng (sp) och genomförs som flerformsundervisning i huvudsak vid sidan av förvärvsarbete. Studierna leder till en mastersexamen. (Fagerström 2006).

Utbildningsprogrammet fokuserar på sjukskötarens avancerade kliniska kompetensutveckling och har som mål att ge en högre högskoleutbildning som ger kompetens för självständig professionell yrkesutövning på en avancerad klinisk nivå. Utbildningen motsvarar den internationella utbildningen för KSS och innehållet följer det europeiska mastersprogrammet för 'nurse practitioners'. Behörighetskraven för att bli antagen till studierna är legitimerad sjukskötare, barnmorska eller hälsovårdare med yrkeshögskoleexamen samt minst tre års arbetserfarenhet. (Fagerström 2006).

Utbildningen avancerad klinisk vård inriktas på förebyggande vårdarbete, bedömning av vårdbehov samt vård och uppföljning av kroniska sjukdomar och akuta hälsoproblem. Studierna leder till kliniska experter med blickfånget till

avancerade kliniska färdigheter inom vårdarbete. Hälsofrämjan betonas under utbildningen. Studierna genomförs vanligen under en två-tre års period. Lärdomsprovet på 30 sp genomförs i samarbete med arbetslivet. Studierna innefattar forsknings- och utvecklingsmetoder, avancerade kliniska färdigheter, klinisk farmakologi, ledarskap och administration samt lärdomsprov. (Novia 2013).

I Storbritannien har Royal College of Nursing (2008) lagt upp kriterier för utbildningsprogrammet för KSS; utbildningen skall ske på hög utbildningsnivå och bestå av rekrytering och antagande av studerande, en läroplan, den bör möta arbetsmarknadens krav, studerande skall ha möjlighet till fysiska undersökningar i undervisningssyfte, forskning, utveckling och ledarskap, skolan bör ha tillgång till kompetent personal, praktik, genomförande av kurserna, bedömning av utomstående examinatorer.

4.2 Kompetens

Enligt Wikipedia definieras begreppet kompetens som en individs förmåga att verkställa en uppgift genom att tillämpa sina kunskaper och färdigheter. CNA (2005) skriver att sjukskötarkompetensen består av den kunskap, färdighet och individuella utmärkande egenskaper som krävs för att kunna ge en trygg och etiskt korrekt vård. Fagerström påpekar att det är graden av sjukskötarens autonomi, kunskapsbas och bredden utav kompetens samt personliga attribut som bör beaktas när gränsdragningar sker. En viktig faktor är sjukskötarens motivation, individuella duglighet, personliga kvalifikationer och beslutsamhet inför en roll med ökat ansvar. Detta varierar dock mellan olika organisationer och länder. (Fagerström, 2011, s. 72-73)

År 2008 gjorde Gardner A, Hase, Gardner G, Dunn och Carryer en deduktiv analys där 15 KSS intervjuades. Syftet var att förstå graden och omfattningen av deras arbete för att identifiera kompetens och duglighet. Analysen undersökte hur komponenterna av kompetens och duglighet är lämpliga att beskriva de typiska egenskaperna hos KSS. Resultatet visade att duglighet och dess dimensioner är användbart i beskrivningen av den avancerade graden som kännetecknar KSS eftersom de använder sin kompetens i så väl välbekanta som komplexa

situationer. KSS arbetar kreativt och innovativt, har hög grad av självständighet och arbetar väl i team och därför är både kompetens- och duglighet nödvändigt att ta i beaktande för att förstå den komplexa KSS rollen.

Istomina m.fl. gjorde 2011 en multicentrisk deskriptiv studie i Litauen beträffande sjuksköterskors kompetens och faktorer som är associerade med dessa. Data hämtades från 218 sjuksköterskor som arbetade på en postoperativ avdelning. Som instrument användes Nurse Competence Scale och the Good Nursing Scale for Nurses, båda utvecklade i Finland. Resultatet visade att den övergripande nivån av frekvens och användning av sjuksköterskans kompetens var hög. Sociodemografiska faktorer så som utbildning, erfarenhet, professionell utveckling, självständighet, trivsel i arbetet och evaluering av vårdkvalitet är faktorer som identifierades med begreppet kompetens. Konklusionen visar att viktiga kvaliteter relaterade till kompetens är samarbete med anhöriga, vårdande och stöd av vårdhandlingar.

En tvärsnittsundersökning med kvalitativa frågeformulär gjord av Lejonqvist, Eriksson och Meretoja (2011) hade som mål att syna bevis för hur klinisk kompetens visar sig i praktiken. Åsikter hämtades från utbildnings- och arbetslivet genom att rikta sig mot studerande, lärare och yrkesutövare. Frågeställningarna var hur klinisk kompetens är karakteriserad och upplevd, faktorer som medverkar till upprätthållande av kompetensen och relationen mellan klinisk kompetens och evidensbaserad vård. Resultatet analyserades med hjälp av innehållsanalys. I resultatet framgår att klinisk kompetens i arbetslivet innebär en fortgående process av kunskap, konflikthantering, prestationer, mognad och förbättring.

Australian Nursing Federation gjorde år 2006 en kartläggning angående sjuksköterskans kompetens för registrerade sjuksköterskor. Sjuksköterskan har en viktig roll gällande förbyggande av sjukdom genom evidensbaserad information och utbildning av specifika patienter och/eller patientgrupper. Detta kräver en bred kunskap både inom sjukdomsgruppen och även pedagogisk skicklighet. Det krävs en viss skrivkunnighet, koordinationsförmåga, förvaltningsförmåga och förmåga att verkställa eventuella utvecklingsmöjligheter för att säkerställa patientens säkerhet och vårdens kvalitet.

Hopia, Raappana, Perttunen, Tiikkainen och Liimatainen (2006) skriver att det i Finland är på tiden att föra aktiva diskussioner om vilka kompetenser som, utgående från utbildningsnivåer, förverkligas till arbetslivet. De berör även vikten av att klargöra vilken utbildningsnivå som bäst motsvarar det kontinuerliga utvecklingsbehovet inom vårdarbete. Sjukskötarnas och hälsovårdarnas vidsträckta kunskap betonar utveckling av arbetsfördelning och arbetsbild mellan olika sjukskötagrupper. Det vore viktigt att kompetens efter utförd utbildning säkerställs och registreras rikstäckande, även för att motivera till avanceringsmöjligheter inom karriären, se bilaga 2.

4.3 Rollen som mottagningsskötare

Sjukskötaren som sköter en mottagning (MSK) har specialkunskap inom det område mottagnigen berör. Arbetsuppgifterna är beroende på arbetsplats, sekreteraruppgifter förekommer dock till stor del på alla mottagningar. Uppgifterna är en viktig del i vårdprocessen eftersom MSK handhar och planerar patienten besök inför läkarmottagningen, se bilaga 1.

Daly och Carnwell gjorde år 2003 en struktur för de olika sjukskötarrollerna med avsikten att klargöra dessa. En utvidgning av rollen innebär ofta ett inbegripande av en speciell kunskap eller ett speciellt ansvarsområde som inte tidigare varit associerat med sjukskötarens roll. Ofta är det områden inom samma profession. Huvudtanken bakom en utvidgning av rollen är att tillgodose kontinuitet av viktiga aspekter vid ev. frånvaro eller vid ökat behov. Vid delegation av uppgifterna krävs inskolning och utvärdering av kompetensen. Självständigheten är limiterad till specifika uppgifter inom specifika parametrar. Ansvaret är utvidgat utöver den registrerade sjukskötarens kompetens på den elementära nivån. En sjukskötare på elementär nivå återfinns i en generell klinisk arbetsmiljö eller inom ett specialområde. Han/hon kan åta sig uppgifter för att förbättra aspekter för patientens vård och service.

Säilä (2005) berättar att när sjukskötare och läkare arbetar i par är sjukskötarens roll att koordinera vården och fungera som rådgivare för patienterna. Läkaren planerar undersökningar, medicinering och fortsatt vård, sjukskötare utför ordinationer och verkställer planeringen samt att informerar och ger råd till patienten. Läkare och sjukskötare är placerade i olika, men närliggande, utrymmen. Det ideala vore att ha rummen bredvid varandra med en dörr emellan.

4.4 Rollen som sjukskötare med specialmottagning

En sjukskötare på specialiserad nivå är en legitimerad sjukskötare med lämplig tilläggsutbildning. Specialistsjukskötarens kompetens är smalare än KSS och är mer utvecklad för att sköta specifika patientgrupper, se bilaga 1.

Expanding av rollen innebär att sjukskötare har, förutom kärnan i omvårdnad, större autonomitet och redovisningsansvar inom ett speciellt område med bredare aspekter. Många av aspekterna kan tidigare ha varit associerade med andra professioners domäner. Utbildningen och utvärderingen anses ofta vara mera formell och innebär medverkan av annan profession eller läroverk. Sjukskötare med specialmottagning har större autonomitet till den grad att han/hon har rätt att självständigt ordinera, justera och behandla inbegripande (interventioner) eller utföra behandling enligt kliniskt bedömning. Denna sjukskötare har en viss specialiserad vidareutbildning eller master och erfarenhet 3-5 år inklusive 6-12 månaders elementär praktik.(Daly & Carnwell, 2003).

Lindström (2003) återger en undersökning gjord av Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus angående arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården i de nordiska länderna. I de nordiska länderna, med undantag för Finland, har de lagstadgade hindren för arbetsfördelningen minskat i och med att läkares särskilda rättigheter har avlägsnats ur lagstiftningen för att säkerställa flexibiliteten. Framst har det hittills gällt att överföra uppgifter från läkare till den legitimerade vårdpersonalen, framför allt sjukskötare. Utvecklandet av arbetsfördelningen gäller självständig mottagningsverksamhet för sjukskötare och hälsovårdare samt det multiprofessionella samarbetet.

NHS education for Scotland har tillsammans med Macmillan cancer support (2007) utvecklat en ram för sjukskötare som arbetar inom onkologin, men den kan även gälla andra specialområden. De anser att en specialistsjukskötare är en person som har en högre grad av självständighet och ansvar än sjukskötare på elementär nivå i den kliniska miljön, eller behärskar ett av de olika områden i den kliniska miljön eller som skulle förvalta en eller flera serviceområden i en icke-klinisk miljö. Sjukskötare som utbildar sig till specialist nivå behöver erfarenhet, utveckling och möjligheter att öva i alltmer komplexa och krävande miljöer. Specialister som arbetar i specialiserade tjänster behöver också konstant tillgång till specialiserade utvecklingsprogram.

4.5 Rollen som avancerad klinisk specialistsjukskötare

Enlig Fagerström har en KSS, förutom grundutbildningen, en vidareutbildning på masternivå och arbetslivserfarenhet. Detta gör att hon/han självständigt kan bedöma, diagnostisera och sköta om vardagliga akuta behov. En KSS skall även vara kapabel att ta hand om och ansvara för kroniska tillstånd. Uppföljning och utvärdering av vården är en viktig del av en KSS arbete. Dessutom är förmågan självständigt arbete, grundkunskapen och bredden av kompetensen tillsammans med de personliga egenskaperna avgörande. (Fagerström 2011, s.71-74). Se bilaga 1.

Daly och Carnwell (2003) påvisar att när sjukskötarrollen utvecklas inbegriper det en helt ny roll som inte bara involverar uttjänning eller expanderings av rollen utan även en högre grad av klinisk självständighet. Behovet av rollen frambringas av nya krav, befintliga brister och ökat behov i patientvården och i hälsoresurserna. Även om det ofta involverar förvärvande av nya kunskaper och färdigheter bör man även komma ihåg den holistiska kvaliteten av vårdande. Resultatet av den nya rollen är att den fundamentala egenskapen och omfattningen i sjukskötarmottagningarna förändras. En utbildning på master- eller doktorsnivå krävs. Förberedande inför rollen innefattar en omfattande skolning inom professionsområdet och lagstadgad uppdatering, 5-10 års arbetserfarenhet och specialiserad praktik. Royal College of Nursing (2010) skriver att i det brittiska systemet ingår sju olika domäner för sjukskötaren; görande av patientens status,

sjukskötarpatient förhållandet, undervisande funktion, professionalism, förvaltning och medlande av hälsovårdssystemet, kulturell kompetens samt övervakning och försäkring av vårdkvalitet.

Carrier, Gardner, Dunn och Gardner gjorde 2007 en interpretiv (tolkande) forskning där de intervjuade 15 klinisk avancerade specialistsjukskötare från Australien och Nya Zeeland för att illustrera kärnan i deras yrkesroll. De identifierade tre komponenter; dynamisk praxis, professionell effektivitet och kliniskt ledarskap. Arbetet är driftigt och involverar en hög nivå av kliniska kunskaper och färdigheter i ett brett sammanhang. KSS demonstrerar en professionell effektivitet förhöjd av utvidgad, lagstadgad autonomitet. Rollen som en klinisk ledare framkommer som beredskap och förpliktelse att vara förkämpe både för patienterna och den egna professionen. Nieminen, Mannevaara och Fagerström (2011) berättar att en sjukskötare på avancerad nivå har en djupgående och bred tvärvetenskaplig kunskap, goda praktiska kunskaper, intuition och ett gott etiskt tänkande. Hon/han har även goda kunskaper inom ledarskap och kan delta i utvecklingen av organisationen.

Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne och Pinelli analyserar i sitt arbete 2004 sex (6) olika frågor som inverkar på introduktionen av KSS. Den första termen som definieras är avancerad vårdande verksamhet d.v.s. vad sjukskötaren gör i sin roll. Den andra frågan berör den avancerade kliniska verksamheten, den kliniska direktkontakten mellan vårdare – patient. Det tredje ämnet preciserar avancemanget vilket innebär en specialisering och utveckling av kunskap, färdighet och autonomitet. Fjärde problemet är klinisk avancerad vård, med andra ord hela gebitet av en specifik typ av vårdande, inklusive miljön och dess faktorer som påverkar rollens utveckling, implementering och evaluering. Femte problematiken innefattar KSS rollen, en mångfald av roller inom vilka sjukskötare fungerar på en avancerad praktisk nivå som kräver utbildning, praktisk erfarenhet och licensiering. Sista termen som reds ut är miljön och faktorer i miljön som påverkar den avancerade praktiska vården. Lokala utrymmen, organisationens struktur och kultur, samhället, värderingar, förväntningar, krav och ekonomi, alla dessa har en påverkan på hur rollen utvecklas i framtiden.

Jennings m.fl. (2007) evaluerar i sin retroperspektiva fallstudie genomslagningen av betydelsen av kompetent personal på en stor urban akutmottagning med Emergency Nurse Practitioner Candidates (ENCP) i förhållande till en akutmottagning utan KSS. Data samlades från patientens ankomsttid, väntetiden innan inkallelse till mottagningen, mottagningsbesökets längd och åtgärd. Patienterna valdes ut utgående från de vanligaste diagnostiska subgrupperna. Studien gällde väntetid och den tid patienten befann sig på akutmottagningen. ENCP gruppen bestod av 572 sjukskötare och där inkluderades alla patienter omhändertagna av KSS. Den andra gruppen bestod av 2584 personer och där inkluderades alla besökare som togs om hand enligt traditionell modell. Studien visade att väntetiden var signifikant kortare för de patienter som ingick i ENPC gruppen, i medeltal 12 minuter jämfört med 31 minuter. Även tiden på akutmottagningen var kortare i ENPC gruppen, i medeltal 94 minuter jämfört med 170 minuter. Studien visar att akutmottagningarna med KSS hade betydligt kortare väntetider och kortare totaltid för patienterna på mottagningen samt att rollen kunde utvidgas i framtiden.

Glasberg, Fagerström, Räihä och Jungerstam (2011) gjorde en evaluering av 17 nyexaminerade KSS i västra Finland. Sju (7) ledande skötare som arbetade med dessa KSS intervjuades ungefär ett år efter examinationen. Semistrukturerade intervjuer undersökte definitioner och beskrivningar på rollen, hur organisationen stödde KSS, informationen om den nya rollen, reaktioner från samarbetspartner och kollegor, framtida omfattning och tillvaratagande av KSS kompetensen. Data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Efter att ha läst igenom data ett flertal gånger, meningsfulla meningar och fraser identifierats och kodats samt kategoriserats i underkategorier blev resultatet delat i tre huvudkategorier. Det framkom att rollen fortfarande är under utveckling och det är en fortgående process för att forma rollen. Personalbrist, brist på resurser och organisatoriska förändringar bidrog till att fördröja processen. Trots detta var KSS ändå mera självständiga i sitt kliniska arbete och hade fått relativt fria händer att forma och utveckla sin egen mottagning. Någon effekt på läkarbördan fanns ännu inte att konstatera. Alla ledande skötare hade tillgodosett hälsovårdspersonal information om KSS rollen under avdelningsmöten men var osäkra på hur informationen distribuerats efteråt. Man upplevde att politiker och beslutstagare var positiva till den nya sjukskötarrollen men att kunskapen om den var sannolikt något

begränsad. Angående den framtida utvecklingen av rollen konstaterades intresse för att utveckla rollen men det skulle ta tid att ge den fullständigt spelutrymme. I Finland behövs en ny lagstiftning och full acceptans från läkarkåren för att kunna ge KSS möjligheten att utöva sitt yrke på ett mera självständigt sätt. Öppna vården och preventiv- och uppföljningsmottagningar skulle ha stor fördel av KSS. KSS skulle även vara ambassadörer för utvecklandet av evidensbaserad vård.

Wing-Yee m.fl. utförde 2011 en empirisk undersökning angående KSS rollen på en reumatologisk mottagning. Avsikten var att utvärdera effekten av ett en-timmes besök hos sjukskötaren och uppföljningssamtal. Urvalet bestod av totalt 439 patienter med osteoarthritis i händerna varav uppföljningsdata fanns tillgängligt för 195 av dessa. Bedömning av patienterna gjordes före besöket hos sjukskötare och 3 månader senare med hjälp av hand/smärta funktion, PCS (Physical Component Summary, summaindex för fysisk hälsa). Matchade tecken/McNemar test användes för att analysera olikheterna mellan standardvärden och uppföljningen med hjälp av ett frågeformulär med 13 frågor. Under besöken utförde KSS muskeloskeletal bedömning, formulerade och utförde vårdplanering, behandlade symtom, rekommenderade medicinsk behandling, remitterade patienter vidare till andra professioner, bedömde fysiska, mentala och sociala problem samt utvärderade patienternas kunskaper om den egna sjukdomen. Sjukskötaren gav dessutom information om sjukdomen, behandling och livsstils faktorer relaterade till den individuella patientens behov samt delade ut skriftlig information i form av broschyrer. Undersökningen visade att majoriteten av patienterna var nöjda med besöket men en viss försiktighet bör iakttas angående resultatet eftersom det finns viss risk att patienterna önskar vara till lags och därför svarar positivt på uppföljningsfrågorna.

4.6 Multiprofessionellt samarbete

Samarbetet mellan olika yrkesgrupper går under flera namn. I svenska används både multi- och mångprofessionellt samarbete. I engelskan förekommer dessutom uttryck som multidisciplinärt- och interdisciplinärt samarbete.

År 2006 gjorde Cowan m.fl. en komparativ kvasiexperimentell undersökning med 1072 allmänmedicinska patienter beträffande multiprofessionellt samarbete mellan läkare och KSS. Syftet var att utvärdera team-baserad planering, utskrivning och värdering efter utskrivningen mot sedvanlig vård och målet vara att minimera kostnader och tiden för avdelningsvistelser. Kontrollgruppen utövade sedvanlig vård medan experimentgruppen hade tre olika komponenter; en KSS som följde med patienterna under sjukhusvistelsen och 30 dagar efter utskrivningen, en chefsläkare och en annan läkare samt multidisciplinära ronder. Resultatet för multidisciplinärt samarbete var en kortare tid för sjukhusvistelserna i experimentgruppen (5 dagar i stället för 6) och lägre kostnader. Konceptet med KSS modellen var en heltäckande individuell planering av utskrivningarna medföljande hembesök, telefonkontakt och backup från läkare genom hela förväntade tiden för tillfriskning. Empiriska data för effekten av KSS och reducerade kostnader är dock bristfälliga. Det fanns inga skillnader mellan grupperna gällande återinskrivningar eller mortalitet. Teamarbetet visade sig framförallt vara en dynamisk och kreativ organisations process som introducerade en ny vårdmodell till den traditionella medicinska avdelningen.

År 2010 utförde O'Leary m.fl. en randomiserad jämförande studie med 159 deltagare med målet att analysera effekten av strukturerade interdisciplinära ronder och värdera samarbetet mellan personalen. Undersökningen jämförde en medicinsk undervisnings enhet mot en liknande enhet i liknande miljö. I interventionsgruppen kombinerades strukturerade former av kommunikation med ett forum för regelrätta interdisciplinära möten. Kartläggning gjordes av båda enheterna och de ombads klassificera kvaliteten på kommunikationen och samarbetet med en fem-stegs skala. Innehållet analyserades med hjälp av regressionsanalys för att värdera resultaten av längden på sjukhusvistelserna och kostnaderna. Resultatet visade att läkare på båda enheterna klassade samarbete och kommunikation med sjukskötarna till lika hög grad men i interventionsgruppen klassade sjukskötarna både kommunikation och samarbete högre än i sjukskötarna i kontrollgruppen, 74 % i interventionsgruppen mot 44 % i kontrollgruppen. Skillnaden förklaras med högre känsla av teamwork. Det fanns ingen större skillnad angående säkerhet, kostnader eller längd på sjukhusvistelserna och vidare forskning inom dessa områden behövs.

Braithwaite m.fl. (2012) utförde en fyraårig aktionsforskning över Australian Capital Territorys sjukvård för att stärka interprofessionell samverkan. De utvecklade 272 stora interventioner som omfattade 2407 ansikte mot ansikte möten med personal inom hälsovården. Personalens attityder undersöktes årligen med två olika skalor, Attitudes toward Health Care Teams och Readiness for Interprofessional Learning. Syftet med studien var att undersöka om initiativ, workshops och aktiviteter som stöds av interventionen uppnått sina mål, vårdpersonalens attityder mot yrkesövergripande inläring och interprofessionellt samarbete blev mer positiv och om personalen ansåg att interventionen hade uppnått sitt mål. Frågeformulär delades ut en gång per år i tre års tid. I slutskedet av studien bedömdes personalens uppfattning om projektmålen hade uppnåtts. Resultatet visar att i genomsnitt 33 % av personalen var överens om att målen hade uppnåtts, 10 % var av motsatt åsikt och 57 % höll sig neutrala. De var mest överens om att studien hade resulterat i ökad spridning av kunskap mellan yrken och förbättrad kvalitet på vården och minst att den interprofessionella rivaliteten hade minskat och kommunikation och tillit mellan yrken skulle ha ökat. Gruppernas svar indikerade att sjukskötare och administratörer uttryckte mer moderata inställningar medan läkarna hade mer extrema attityder.

5 Dataanalysmetod

I arbetet har deskriptiv kvalitativ innehållsanalys använts. Enkäter sändes ut och analyserades. Intervjuer gjordes för att komplettera enkäterna, data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Holme och Solvang (1991) säger att den kvalitativa forskningsprocessen stödjer sig på bestämda förutsättningar av kunskap och värderingar både hos forskaren och i forskningsmiljön. Processen och resultatet sker i konstant interaktion mellan teori och erfarenhet. Den kvantitativa delen har analyserats med hjälp av deskriptiv statistisk analys. För att förtydliga har diagram framställda från EXCEL använts. Nedan följer en beskrivning av metoderna.

5.1 Urval

Informanterna till studien valdes utgående från poliklinikerna på den medicinska klinikgruppen. Antalet enkäter som sändes var utgående från det antal sjukskötare som rapporterades från avdelningsskötarna på respektive poliklinik. Enkäterna fanns tillgängliga på båda inhemska språken. Den sammanlagda mängden enkäter som sändes ut var 45 stycken. Alla informanter hade en arbetsrelation till det aktuella centralsjukhuset. Eftersom svarsprocenten var 67 % ansåg respondenten sig vara nöjd och ingen bortfallsanalys gjordes.

5.2 Enkät

Trost (2010 s.9) berättar att Enquête egentligen betyder "rundfråga". Enkäter liknar till stor del intervjuer med den stora skillnaden att den som svarar på frågorna själv skriver ner sina svar på ett eller annat sätt och ingen intervjuare är närvarande. Vid enkätundersökningar är det viktigt att forskaren noga analyserar vilka frågor som skall ingå och varför. Nästa steg är att undersöka om frågeområdet redan studerats i andra undersökningar. Frågeformuläret måste även testas ur validitets- och reabilitetssynvinkel genom en pilotundersökning.

Enligt Olsson och Sörensen, (2007 s. 90-94) byggs en enkät upp genom de variabler som skall studeras och därefter konstrueras rätt antal frågor, endast de frågor som är relevanta för forskningens syfte tas med. Dispositionen är viktig, enkla, icke-provocerande och naturliga frågor kommer först. Viktigt är också att frågorna kommer i logisk ordning och att enkäten ser inbjudande ut. Negationer bör absolut undvikas. När formuläret är klart skickas det ut till en viss utvald grupp, dvs. pilotundersökningen. Ett visst bortfall förekommer nästan alltid, av olika orsaker vill inte alla personer delta (externt bortfall) eller så är det ett bortfall på endast vissa frågor (intern bortfall). Bortfallsanalyser bör då göras för att undersöka om bortfallet på något sätt påverkar resultaten.

5.3 Semistrukturerad Intervju

En intervju är en kommunikation som förmedlar kunskap, åsikter, erfarenheter, upplevelser och värderingar. Förmedlingen sker både på ett medvetet och omedvetet plan. En intervju är inget vardagligt samtal eftersom den har en fast rollfördelning och syftar till att ha ett värde. En intervju har alltid ett element av förberedelse. Intervjuaren styr samtalet i en viss riktning och belyser de teman som är aktuella. I en semistrukturerad intervju finns frågor uppsatta redan från början. Eftersom syftet i en forskningsintervju är utstuderat får intervjupersonerna relevanta och likartade temafrågor. Efterarbetet med tolkningen underlättas eftersom uppsättningen av intervjuerna är strukturerade och därmed kan intervjuerna bearbetas och jämföras med varandra. Den här typen av intervju kallas kvalitativ intervju. (Jakobsen, 1993, s. 10-11, 18-19).

I jämförelse med intervju som datainsamlingsmetod har enkäter både för och nackdelar. Fördelar är bland annat kostnader och anonymitet. En enkät är i allmänhet billigare och mindre tidskrävande när det gäller administrationen. De kan även sändas ut över större geografiskt område och till flera personer. Anonymiteten kan vara betydande i vissa fall, enkäter är helt anonyma till skillnad från observationer och intervjuer. Bortfallet är mindre i frågor som är känsliga eller socialt oacceptabla. Vid en intervju måste intervjuaren vara helt neutral, vilket är mycket svårt att åstadkomma eftersom respondenten och intervjuaren är interaktiva som människor och detta kan återspeglas i resultatet. Semistrukturerad intervjumetod valdes på grund av dess möjlighet att ge tillfälle för intervjupersonerna att uttrycka sig fritt och uttömmande med vägledning av öppna frågor och följdfrågor, men samtidigt ge intervjuledaren möjlighet att styra intervjuens gång för att säkerställa att inga aspekter av studiens syfte lämnades obesvarade. (Polit & Beck, 2008, s. 350-351, 394).

5.4 Deskriptiv kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ forskning är tolkande samhällsvetenskaplig forskning och innebär att forskaren gör en analys av data från exempelvis intervjuer och enkäter med öppna svar. Kvantitativ forskning är den typ av forskningsmetod där statistiska resultat

eftersöks. Innehållsanalys kan göras med många olika tekniker och metoder, antingen kvalitativt eller kvantitativt. Deskriptiv (beskrivande) statistik sammanfattar ett stort material till några få siffror, detta för att underlätta för läsaren. Analysen kan göras deduktivt dvs. utifrån en bestämd modell. Analysen kan även göras induktivt dvs. genom att forskaren utgår från innehållet i texten. Innehållsanalys består av olika delar; analysenhet (föremål för studien), domän (området för analys), meningsenhet (det gemensamma budskapet i texten), kod (den i hoppresade meningsetheten), kategori (kodgrupper med liknande innehåll) och tema (den röda tråden). (Henriksson, 2012, s. 306, 330-333).

Polit och Beck (2008, s. 517-518) säger att innehållsanalys innebär identifiering av teman och mönster ur innehållet i berättande data och lämpar sig väl för vårdforskning. Forskaren måste bryta ned data till små enheter och sen gruppera materialet enligt gemensamma kategorier. Enligt Eriksson (1992) måste kommunikationsinnehållet vara meningsbärande för att innehållsanalys överhuvudtaget skall vara givande. Avskiljandet av föremålet för analysen är beroende på hur bred och djup definition som ges av innehållet i kommunikationen.

5.5 Genomförande

Enkäten utvecklades i samarbete med uppdragsgivaren, möten hölls där enkäten diskuterades och förändringar gjordes. Sjukskötarna på poliklinikerna inom den medicinska klinikgruppen fick enkäten sänt direkt till polikliniken gruppvis för att behålla anonymiteten och för att respondenten inte kunde präglas av svaren. Brevet innehöll förutom enkäten (bilaga 3) en inbjudan till deltagande där syftet för studien presenterade (bilaga 4). Enkäterna returnerades genom den interna posten direkt till respondenten inom två veckor. Alla enkäter returnerades inom den utsatta tiden. Enkäterna kodades och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. För säkerställning av enkätens duglighet gjordes en enkätundersökning., svaren visade vilka frågor som borde omformuleras för att undvika missförstånd, några frågor togs också bort. Alla i pilotundersökningen lämnade in sina svar.

Eftersom svaren från enkäterna inte innehöll tillräckligt djupgående svar gjordes även semistrukturerade intervjuer. Till intervju valdes två mottagningssjukskötare och en med specialmottagning. Intervjuerna bandades och dokumenterades. Intervjuerna tog ungefär 30 minuter i anspråk. Intervjuerna innehöll öppna frågor, följdfrågor som "kan du specificera" och "hur menar du"? ställdes vid behov. Intervjuerna utfördes vid olika tillfällen. Inga namn nämndes för att säkerställa anonymiteten, banden förstördes efter dokumenteringen. Respondenten valde att utföra intervjuerna vid olika tillfällen för att innehållet skulle motsvara behov och önskemål och för att informanterna inte skulle influeras av varandras åsikter. Resultatet av intervjuerna presenteras i bilaga 1.

6 Etiska riktlinjer

Forskningsetik är de etiska reflektioner som forskaren gör före och under verkställningen av det vetenskapliga utförandet. Under hela projektet finns en etisk dimension i varje handling, känsla för etik krävs alltigenom. Forskaren skall undvika att informanterna utnyttjas, skadas eller såras. Helsingforsdeklarationen, utarbetad av World Medical Association, är den mest betydelsefulla och ansedda av alla riktlinjer gällande medicinsk klinisk forskning. Behovet av ny kunskap balanseras mot risker och fördelar med studien. (Henriksson, 2012).

Respondenten har tagit hänsyn till de etiska riktlinjerna och utgått från god etisk kutym. Integriteten hos informanterna har bevarats genom att enkäterna varit anonyma. Materialet har framställts så att ingen kan pekats ut, inga namn har nämnts. Deltagandet har varit frivilligt, inbjudan till deltagandet sändes per post där information om syftet med arbetet presenterades. Resultatet presenterades på gruppnivå för att säkerställa anonymiteten och för att offentliggörande av materialet inte skulle kunna innebära skada för någon individ. Resultatet av arbetet skall kunna tillämpas på polikliniker för att tydliggöra kriterierna för sjukskötare samt att stå som grund för framtida utveckling poliklinisk verksamhet. Tillstånd för examensarbetet skedde genom anhållan till medicinska klinikgruppens ledningsgrupp. Kontakt togs med avdelningssköterna på de olika poliklinikerna inför utsändningen av enkäterna för att få deras godkännande för deltagandet.

7 Resultat

I följande kapitel redovisas resultatet av undersökningen. De kvalitativa och kvantitativa svaren redovisas tillsammans för att få sammanhanget tydligt framställt. Svartsprocenten var 67 % (n=30). De sjukskötare som arbetar som mottagningskötare var 19 till antalet, sjukskötare med specialmottagning 7 stycken och KSS var 4 stycken. Enkäterna sändes till 5 olika enheter inom den medicinska klinikgruppen, svarstiden var 2 veckor.

Utifrån svaren från de öppna frågorna har olika kategorier kategoriserats med hjälp av innehållsanalys. Huvudkategorierna skrivs med ***fet kursiverad stil*** och underkategorierna och citat skrivs med *kursiverad stil*. För att särskilja citaten används "citationstecken." Kvantitativa data presenteras med grafiska figurer. Resultatet från informanterna från de olika grupperna presenteras tillsammans, respondenten har valt att betona olikheterna mellan grupperna i den löpande texten. För att särskilja svaren sätts en förkortning efter citaten inom parentes. Citat från mottagningskötarna (MSK), sjukskötare med specialmottagning (SMSK) och KSS särskiljs. Samma förkortningar återfinns i diagrammen.

I resultatet lyfts fyra huvudkategorier fram, den första huvudkategorin berör **upprätthållande av kunskaper och färdigheter**. Informanterna betonade *skolningsdagar*, vikten av att själv *studera*, och även *konferenser* uppgavs vara en viktig källa för att samla kunskaper och färdigheter. **Avancerade sjukskötarpuppgifter** berörde främst sjukskötare med specialmottagning och de kliniskt avancerade specialistsjukskötarna. Till deras roll hade *mellankontroller* och *medicinändringar* tillkommit. Den **patientcentrerade vården** betonades, det *multiprofessionella samarbetet*, patientbesöket inne hörande, *bemötandet*, *respekt* och *förhållningssätt* betonades samt *patient informationen*. **Vårdkedjan** ansåg informanterna lämnade mycket att önska, *helhetsansvar* för sjukskötaren var en ledstjärna i vårdkedjan. Även *Kontaktpersoner* och gemensamma *informationstillfällen* med primärhälsovården efterlystes.

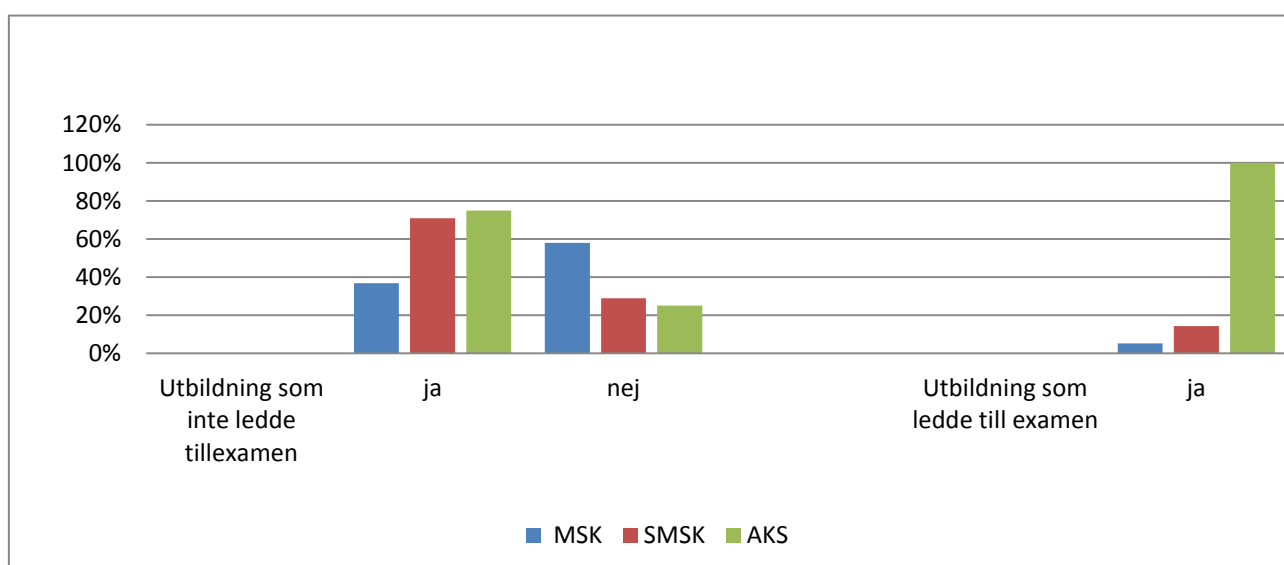
Eftersom centralsjukhuset är tvåspråkigt har respondenten valt att inte översätta citaten utan redovisar dessa på informantens eget modersmål. I början av kapitlet presenteras informanternas svar på enkätterna från de olika grupperna. För att komplettera enkätterna utfördes även intervjuer med två mottagningskötare och en

sjukskötare med specialmottagning. Intervjuerna redovisas i tabellen i bilaga 1. Till bilaga 1 har även delvis uppgifter från enkäterna och tidigare forskningar hämtats.

Mottagningsskötarna hade en sammanlagd arbetserfarenhet på 6 år. Flera av informanterna hade nyligen inlett arbetet på nuvarande arbetsstation och hade en arbetserfarenhet på 2 månader medan andra hade en arbetserfarenhet på 27 år. Examensåren varierar mellan 1977 och 2011. Av de 19 informanterna hade 7 stycken meddelat att de har en fortbildning som inte ledde till en examen, 1 hade en fortbildning som ledde till examen.

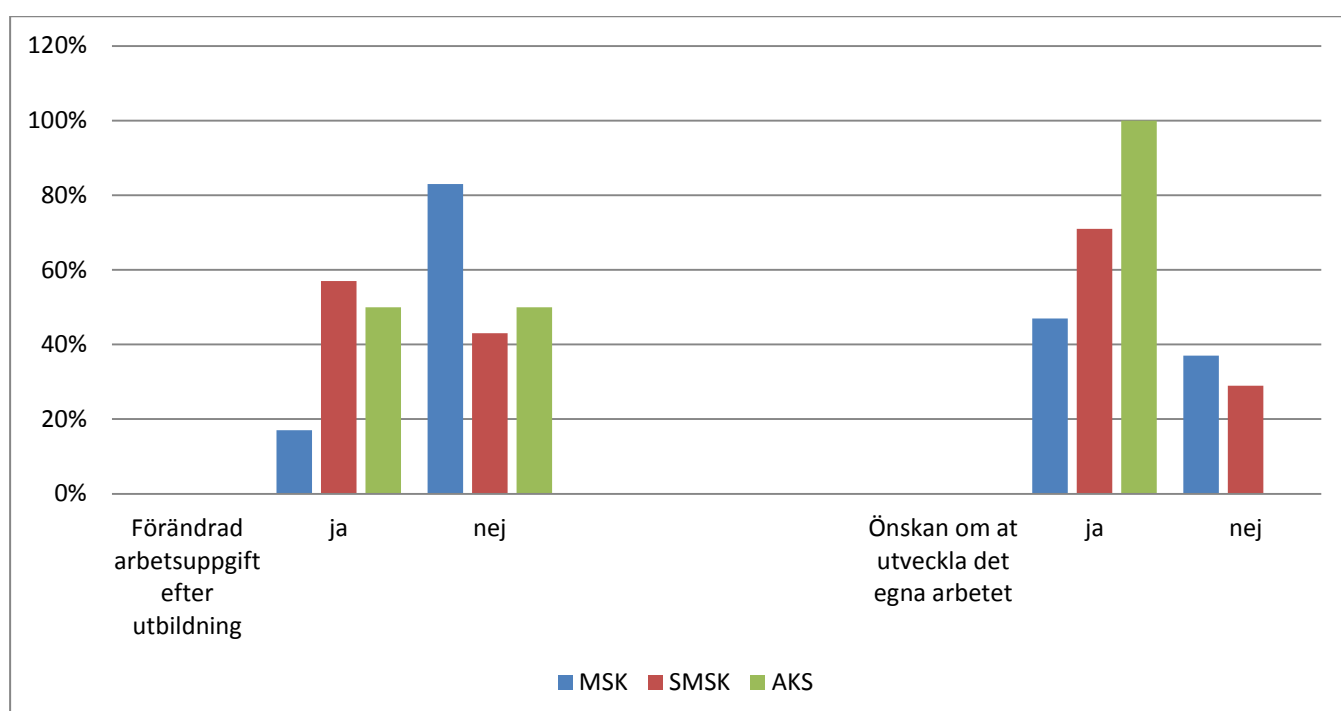
För sjukskötarna med specialmottagning var den sammanlagda arbetserfarenheten 5.8 år. Två informanter hade nyligen påbörjat sina arbetsuppgifter och hade arbetat ungefär ett år med egen mottagning. Den informant som hade arbetat med egen mottagning längst hade en 12-årig arbetserfarenhet. Examensåren varierade mellan 1981 och 1997. Två av informanterna hade en fortutbildning på 30 sp och en var expertsjukskötare med en utbildning på 60 sp. Ingen av utbildningarna ledde till examen. Övriga hade fått arbetsplatsskolning och hade genomgått mindre interna och externa skolningar.

Fig.1 Utförd utbildningar



Av de kliniskt avancerade specialistsjukskötare hade alla, förutom en, arbetat inom samma specialområde mellan 5-20 år, dock inte som KSS. En hade fått helt nya arbetsuppgifter för drygt ett år sedan. Examensåren varierade mellan 2009 och 2012. Samtliga hade utfört komplettering till Högre Yrkeshögskolan, total 60 sp, tre hade dessutom utfört utbildning till expertsjukskötare, 60 sp. En av informanterna uppgav att arbetsuppgifter förblev oförändrade efter utförd utbildning. Alla tre grupperna hade en stark önskan om att få utveckla sitt eget arbete.

Fig.2 Förändrade arbetsuppgifter efter studier



7.1 Upprätthållande av kunskaper och färdigheter

En stor del av uppgiftslämnarna inom gruppen för mottagningsskötarna upprätthöll aktivt sina kunskaper och färdigheter genom att delta i de *skolningsdagar* som ordnas av enheten. Främst de interna skolningarna uppgavs som viktiga men även de externa skolningarna nämndes. En del informanter i gruppen med mottagningsskötare uppgav att de utöver skolningarna också läser aktuella artiklar och facklitteratur. En av informanterna uppgav även studier utöver arbetstiden.

Den egna aktiviteten var viktigt. Intresset för att delta i olika projektarbeten för vårdutveckling på arbetsplatsen fanns i alla tre grupperna. Några deltog redan i projektarbeten.

Även informanterna som hade egen mottagning och KSS upprätthöll sina kunskaper och färdigheter genom att *studera* forskningar och artiklar. En informant höll som bäst på med en utbildning inom sitt specialområde som arbetsgivaren delvis betalade. Utbildningen skedde på annan ort i Finland. KSS uppgav även *konferenser* som betydelsefulla tillfällen att upprätthålla sina kunskaper.

”Työpaikkakoulutuksiin, seuraamalla alan tutkimusta” (MSK)

”Genom att själv läsa och delta i olika skolningar.” (SMSK)

”Deltar i skolningar, försöker vara med då läkaren undersöker patienter och genom att själv kritiskt granska och följa upp det egna arbetet”. (KSS)

”Skolningar, konferenser både inom avancerat kliniskt vårdarbete och allra främst inom specialområdet” (KSS)

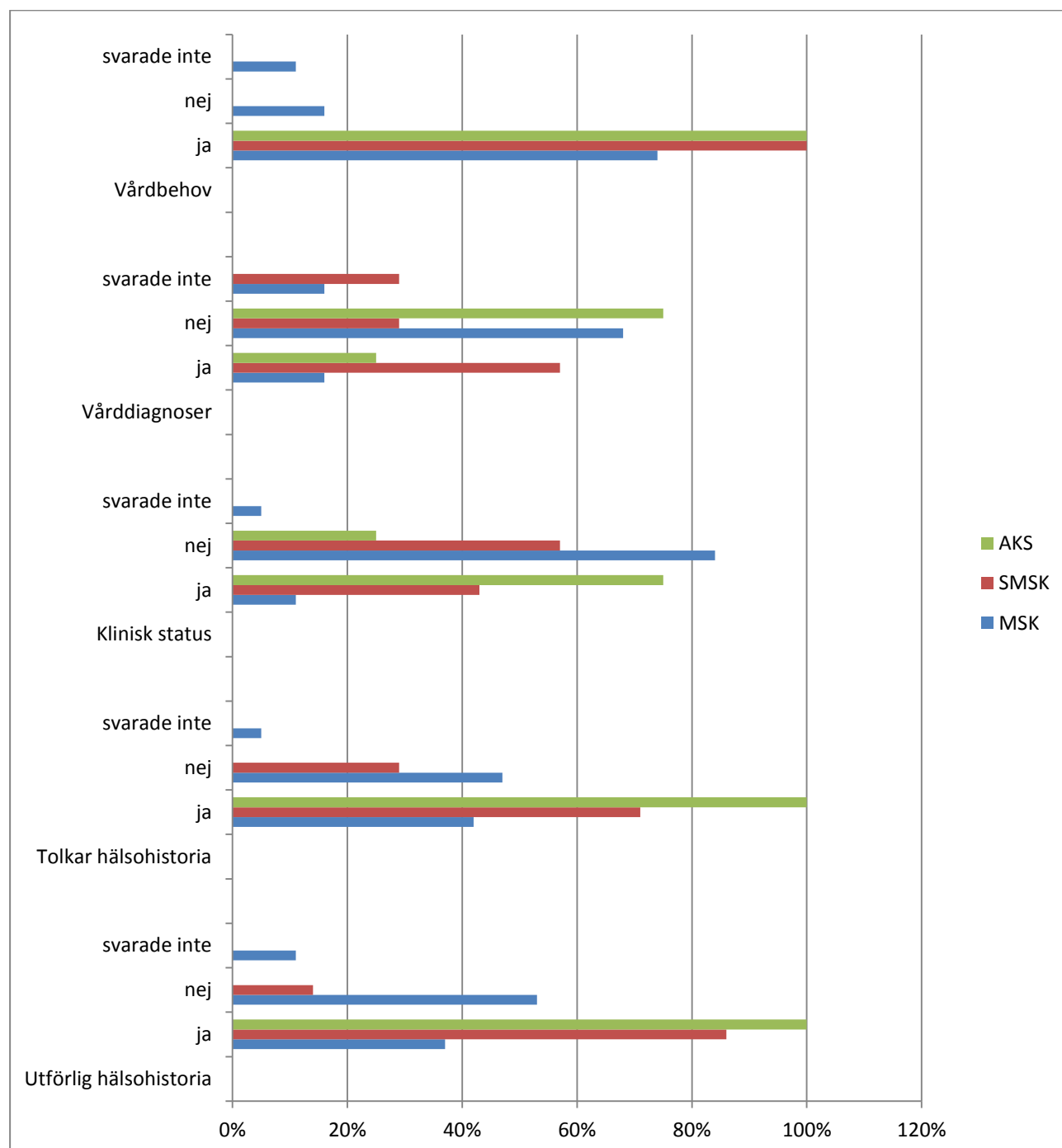
7.2 Avancerade sjukskötaruppgifter

Avancerade sjukskötaruppgifter innebär att specifika uppgifter överflyttats från läkare till sjukskötare enligt fortbildning och kompetens. Det är främst sjukskötare med specialmottagning och KSS som berörs av detta.

I enkäten framkom att i gruppen med mottagningsskötare hade en av informanterna fått rätt att ordinera specifika ordinationer till teknisk apparatur. Två informanter tolkade blodprov, bestämda röntgensvar och informerade patienterna angående dessa, hon/han bedömde även till en viss del vårdbehovet. En tredje informatör förstod inte frågan medan en fjärde ansåg frågan egendomlig eftersom läkaren är ansvarig för vården och informatören som sjukskötare inte utför åtgärder som hör till läkarens uppgifter. Bland sjukskötare med specialmottagning

och KSS uppgav tre att till deras arbetsuppgift hörde *mellankontroller*, dvs. patienten kallades till ett mottagningsbesök till sjukskötare i stället för att patienten besökte läkare.

Fig. 3 Utförande av avancerade sjukskötarpågifter



Mellankontrollerna skedde en till två gånger per år och gällde patienter med kroniska sjukdomar. Detta ledde till kortare kö och minskade läkarnas arbetsbörda. Att göra förändringar i patienternas *medicinering* var den uppgift de flesta i gruppen hade fått överfört till sin arbetsuppgift. Att optimera och justera doseringen på specifika mediciner för att få bästa möjliga verkan av läkemedlet, kontrollera laboratorieresultat och implementera detta i vården fullföljdes av alla i gruppen. Ingen hade fått kriterierna för dessa uppgifter i utförlig skriftlig form. Utrymmen som var funktionella för arbetsuppgifterna efterlystes.

”Ändamålsenliga utrymmen så att jag som KSS kan utföra det arbete jag är utbildad för” (KSS)

”Vissa medicinändringar på mitt område, vissa laboratorie svar, 1-2 patientbesök per år” (MSK)

”Medicinoptimering och justering, kontroll av blodprover, bedömning av patienter, uppföljningsbesök” (KSS)

Informanter med specialmottagning och KSS konsulteras av övriga medarbetare i större skala än mottagningsskötarna. Största delen av informanterna inom gruppen KSS och sjukskötare med egen mottagning konsulterades allt från dagligen till varje vecka. En informant berättade att en tredjedel av dagen användes till telefonrådgivning, en annan hade en timmes telefontid dagligen. En informant beklagade att konsultationerna inte förekom särskilt ofta. Konsultationerna härstammade främst från hälsovårdscentraler, både läkare och annan vårdpersonal. Övriga bäddavdelningar på centralsjukhuset rådfrågade både genom telefonsamtal och genom att informanten besökte avdelningarna för att informera både patienter och personal. Mottagningsskötarna konsulteras inte med frågor på samma nivå som sjukskötare med specialmottagning och KSS. Frågorna i deras fall rör sig mest frågor från hemsjukvården och anhöriga angående blodprover, medicineringen och fortsatt vård.

”Joka päivä tulee min 1 puhelu, kotisairaanhoido, kotisairaala, osastot, joskus TK:t” (MSK)

”HVC och olika avdelningar inom området” (SMSK)

”Avdelningar, primärhälsovården, läkare, kollegor, specialmedarbetare (KSS)

Alla sjukskötare utför arbete som inte är på högre eller avancerad nivå. I alla tre grupperna ansåg de flesta att arbetsfördelningen mellan sjukskötare och sekreterare flutit ihop och borde separeras och tydliggöras. Många fann att det inte fanns tid att planera utveckling av arbetsuppgifterna eftersom sjukskötare också utför sekreterarbete. Informanterna utvecklade däremot inte i enkäten vad de ansåg vara sekreterarbete. Önskemål om en fungerande rotation på arbetsplatsen för att upprätthålla och utveckla kunskaper framkom. Två av uppgiftslämnarna var så nya på sitt område att de ännu inte hunnit reflektera över utveckling av arbetet, de befann sig fortfarande i inlärningsfasen.

7.3 Patientcentrerad vård

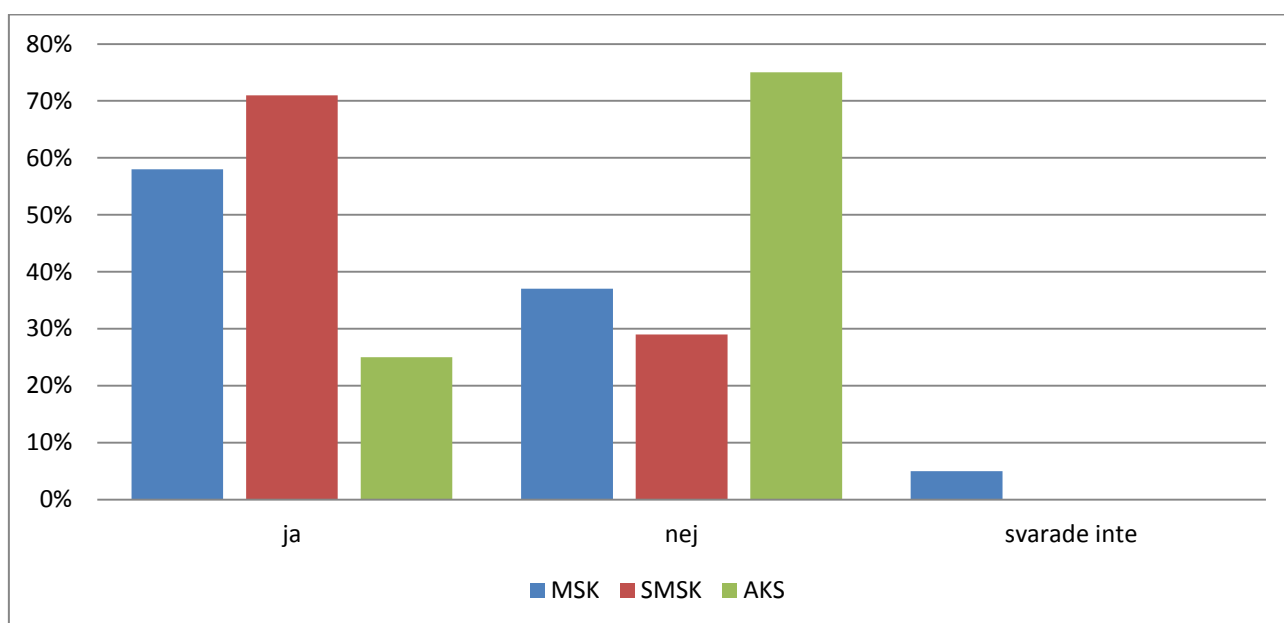
Alla betonade den patientcentrerade vården. Patienten skall sättas i centrum av vården och bemötas värdigt och empatiskt. Förhållningssättet gentemot patienter, anhöriga och kolleger hör till det etiska tänkandet. Respekt för individen och dennes behov samt att bemöta andra som man själv vill bli bemött betonades. *Interprofessionellt samarbete* innebär samarbete mellan yrkesgrupperna och upplevedes som väldigt viktigt. Betoningen låg på att alla gör ett likvärdigt arbete för att kunna ge patienten bästa möjliga vård på alla sätt.

”Ett bra och effektiv teamarbete, tydlig fördelning med rätt resurs på rätt arbetsuppgift enligt kompetens och examen” (KSS)

”Yhteistyö yksikön sisällä ja ulkopuolella eri ammattiryhmien kanssa ilman rajoja.” (MSK)

Konsultationer av läkare och andra grupper skall vara problemfria, det skall kännas enkelt att ringa och diskutera gemensamma problem. Regelbundna möten med alla involverade partner ledde till öppna diskussioner och god "vi-anda". Även primärhälsovården och olika föreningar nämndes som viktiga aktörer i ett multiprofessionellt sammanhang. Ingen av informanterna gav ett direkt svar på frågan hur det multiprofessionella samarbetet kunde förbättras, men de flesta önskade förbättringar. Enligt resultatet från enkäten var viljan att utveckla arbetsmomenten i alla tre grupperna stark, starkast i KSS gruppen.

Fig. 4 Åsikter angående tydlig arbetsbeskrivning



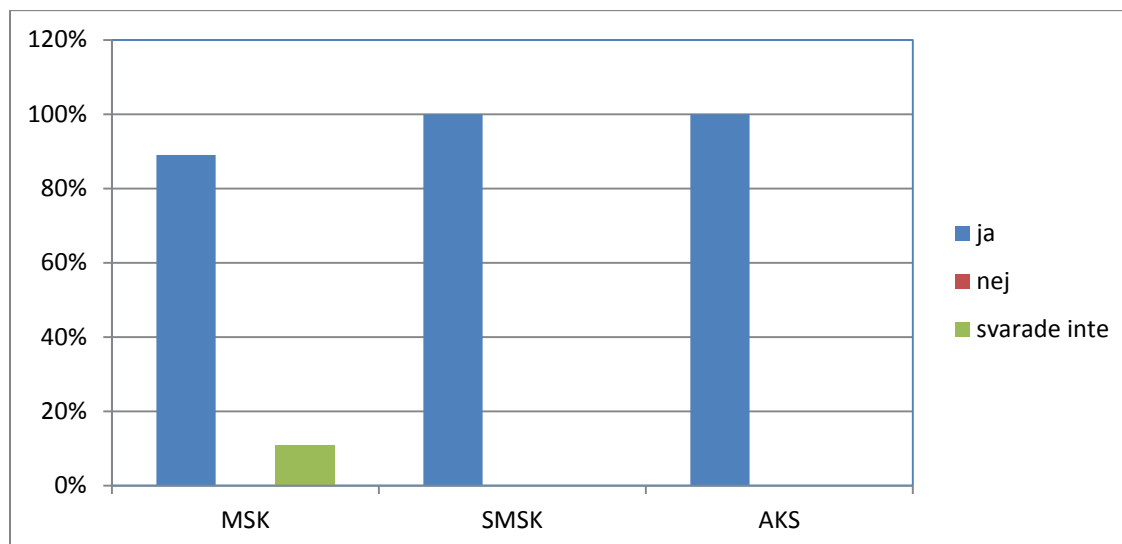
De informanter som arbetade som mottagningsskötare ville främst ha en tydligare skillnad mellan sekreterarnas och sjukskötarens roller. De informanter som hade specialmottagning och KSS visade främst vilja att utveckla patientbesöket för att förbättra patientvården och underlätta vårdprocessen. Endast en informant uppgav sig vara nöjd med aktuella arbetsuppgifter. En av informanterna ville ha mera patientbesök till sjukskötare i samband med läkarbesöket. En annan eftersträövade en möjlighet att träffa patienten redan under tiden denne var inskriven på sjukhusets vårdavdelning i början av vården.

För att förkorta processen och minska väntetiderna för patienten önskades även möjlighet för KSS att kunna remittera patienter till specialmedarbetare så som näringsterapeut, psykolog etc. *Patientinformationen* och patienthandledningen lyftes fram som en väsentlig uppgift i sjukskötarens arbete. Figur 4 visar hur många procent av informanterna som utför patienthandledning i sitt arbete.

"Mera patientinformation" (SMSK)

"Ha möjlighet att träffa patienten redan på avdelningen, för tillfället träffar jag pat. först efter 1-2 mån" (KSS)

Fig.5 Utförande av patienthandledning på mottagningen



De uppgifter som ges ut skall vara sakliga och lätta för patienten att förstå, det ansågs vara på vårdarens ansvar att säkerställa att patienten uppfattar innebörden i informationen. Informationen bör vara korrekt och ge möjlighet till egna val och samtalet skall vara öppet. Ett värdigt *bemötande* och att ge vård och information på patientens eget modersmål kändes angeläget för informanterna.

”Kohtelee kaikkia potilaita tasapuolisesti taustasta riippumatta, kuuntelee potilasta ja antaa tämän osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon.” (MSK)

”Att på ett värdigt och empatiskt sätt bemöta patienten” (SMSK)

Respekt för individen visades genom att patienten får vara delaktig i beslut rörande den egna vården och att vårdarna bör aktivt lyssna på patienter och ta dennes önskan i beaktande. Jämlikhet uppfattas som angeläget eftersom alla har rätt till god vård oavsett sjukdom, individen bakom sjukdomen skall beaktas. Att lyssna på patienterna och att verkligen vara närvarande under mötet framhölls. Till majoriteten av informanternas arbetsuppgift hörde patienthandledning.

Tystnadsplikten nämndes av majoriteten som ytterst viktig. *Förhållningssättet* gentemot patienter, anhöriga och kolleger hör till det etiska tänkandet. Respekt för individen och dennes behov samt att bemöta andra som man själv vill bli bemött betonades. Trygghet för patienten innebar att vården gavs av en kompetent givare och inom ramarna för den egna kunskapen. De ordinationer läkaren gör bör verkställas snarast och på ett korrekt tillvägagångssätt. En god vård leder till trygghet för patienterna.

”Patienten bör få god information och möjlighet till val av vård.” (KSS)

”Tystnadsplikt, patientbemötande.”(KSS)

”Det handlar om mitt förhållningssätt mot patienten och övriga medarbetare jag möter. Ett bredare och större ansvar när kunskaperna och förståelsen är på bredare bas och djupare nivå.” (KSS)

7.4 Vårdkedjan

Vårdkedjan mellan olika instanser underströks i alla grupperna. Vårdkedjan bör vara så fri från försvårande omständigheter som möjligt. Informanterna betonade att ansvar innebär helhetssyn på patienten och dennes vård, *helhetsansvaret* ligger till stor del på sjukskötarna. En informant påpekar vikten av att det fanns personal på plats som behärskar specialområdet i den mån att patienten inte lämnas ensam med sina frågor även om den aktuella sjukskötaren inte finns där. Ansvar mot kollegor framträdde också. Att ta ansvar är att inse sina egna begränsningar och befogenheter. Förmågan att planera arbetet och utvärdera resultatet är en del av helhetsansvaret, vilket betonades främst av respondenterna med egen mottagning och KSS.

"Ett helhetsansvar i patientvården, att förstå mina egna begränsningar och befogenheter." (SMSK)

"Självständig ledning, evidensbaserad vård, god helhetsvård" (KSS)

"Ansvar över sina arbetsuppgifter, ansvarar gentemot patienter och arbetskamrater" (SMSK)

Gemensamma möten skulle sänka tröskeln och kontakten inom vårdkedjan skulle bli mera bekymmersfri. *Kontaktpersoner* inom specialområden i alla kommuner inom distriktet efterlystes, muren att ringa till en specifik person upplevdes som lägre än att kontakta en okänd person. *Informationstillfällen*, regelbundna gemensamma skolningar och regelbunden kontakt beträffande medicinering, blodprover och uppföljning för olika organ skulle vara önskvärt.

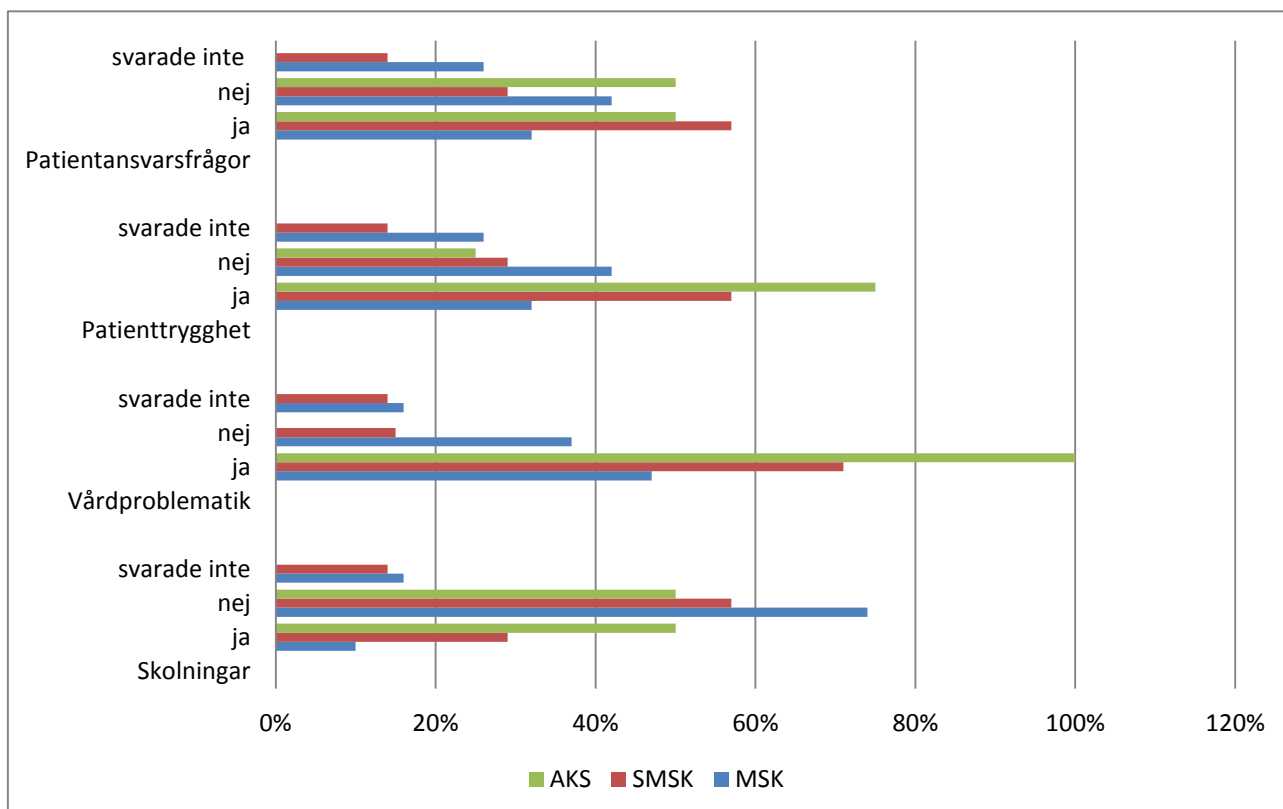
"Kontaktperson för patienter inom primärhälsovården i alla kommuner inom distriktet" (MSK)

"Informera/ordna informationstillfällen gällande medicinering, prover, uppföljning" (MSK)

"KSS kunde vara den person som leder samarbetet, även utvecklar och uppdaterar enligt ny evidens. Planerar skolningstillfällen, besöker primärvårdsvården för "vård-meeting" besök, kontaktperson i vårdkedjan" (KSS)

En informant ansåg att remisshanteringen inte fungerade optimalt, viktig information så som behov av tolk och kontaktuppgifter saknas ofta och informanten var tvungen att ringa upp för att vetskap uppgifterna. En annan informant påpekade att gemensamt datasystem skulle underlätta informationsflödet väsentligt, en annan informatör hade redan kontakt med primärvården och önskade arbeta för förbättring och utvecklande av redan befintlig vårdkedja. Endast en informant uppgav att vårdkedjan redan fungerar väl. En informant upplevde det viktigare att först få vårdkedjan inom specialistsjukvården att fungera bättre först innan denne kunde koncentrera sig på övriga vårdkedjor.

Fig.6 Uppgifter om samarbete med primärvårdsvården



8 Tolkning

I följande kapitel tolkar respondenten resultatet mot tidigare forskning och de teoretiska utgångspunkterna.

Resultatet av studien visar att sjukskötarrollen är komplex, det är upp till utövaren själv att utvecklas som sjukskötare och att självständigt utveckla sin mottagning. Fagerström (2011) skriver att graden av självständighet är avgörande vid gränsdragningar för hur avancerad roll sjukskötaren bör ta. Sjukskötarens expertkunskap, kliniska kunskaper och omdömesförmåga bör vara normer vid planering och implementering av autonomi inom sjukskötarrollen. Motivation och individuell duglighet, personliga kvalifikationer och beslutsamhet samt kompetens är viktiga attribut hos en sjukskötare med utvidgat ansvar. Gardner, Hase, Dunn och Carryer (2008) skriver att både kompetens och duglighet måste tas i beaktande i utformande av sjuksköterskerollen. Elsom, Happel och Manias (2006) hävdar rollerna kan komplettera varandra och därmed fylla olika funktioner. Därför bör olika roller finnas och implementeras enligt efterfrågan.

Respondenten menar att det tydligt framkommer i studien att majoriteten av informanterna håller sin kompetens uppdaterad genom olika varianter av skolningar och utbildningar. Benner (1993, s. 25, 48-49, 200) menar att kännetecknande för kompetens är en medveten planering som dikterar vilka infallsvinklar som bedöms vara av vikt både i den aktuella och i framtiden kommande situationer. De mindre viktiga aspekterna lämnas bort. Hon säger att erfarenhet inte bara är antalet tjänsteår eller ålder. Erfarenhet är närmast en process där tidigare uppfattning och teori förädlas genom möte med praktiska situationer vilket ger flera nyanser eller betydelseskilnader till teorin. Teori och forskning uppkommer i praktiken → experternas praktik. Klinisk kunskap skaffas med tiden men ofta är sjukskötaren själv omedveten om sina införskaffade kunskaper, det krävs strategier för att kunskaperna skall kunna utvidgas och förädlas. Istomina m.fl. (2011) berättar att sjukskötarkompetensen är ett hett ämne för debatt just nu, men det behövs fördjupning i de faktorer som är ihopkopplade med denna. Utbildning, erfarenhet och utveckling av arbetet är viktiga faktorer för utvecklande och bevarande av kunskaper och kompetens. Resultatet visar även att majoriteten av informanterna ville utveckla det egna arbetet.

I undersökningen kommer det fram skillnader mellan de olika gruppernas praktiska arbete. Sjukskötarna med specialmottagning och KSS utför uppgifter utöver sedvanligt sjukskötarbete; de optimerar mediciner, tar klinisk status på mellankontroller och dokumenterar dessa samt att de konsulteras på en högre nivå. Deras arbete är självständigt och ansvaret större. Det förekommer ändå en nivåskillnad mellan de olika grupperna, skillnaderna syns tydligt i bilaga 1.

Ju högre utbildning desto autonomare arbete, dock alltid i nära samarbete med läkare. Larkin (2003) menar att sjukskötare på avancerad nivå är bättre kvalificerade att ta hand om komplexa patientfall eftersom de har tilläggs-kunskaper i patofysiologi, farmakologi och diagnostiserande teknik. De har även avancerad praktik inom forskning och evidens-baserat kunskap och kan därför tolka data och ändra vården därefter. KSS kan formulera och implementera vårdplaner, utföra fysiska undersökningar och ta sjukdomsstatus, behandla symtom, rekommendera medicinförändringar, remittera till andra vårdprofessioner, adressera fysisk, psykiska och sociala problem samt undervisa och ta reda på patientens egna kunskaper. (Wing-Yee, Kloppenburg, Beaart-va de Voorde, Huizinga och Vliet 2011).

Utvecklingen av sjukvård innebär också att arbetsfördelningen mellan läkare och sjukskötare utvecklas till ett multiprofessionellt samarbete. Sjukskötare med specialmottagningar inom specifika områden så som astma, reuma, hjärtsjukdomar och diabetes arbetar självständigt men i nära samarbete med läkarna (Lindström 2003). I rollen som för sjukskötare på avancerad nivå ingår även att vara delaktig i ett team, utveckla kompetens och nursing care samt ha kompetens inom ledarskap, undervisning och omsorg (Nieminen, Mannevaara och Fagerström 2011). Royal College of Nursing (2010) skriver att det finns behov av sjukskötare med avancerade arbetsuppgifter både inom primärhälsovården och inom specialhälsovården. Sjukskötarna är ett komplement till läkare och andra specialister. Det är förmågan att tillämpa den breda kunskapen på avancerad nivå som skapar en avancerad sjukskötare, inte endast expertisen inom ett specifikt område. Detta framkommer tydligast i bilaga 2.

Eriksson (1995) har länge ansett att vården måste vara patientcentrerad och patienten skall sättas i fokus. Informanterna har tydligt framhållit i detta arbete att de håller den patientcentrerade vården som en ledstjärna. Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne och Pinelli (2004) menar att sjukskötare på högre nivå erbjuder högre hälso- och livskvalitet genom koordinerad, holistisk och patientcentrerad vård.

Patientbesöket lyftes fram av informanterna med egen mottagning och KSS. De informanter som tar emot patienter i form av självständiga besök visar på en önskan om att få utveckla själva besöket. Benner säger att alla sjukskötare har en hjälpande roll, under mötet försöker de maximera patientens eget deltagande och kontroll över tillfrisknandet. De sjukskötare som har en egen mottagning har även en undervisande och vägledande funktion. Det är viktigt att få fram patientens egen tolkning av sjukdomstillståndet och hjälpa till med tillfrisknandet på patientens egna villkor. Genom vägledning görs svårbegripliga delar av sjukdomen mera begripliga, tillståndet tolkas och eventuella åtgärder förklaras. KSS har dessutom en diagnostisk och övervakande funktion. Kompetensen tillåter upptäckter av förändringar i patientens tillstånd, förekomst av försämringar innan tydliga diagnostiska tecken inträffar. (Benner 1993, s. 77,90,100).

I resultatet framkom att informanterna önskade möjlighet för att ge patientinformationen i ett tidigare skede och i ändamålsenliga utrymmen. De önskade även möjlighet att ge patientinformation oftare än vad de gjorde nu. Royal college of Nursing (2010) menar att det är viktigt att skapa ett patientförhållande som innehåller ömsesidig tillit, värdighet och konfidentialitet. Patientens behov ändras under vårdtiden, sjukskötaren bör vara observant på detta och utveckla patientbesöket därefter. När det gäller undervisning och handledning av patienten skall sjukskötaren iaktta timing, möjliggörande, tillförande, förhandlande och coaching eftersom sjukdom och miljö påverkar inlärningen. Hopia, Raappana, Perttunen, Tiikkainen och Liimatainen (2006) skriver att antalet självständiga mottagningar för sjukskötare har ökat i Finland. En orsak är effektivare arbetsfördelning mellan sjukskötare och läkare. Patienterna uppskattar besöket hos sjukskötaren pga. kontinuiteten, bekräftande av helheten, deltagande i egenvården och att mötet känns "inofficiellt".

Vårdkedjan betonades av majoriteten av informanterna. Med patientens bästa i åtanke ville informanterna att vårdkedjorna skall löpa så smidigt som möjligt. Eriksson säger att människan är beroende av relationer och hennes vårdteori betonar helhetssynen. För att helhetssynen skall fungera bör alla involverade i patientens vård ha något gemensamt i sina paradigmer, ett gemensamt intresse de eftersträvar att förverkliga. Förmågan till gränsöverskridningar, tvärvård, grundar sig på den enskilda vårdarens förmåga att pendla mellan olika delar, inklusive den egna kompetensen. (Eriksson 1995, s. 69).

Både för vårdpersonal och patienter har ökade kunskaper, ökade krav och ökad tillgång till teknologi gjort ett harmoniskt samarbete och bildande av nätverk mellan olika vårdinstanser till en förutsättning. Med patienten i fokus leder detta till att evaluering och utveckling av sjukskötarrollen blir centrala frågor inom vården för att kunna uppfölja framtidens krav på sjukskötare (Hopia, Raappana, Perttunen, Tiikkainen och Liimatainen 2006). Resultatet av studien visar att det finns vilja och engagemang hos KSS att ta ansvar för och leda samarbetet mellan olika instanser för att få en välfungerande vårdkedja.

9. Kritisk granskning

I följande stycke granskas undersökningen för att synliggöra dess starka och svaga sidor. Undersökningens validitet och reliabilitet lyfts fram. I studien användes enkäter med öppna och slutna frågor samt semistrukturerad intervju som datainsamlingsmetod.

Forskaren måste alltid kritiskt granska den metod som väljs för undersökningen. Reliabiliteten (pålitlighet) är en bedömningsgrund hur en liknande undersökning vid ett annat tillfälle och under snarlika omständigheter skulle ge likartade resultat. Validiteten (giltigheten) är ett mått på hur en viss fråga verkligen beskriver det forskaren vill att den skall beskriva (Bell 1995, s. 62-63). Forskaren kan ofta vinna på att använda både kvalitativa och kvantitativa ansatser eftersom de svaga och starka sidorna av ansatserna tar ut varandra vilket undersökningen i sin helhet har mycket att vinna på (Holme & Solvang 1991, s. 93).

Henricsson (2012) säger att trovärdigheten avser i vilken utsträckning ämnet för studien verkligen har blivit undersökt. Respondenten fann att tidigare forskning om sjukskötarollen på en poliklinisk mottagning var väldigt svår att få tag på. Däremot fanns det gott om tidigare forskningar om sjukskötare med specialmottagning. Tidigare forskningar om KSS fanns i överflöd, problemet var att urskilja de forskningar som tangerade just den här undersökningens frågeställningar. Respondenten anser att frågeställningarna har blivit besvarade.

Undersökningens trovärdighet stärks även av att liknande undersökningar har gjorts angående sjukskötaroller (Bryant-Lukosius D. DiCenso A. Browne G., Pinelli J & Istomina m.fl.; Daly och Carnwell) och resultaten varit snarlika. Majoriteten av enkätsvaren var likartade, resultaten från intervjuerna stärkte enkätsvaren. Intervjuerna gjordes enskilt och utan yttre påverkan. Trovärdigheten sjunker dock på grund av att informanterna underlät att svara på en del frågor. Ärligheten i svaren kan inte heller stärkas. Definitioner av olika begrepp kan ha tolkats olika, begreppet specialmottagning upplevs ha tolkats på olika sätt. Det är t.ex. stor skillnad om en sjukskötare tar hälsohistoria (anamnes) eller utförlig hälsohistoria. I den utförliga hälsohistorien framkommer även religion, boende, närmast anhörig, civilstatus, tidigare hälsohistoria, medicinering, allergier, alkohol och tobak, specialdiet odyl.

Validiteten stärktes av att respondenten gjorde en pilotundersökning för att testa enkäten. Frågor som upplevdes otydliga eller onödiga togs bort. Men enkäten bestod av många frågor och den upplevdes av vissa som komplicerad. Informanterna hade möjlighet att ge feedback till respondenten på enkätens sista sida under rubriken "övrigt". Där framkom det att vissa frågor var svårtolkade, vilket troligen påverkade resultatet negativt. Validiteten stärks också genom att deltagarna arbetade på olika polikliniker, var i varierande ålder och hade väldigt varierande arbetserfarenhet, både i antal år och i arbetsuppgifterna. Urvalet var varierat. Respondenten skulle troligen ha vunnit på att personligen gå till de olika poliklinikerna för att berätta om syftet med arbetet. Detta för att minska missförstånd av enkäten och för att kunna svara på eventuella frågor om arbetets syfte och frågeställningar

Reliabilitet granskar instrumentets noggrannhet, samstämmigheten, objektiviteten och kontinuiteten (Eriksson, 1992). Svarstiden för enkäterna var två veckor, vilket respondenten anser var tillräckligt. Detta stöds även av att majoriteten av enkäterna inkom under den första veckan. Alla enkäter inkom inom den utsatta svarstiden. Reliabiliteten stärks av att enkäten var anonym, informanterna var många till antalet och svarsprocenten var relativt hög. Svaren från enkäterna och intervjuerna var mycket snarlika och kompletterade varandra.

Objektiviteten i de intervjuades svar kan ifrågasättas, risk finns att deltagarna har blivit påverkade av att de blir intervjuade (Polit & Beck 2008, s. 324-325). Intervjuerna kan ha påverkats negativt av att informanterna kände respondenten och därför gav svar de förväntades ge. Samtidigt kan positiv påverkan ha tillkommit av samma skäl eftersom arbetssituationen var bekant för båda parter och diskussionen flöt fritt. Respondenten har själv arbetat både som mottagningsskötare och sjukskötare med specialmottagning vilket kan ha påverkat validiteten positivt eftersom arbetssättet var bekant och onödiga frågor föll bort.

10 Diskussion

Eftersom respondenten själv har arbetat polikliniskt som mottagningsskötare och sjukskötare med specialmottagning och nu utför studier till KSS känns ämnet för undersökningen både intressant och viktigt. Olika roller behövs som komplement till varandra och för att kunna ge patienterna bästa möjliga vård. Respondenten vill betona att ingen av rollerna är viktigare än den andre, ingen sjukskötare är mindre värd än någon annan.

Syftet med studien var att klargöra skillnaderna mellan olika sjukskötarroller, ta reda på hur arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper ser ut samt att undersöka sjukskötarnas egen önskan att utveckla sitt eget arbete. Arbetet är ett beställningsarbete från det berörda centralsjukhusets medicinska klinikgrupp. Respondenten är medveten om att aktionsforskning är att föredra för

undersökningar på högre utbildningsnivå, men beställningens art gjorde att undersökningen utmynnade i ett resultat tolkat mot innehållsanalys.

Samarbete i olika former sker dagligen på poliklinikerna men det är även viktigt att ta i beaktande att arbete som sker sida vid sida inte nödvändigtvis innebär samarbete. Resultatet av undersökningen visar att beroende på utbildning, erfarenhet, kompetens och yrkesroll förekommer sjukskötroller på olika nivåer: elementär, specialiserad och avancerad. Majoriteten visar en önskan att förtydliga rollfördelningarna mellan sekreterare och sjukskötare eftersom de för nuvarande anses ha flutit ihop. Sjukskötare på alla nivåerna hade en önskan att förbättra både patientbesöket och vårdkedjan eftersom patienten och dennes välbefinnande spelar en central roll.

Studien visar att sjukskötare med specialmottagning och KSS utför jämförelsevis liknande uppgifter, även om nivåkillnader förekommer. Mottagningsskötarnas uppgifter skiljer sig mera markant från de två övriga grupperna. Angående de arbetsuppgifter som bör fördelas mellan olika yrkesgrupper framkom främst en önskan att få tydligare arbetsbeskrivning mellan sjukskötare och sekreterare. Arbetsfördelningen mellan sjukskötare och läkare betonades främst i KSS-gruppen men delvis också i gruppen för sjukskötare med specialmottagning.

Majoriteten av mottagningsskötarna kan sammanfattningsvis sägas vara på elementär nivå, en töjning av sjukskötarrollen har gjorts. En viss fördjupning inom arbetsområdet måste göras. Enligt Benner (1995) skulle de befinna sig på nivån för novis – kompetent. En del av sjukskötarna hade nyligen inlett arbete på polikliniken vilket naturligtvis gör dem till noviser. Informanterna har i studien nämnt många olika fortbildningar men inte noggrant redovisat för vad de räknar som "interna och externa utbildningar". Föreläsningar och korta kurser räknas inte som fortbildning utan går under kategorin upprätthållande av kunskap.

För sjukskötare med specialmottagning har en utvidgning av sjukskötarrollen skapats. Här är fortbildning inom specialområdet till stor nytta för sjukskötaren. Denna grupp har utökade arbetsuppgifter i form av egen mottagningsverksamhet med en specifik grupp patienter som kallas till mottagningen för s.k. mellankontroller. Med detta följer även ett ökat ansvar. Enligt Benners teori (1995) utför alla i den här gruppen uppgifter på kompetent – skicklig- nivån, dessutom

utför ett fåtal även uppgifter på avancerad nivå. En del s.k. "läkaruppgifter" har överförts till dessa sjukskötare. Till respondentens överraskning framkom i studien att inte alla sjukskötare med specialmottagning har officiell fortbildning inom specialområdet utan arbetar erfarenhetsbaserat.

För att kunna arbeta som KSS krävs masterexamen på Högre Yrkehögskola, vilket alla tillfrågade KSS hade. En helt ny utveckling av sjukskötrollen på avancerad nivå har åstadkommit. Den här rollen är ny och definitioner och medarbetares attityder gör etableringen svårare. Enligt Benner (1995) utför dessa sjukskötare arbetsuppgifter på avancerad nivå. Antalet KSS är för få och erfarenheten av denna nya yrkesgrupp är otillräcklig för att kunna göra någon trovärdig utvärdering från undersökningen. Fortsatta studier om fördelar med KSS bör göras. Förslagsvis kunde ett team bestående av sekreterare, mottagningsskötare, KSS och läkare utvecklas och utvärderas genom en aktionsforskning.

I studien framkom missnöje bland KSS eftersom ingen tydlig arbetsbeskrivning finns tillhanda. Hos mottagningsskötarna och sjukskötare med specialmottagning var missnöjet mindre eftersom många ansåg att en välfungerande arbetsbeskrivning fanns. Den största orsaken till missnöje i alla grupper var att arbetsuppgifterna mellan sjukskötare och sekreterare hade flutit ihop, de ansåg sig utföra sekreteraruppgifter på bekostnad av sjukskötaruppgifterna. Det förvånar respondenten att arbetsfördelningen mellan sjukskötare och sekreterare ansågs vara i större behov av omvärdering än den mellan sjukskötare och läkare. Frågorna i enkäten var ämnade att svara på behovet av en utveckling av multiprofessionellt samarbete men svaren visade endast på en önskan om förbättring, inte hur förbättringen önskades. Utvecklingen av multiprofessionellt samarbete vore ett aktuellt område för vidare forskning.

Tydligare arbetsmodeller och referensramar kunde förbättra situationen. Utvecklande av arbetsteam skulle kunna tydliggöra arbetsrollerna och minska missnöjet. Detta stöds även av tidigare forskningar. (Cowan m.fl., 2006; O'Leary m.fl. 2010; Braithwaite m.fl. 2012) Det är viktigt att komma ihåg att kunskaper och färdigheter inte nödvändigtvis går hand i hand med arbetsuppgiften. En teoretisk utbildning leder inte automatiskt till ökad kompetens samtidigt som

arbetserfarenhet är en mycket viktig faktor i polikliniskt arbete. Den egna aktiviteten för utvecklandet av arbetsuppgifterna är högst betydelsefull.

När planering av effektivare arbete påbörjas är det viktigt att först ta reda på hur det för tillfället fungerar. Genom studien har värdefullt material framkommit och rollfördelningen kan väl implementeras i polikliniskt arbete. Resultatet är en även god grund för vidareutveckling av sjukskötarrollerna och effektiverat teamwork på polikliniker. Eftersom innehållsanalys användes kan ingen egentlig aktion utvärderas, arbetet är en beskrivning över hur den aktuella situationen på poliklinikerna ser ut. Med detta som bakgrund kan fortsatt aktionsforskning för evaluering av rollutvecklingen utifrån detta arbete göras.

Problem övervinns inte genom att arbeta hårdare utan genom att arbeta klokare!

Litteratur

Arcada (2013) www.arcada.fi (hämtat 21.2.2013)

Arkistolaitos (2013) www.narc.fi (hämtat 21.2.2013)

Australian Nursing Federation (2006) *Competency standards for nurses in general practice*. Australien: Agency printing

Bell J (1995) *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur

Benner P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadarbetet*. Lund: Studentlitteratur

Braithwait J, Wetsbrook M, Nugus P, Greenfield D, Travaglia J, Runciman W, Foxwell AR, Boyce RA, Deviney T och Westbrook J (2012) *A four-year systems-wide intervention promoting interprofessional collaboration*. BMC Health Serv Res 20:12(1):99

Bryant-Lukosius D., DiCeno A., Browne G., Pinelli J.(2004). *Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation*. Nursing and healthcare management and policy: Blackwell Publishing Ltd

Canadian Nurse Association. (2008) *Advanced Nursing Practice – A National Framework* www.cna-aiic.ca

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, DOI:10.1111/j.1365-2702.01823.x Blackwell Publishing. Ltd

Cowan MJ., Shapiro M., Hays RD., Afifi A., Vazirani S., Ward RW. Och Ettner S. (2006) *The Effect of a Multidisciplinary Hospitalist/Physician and Advanced Practice Nurse Collaboration on Hospital Costs*. The Journal of Nursing Administration vol 36, No,2. Lippincott Williams & Wilkins

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

Elsom S., Happel B., Manias E. (2006). *The clinical nurse specialist and nurse practitioner roles: room for both or take your pick*. Australian Journal of Advanced Nursing. Winter

Eriksson, K (1992) *Broar – introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Åbo Akademi Institutionen för vårdvetenskap: Vasa

Eriksson, K. (1995). *Vårdandets idé*. Stockholm: Nordstedts Förlag

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

Fagerström Lisbeth (2006) "Högre yrkeshögskoleutbildning vid svenska yrkeshögskolan i Vasa ger en avancerad klinisk kompetens. [Www.sairaajanhoitajaliitto.fi/](http://www.sairaajanhoitajaliitto.fi/) (hämtat 01.06.2012)

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

Gardner A., Hase S., Gardner G., Dunn SV. och Carryer J. (2008) *From competence to capability: a study of nurse practitioners in clinical practice*. Journal of Clinical Nursing Jun:17(12):1667.

Glasberg A-L., Fagerström L., Räihä G., Jungerstam S. (2008). *Utvärdering av expertsjukskötarrollen*. Sektor för hälsovård och det sociala området, Serie B Nr 3 2008

Henriksson M. (2012) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur: Pozkal

Holme MI & Krohn Solvang B. (1991) *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Studentlitteratur: Lund

Hopia H, Raappana M, Perttunen J, Tiikkainen P och Liimatainen L (2006) *Laajavastainen hoitotyö – asiantuntijasairaanhoitajan haasteena*. Sairaanhoitaja nr 8 vol 14.

International Nursing Council (2005). *Nurse practitioner/advanced practice network. Definition and characteristics of the role*. Draft 6 & 7

Istomina N. Suominen T., Razbadauskas A., Meretoja R. och Leino-Kilpi H. (2011) *Competence of nurses and factors associated with it*. Medicina (Kaunas) 47(4): 230-7.

Jansson I. *Planerad processororienterad omvårdnad- nytta och implementering*. Göteborg: Intellecta Infolog AB

Jacobsen JK. (1993) *Intervju - konsten att lyssna och fråga*. Studentlitteratur: Lund

Jones, ML (2005), *Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systemic review and meta-synthesis*. Journal of Advanced Nursing, Jan: 49(2):191-209

Karnick PM (2012) *Human becoming Theory in Practice: A case for Theory-Guided Nurse Practitioner Education*. Nursing Science Quaterly. 25(2) 147-148
DOI: 10.1177/0894318412437957

King's College London, Policy+ (online) ISSN 1758-6208, (Hämtat 30.04.2012)

Larkin H. (2003). *The case for nurse practitioners*. Hospital & Health network, augusti, 77 (8): 54-58, 2

Lejonqvist GB., Eriksson K. och Meretoja R ((2011). *Evidence of clinical competence*. Scandinavian Journal of caring Sciences. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00939.x.

Lindström E. (2003). *Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa*. Sosiaali- ja terveysministeriö

NHS – education for Scotland (2007) *Working with individuals with cancer, their families and careers – professional development framework for nurses, specialists and advanced levels.*

Nieminen A-L, Mannevaara B och Fagerström L (2011) *Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies.* Scandinavian Journal of Caring Science. Doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00876.x

Novia (u.å.) www.novia.fi (hämtat 28.5.2012)

O`Leary KJ., Wayne DB., Haviley C., Slade ME., Lee J. och Williams WV. (2010) *Improving teamwork: Impact of structured interdisciplinary rounds on a medical teaching unit.* Journal of General Internal Medicine. Volume 25, Number 8, 826-832, DOI: 10.1007/s11606-010-1345-6

Olsson & Sörensen (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa processer.* Liber

Polit, D. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 8th edition.

Royal College of Nursing (2010) *Advanced nurse practitioners – an RCN guide to the advanced nurse practitioner role, competencies and programme accreditation.* London: Royal College of Nursing

Satakunnan Ammattikorkeakoulu (2013) www.samk.fi (hämtat 21.2.2013)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) *Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön Toimintaohjelma 2009–2011.* Yliopistopaino: Helsingfors

Säilä T (2005) *Polikliinisen hoidon toimintamalli – tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisella ajanvarauspoliklinikalla.* Tampereen Yliopisto: Pro-gradu tutkielma

Tampereen Ammattikorkeakoulu (2013) www.tamk.fi (hämtat 21.2.2013)

Trost, Jan. (2001) *Enkätboken*. Studentlitteratur: Lund

Wikipedia (u.å.) www.wikipedia.com (hämtat 28.5.2012)

Wing-Yee K., Kloppenburg M., Beart-van de VoordeL., Huizinga T och Vliet Vlieland T. (2011). *Role of rheumatology clinical nurse specialist in optimizing management of hand osteoarthritis during daily practice in secondary care: an observational study*. Journal of Multidisciplinary Healthcare. DOI: 10.21477JMDH.S25269

Fig. 1 Kriterier för de olika sjukskötarrollerna

Mottagningsskötare	Sjukskötare med specialmottagning	Kliniska Specialistsjukskötare
<p>Planerar läkarmottagningen, Bokar patienter till läkarens mottagning enligt det kösystem eller den läkarordination som är aktuell. Planerar och bedömer tidpunkten för ordinerade undersökningar i god tid så resultaten är klara tills besöket</p> <p>– remisshantering</p>	<p>Planerar sin mottagning; bokar patienter till egen mottagning enligt det kösystem eller den läkarordination som är aktuell. Arbetar parallellt med läkaren som sakkunnig inom sitt område</p> <p>– remisshantering</p>	<p>Planerar sin mottagning; bokar patienter till egen mottagning enligt det kösystem eller läkaordination som är aktuell</p> <p>Självständig mottagning, sakkunnig inom sitt område</p> <p>– remisshantering</p>
<p>Verkställer läkarordinationer efter läkarmottagningen;</p> <p>– beställning till laboratorier</p> <p>– beställning av undersökningar från; röntgen, isotopen, KLF, KNF etc.</p> <p>– informera patienten om kommande undersökningar och prover</p> <p>– patienten placeras i kö för uppföljning och fortsatt vård</p>	<p>Verkställer läkarordinationer kopplat till den egna mottagningen samt vid behov;</p> <p>– beställning till laboratorier</p> <p>– beställning av undersökningar från; röntgen, isotopen, KLF, KNF etc.</p> <p>– informera patienten om kommande undersökningar och prover</p> <p>– patienten placeras i kö för uppföljning och fortsatt vård</p>	<p>Verkställer läkarordinationer kopplat till den egna mottagningen.</p>
<p>– telefonrådgivning</p>	<p>– telefonrådgivning</p>	<p>– telefonrådgivning</p>
<p>– dokumenterar i vårdplanen</p>		
<p>Patienthandledning;</p> <p>– sjukdom och medicinering,</p> <p>– laboratorie- och röntgensvar (enligt överenskommelse med läkare)</p> <p>– information om undersökningar och provtagning.</p>		
<p>– förmåga att leda sig själv i sitt arbete</p>	<p>– förmåga att leda sig själv och organisera sitt arbete</p>	<p>– förmåga att leda sig själv och sitt arbete i ett multiprofessionellt samarbete.</p>
<p>– handleder sjukskötarstuderande</p>		

Specialiserade uppgifter	Specialiserade uppgifter	Specialiserade uppgifter
	<ul style="list-style-type: none"> – tar hälsohistoria och tolkar den – handleder patienten inom specialområdet – gör upp vårdplan, följer upp och utvärderar vården – dokumenterar på specialområdets blad – medicinförändringar enligt överenskommelse med ansvarig läkare – skolningar för vårdpersonal, avdelningar, primärhälsovården, skolor, boende, specifika patientgrupper – Handleder sjukskötarstuderande 	<ul style="list-style-type: none"> Handleder patienten på egen mottagning – Skolningar på avdelningar, primärhälsovården, vårdpersonal, patientgrupper, – Handleder medicin- och sjukskötarstuderande
Avancerade uppgifter	Avancerade uppgifter	Avancerade uppgifter
	<ul style="list-style-type: none"> – gör klinisk status (physical assessment), tolkar och utvärderar – bedömer vårdbehovet – hänvisar till annan vårdnivå 	<ul style="list-style-type: none"> - tar utförlig hälsohistoria och tolkar denne – gör klinisk status (physical assessment), tolkar och utvärderar – bedömer vårdbehovet utgående från omvårdnadsdiagnoser (nursing diagnosis) – gör vårdplanering, förverkligar, följer upp och evaluerar den – handleder och vägleder patienten – utvärderar vårdplanen – hänvisar till annan vårdnivå – utförlig dokumentation innehållande omvårdnadsdiagnoser (nursing diagnosis)

– ordina laboratorieprover,
röntgen

– medicinändringar enligt
överenskommelse med
ansvarig läkare

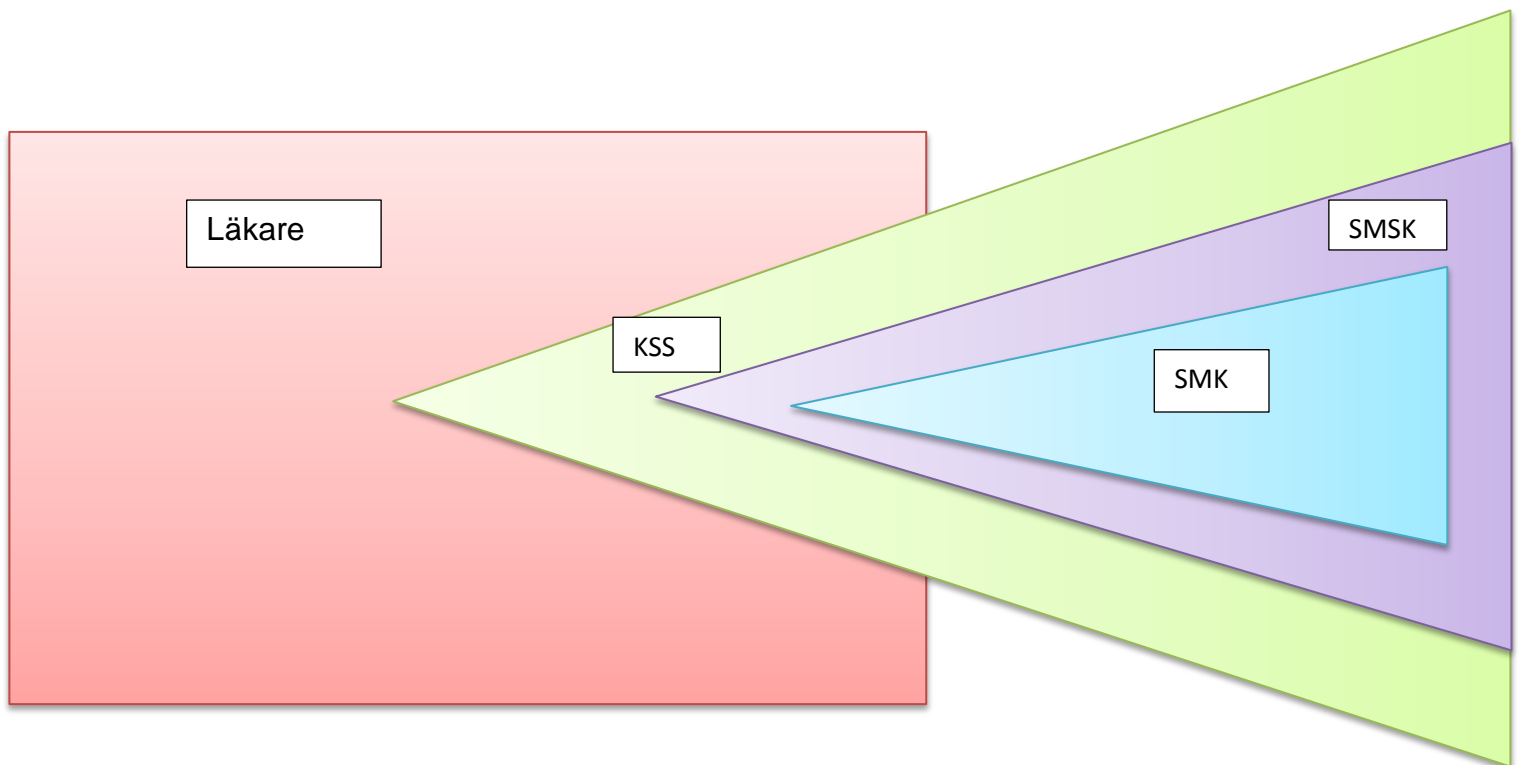
– konsulter till övrig personal

– ledarskap inom vårdarbete

– koordinerar och utvecklar
vårdarbetet

– initierar, bedriva och deltar i
vårdforskning och
evidensbaserad utveckling

Bilden beskriver de olika gruppernas kompetens i förhållande till varandra i vårdprocessen.



Inbjudan

Härmed inbjuder jag personalen på Er poliklinik att fungera som sakkunniga i mitt utvecklingsarbete

”Sjukskötaren - Kriterier för olika sjukskötarroller i ett polikliniskt multiprofessionellt samarbete”.

Utvecklingsarbetet ingår i mina studier vid Novia, Högre YH, avancerad klinisk vård. Som min handledare verkar överlärare Ann-Louise Glasberg. Arbetet är beställt från Vasa Centralsjukhus och dess syfte är att belysa kriterier för de olika polikliniska sjukskötarrollerna och framhäva vikten av multiprofessionellt samarbete.

Arbetet vänder sig endast till sjukskötare på de olika poliklinikerna inom den medicinska klinikgruppen. Utvecklingsarbetet förverkligas genom bifogat frågeformulär. Jag hoppas Ni tar Er tid att svara på frågorna, svara gärna kort och koncist på de öppna frågorna. Rita en ring runt de frågor där svarsalternativen redan är angivna. Frågeformuläret är indelat i tre (3) olika delar. Den första delen berör bakgrundsinformation, den andra delen behandlar mottagningarna och den sista delen gäller samarbetet mellan sjukskötare, övrig vårdpersonal och primärvården.

Deltagandet är frivilligt och alla svar behandlas konfidentiellt. Din identitet framkommer aldrig under arbetsprocessen, resultatet framställs så att ingen enskild person kan identifieras. Svara gärna på enkäten före 26.11.2012. Ifyllda enkäter skickas till mig med interna posten, ”medicinska polikliniken, Pernilla Fant”.

Vasa 7.11.2012

Pernilla Fant

pernilla.fant@vshp.fi

Rita en ring runt de alternativ som motsvarar Dig bäst. Svara kort och koncist på de öppna frågorna.

1. Grundutbildning(ar) och examensår

Nuvarande	_____	befattning
-----------	-------	------------

2. Hur länge har Du arbetat med nuvarande arbetsuppgifter?
_____ år

3. Har Du en fortbildning som ledde till examen? ja nej

Hurudan, antal studiepoäng/veckor?

Har du en fortbildning som inte ledde till examen ja nej

Hurudan, antal studiepoäng/veckor?

Förändrades Dina arbetsuppgifter? ja nej

Om Du svarar ja, hur? Om Du svarar nej, varför inte?

Hur upprätthåller Du Dina kunskaper och färdigheter?

4. Skulle Du vilja/kunna utveckla dina arbetsuppgifter? ja nej

Om Du svarar ja, på vilket sätt?

5. Anser Du att Din arbetsbeskrivning är tydlig? ja nej

Om Du svarar nej, vad önskar Du tydliggöra?

6. Är Du mottagningsskötare? ja nej

(d.v.s. ansvarar för att utföra läkarordinationer, informera patienter om medicinering och undersökningar, tidsbokning och liknande)

7. Har Du egen mottagning inom ett specialområde? ja nej

(d.v.s. tar emot patienter ur en specifik patientgrupp till egen mottagning och har en fortbildning på 30-60 sp)

Bilaga 4 (3/6)

8. Är Du klinisk avancerad specialistsjukskötare?
(d.v.s. har 90 sp masterutbildning) ja nej

9. Utför Du följande uppgifter på Din mottagning?

Tar Du utförlig häsohistoria? ja nej

Tolkar Du häsohistorien? ja nej

Gör Du klinisk status på patienter? ja nej

(auskulterar, palperar, perkuterar, inspekterar)

Använder Du vårddiagnoser ja nej

Bedömer Du vårdbehov? ja nej

Gör Du vårdplanering? ja nej

Utvärderar Du vårdplaneringen? ja nej

Handleder Du patienter? ja nej

Hänvisar Du patienter till annan vårdnivå? ja nej

Dokumenterar Du vårdhandlingarna? ja nej

Var? _____

Hur? _____

Konsulteras Du av avdelningarna? ja nej

I vilken omfattning? _____

Hur stor del är telefonrådgivning? _____

Vilka konsulterar Dig? _____

10. Vad innebär ansvar i patientvården för Dig?

15. Finns det läkare tillgängliga som Du kan konsultera? ja nej

Hur ofta konsulterar Du läkare?

Vid hurudana frågor konsulterar Du?

16. Har s.k. "läkaruppgifter" överflyttats till Dig? ja nej

Om Du svarar ja, vilka?

Om Du svarar nej, varför inte?

Finns kriterier för överflyttade uppgifter i skriftlig form? ja nej

Om Du svarar nej, varför inte?

17. Samarbetar Du kontinuerligt med primärhälsovården?

- angående fortsatt vård?	ja	nej
- angående skolningar?	ja	nej
- angående vårdproblematik?	ja	nej
- angående patienttryggheten?	ja	nej
- angående patientansvars frågor?	ja	nej

18. Hur skulle Du önska utveckla vårdkedjan i samarbete med primärhälsovården?

Övriga kommentarer

Tack för din medverkan!

Kutsu

Täten kutsun poliklinikkanne henkilökuntaa osallistumaan asiantuntijoina kehittämistyöhön:

”Sairaanhoitaja - Sairaanhoitajan roolien kriteerit polikliinisessä moniammatillisessa yhteistyössä”. Kehittämistyö sisältyy opintoihini (ylempi ammattikorkeakoulututkinto, kliininen erityissairaanhoito) Noviassa. Ohjaajanani toimii Ann-Louise Glasberg. Työn on tilannut Vaasan keskussairaala, ja sen tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajan roolien kriteereitä poliklinikoilla ja painottaa moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä.

Kysely on osoitettu vain medisiinisen klinikkaryhmän poliklinikoilla työskenteleville sairaanhoitajille. Oheinen kyselylomake on osa kehittämistyötä. Toivon että käyttäisitte kysymyksiin hieman aikaa ja vastaisitte avoimiin kysymyksiin mieluiten lyhyesti ja ytimekkäästi. Ympyröikää vastausvaihtoehdot niissä kysymyksissä, joissa sellaisia on annettu. Kyselylomake on jaettu kolmeen (3) osaan. Ensimmäinen osa käsittelee taustatietoja, toinen vastaanottoja ja viimeinen sairaanhoitajien, muun hoitohenkilöstön ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä.

Osallistuminen on vapaaehtoista, ja kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Henkilöllisyytesi ei tule esiin prosessin missään vaiheessa, vaan tulokset esitellään niin, että yksittäiset henkilöt eivät ole tunnistettavissa. Vastaa kyselyyn mieluiten viimeistään 26.11.2012. Täytetyt lomakkeet lähetetään sisäisessä postissa minulle, ”sisätautien poliklinikka, Pernilla Fant”.

Vaasa 7.11.2012

Pernilla Fant

pernilla.fant@vshp.fi

Ympyröi vaihtoehdot, jotka vastaavat itseäsi parhaiten. Vastaa avoimiin kysymyksiin lyhyesti ja ytimekkäästi.

1. Peruskoulutus (-koulutukset) ja tutkinnon suorittamisvuosi

Nykyinen toimesi

2. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä tehtävässäsi? _____
vuotta

3. Oletko suorittanut tutkintoon johtavaa jatkokoulutusta? kyllä ei

Millaista, opintopisteiden/-viikkojen lukumäärä?

Oletko suorittanut tutkintoon johtamatonta jatkokoulutusta? kyllä ei

Muuttuivatko työtehtäväsi? kyllä ei

Jos vastasit kyllä, miten? Jos vastasit ei, miksi eivät?

Miten ylläpidät tietojasi ja taitosi?

4. Haluaisitko/voisitko tehostaa työtehtäviäsi? kyllä ei

Jos vastasit kyllä, miten?

5. Onko työkuvautesi mielestäsi selkeä? kyllä ei

Jos vastasit ei, mitä haluaisit selventää?

6. Oletko vastaanottohoitaja? kyllä ei

(eli toteutat lääkärin määräyksiä, neuvot potilaita lääkitykseen ja tutkimuksiin liityvissä kysymyksissä, hoidat ajanvarausta ym)

7. Onko Sinulla jonkin erityisalan oma vastaanotto? kyllä ei

(eli hoidat tietyn potilasryhmän vastaanottoa ja Sinulla on 30-60 op:n laajuinen jatkokoulutus?)

8. Oletko kliininen erityissairaanhoitaja? kyllä ei
(eli Sinulla on 90 op:n laajuinen Master-koulutus)

9. Teetkö vastaanotollasi seuraavia tehtäviä?

Kyseletkö yksityiskohtaisesti terveystistoriaa? kyllä ei

Tulkitsetko terveystistoriaa? kyllä ei

Selvitätkö potilaan kliinisen statuksen? kyllä ei
(auskultoit, palpoit, koputtelet, tutkit)

Käytätkö hoitodiagnooseja? kyllä ei

Arvioitko hoidon tarpeen? kyllä ei

Suunnitteletko hoitoa? kyllä ei

Arvioitko hoidon suunnittelua? kyllä ei

Neuvotko potilaita? kyllä ei

Ohjaatko potilaita toiselle hoitotasolle? kyllä ei

Dokumentoitko hoitotoimia? kyllä ei

Missä? _____

Miten? _____

Konsultoivatko osastot Sinua? kyllä ei

Missä määrin? _____

Puhelinneuvonnan osuus siitä? _____

Ketkä konsultoivat Sinua? _____

10. Mitä mielestäsi tarkoittaa vastuu potilashoidossa?

11. Mitä mielestäsi tarkoittaa eettinen ajattelu/toiminta potilashoidossa?

12. Miten hyödynnät työssäsi näyttöön perustavaa tutkimusta tai tietoa (Käypä hoito)?

13. Oletko osallisena jossakin työpaikkasi kehitysprojektissa? kyllä ei

 Jos et, haluaisitko osallistua? kyllä ei

 Jos vastasit kyllä, millaisessa projektissa?

14. Mitä moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa Sinun toiminnallesi?

15. Voitko konsultoida lääkäreitä?

kyllä ei

Kuinka usein konsultoit lääkäreitä?

Millaisissa asioissa?

16. Onko Sinulle siirretty ns. "lääkärin tehtäviä"?

kyllä ei

Jos vastasit kyllä, millaisia?

Jos vastasit ei, miksi ei?

Ovatko Sinulle siirrettyjen tehtävien kriteerit kirjallisia?

kyllä ei

Jos vastasit ei, miksi eivät?

17. Teetkö jatkuvasti yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa?

– jatkohoitoon liittyen?	kyllä	ei
– koulutukseen liittyen?	kyllä	ei
– hoidon problematiikkaan liittyen?	kyllä	ei
– potilasturvallisuuteen liittyen?	kyllä	ei
– potilasvastuukysymyksiin liittyen?	kyllä	ei

18. Miten haluaisit kehittää hoitoketjua yhdessä perusterveydenhuollon kanssa?

Muita huomautuksia

Kiitos avustasi!

