

Den avancerade kliniska sjukskötarens mottagning inom öppna vården

Implementering av mottagning och faktorer som påverkar
den avancerade kliniska sjukskötarens yrkesroll

Karolina Enholm

Examensarbete för högre yrkeshögskoleexamen inom social- och
hälsovård

Hälsovårdare (Högre YH)

Vasa 2023

EXAMENSARBETE

Författare: Karolina Enholm

Utbildning och ort: Social- och hälsovård (högre YH), Vasa

Inriktning: Avancerad klinisk vård & utveckling och ledarskap

Handledare: Sirku Säätelä

Titel: Den avancerade kliniska sjukskötarens mottagning inom öppna vården - Implementering av mottagning och faktorer som påverkar den avancerade kliniska sjukskötarens yrkesroll

Datum: 17.11.2023 Sidantal: 47

Bilagor: 2

Abstrakt

Syftet med studien var ta reda på hur dagens AKS-mottagningar fungerar genom en intervju med AKS-skötare på en AKS-mottagning. Fördelar och nackdelar med den redan fungerande mottagningen skulle utredas och vad behovet var för en AKS-mottagning på ett verksamhetsställe där det inte funnits AKS-mottagning tidigare? Frågeställningar för studien var: vilka faktorer påverkar funktionen av en AKS-mottagning och vilka faktorer bör beaktas vid nyetablering? I examensarbetet utvecklades även en modell för en AKS-mottagning.

Frågorna besvarades med hjälp av en kvalitativ metod. Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer med AKS-skötare samt ledare inom öppna vården. De insamlade data analyserades med textanalys. I den teoretiska bakgrunden användes PEPPA-ramverk som är utvecklat speciellt för implementering av AKS-rollen. PEPPA-ramverket och resultatet från intervjuerna användes som bas för att ta fram en modell för en AKS-mottagning.

Resultatet visar att fördelarna med en AKS-mottagning är tillgängligare vård för patienterna och bättre resursanvändning inom organisationen. Inom många verksamhetsområden inom vården kan en AKS-skötare vara till nytta. Nackdelarna är att det finns otydlighet med AKS-rollen och brister i utvecklandet av AKS-tjänster samt bristande stöd för AKS-rollen. AKS-rollen definieras främst utifrån verksamhetsområdet som skötaren verkar i och de behov som finns där. Det finns flera utvecklingsbehov för att ytterligare förbättra AKS-rollen.

Språk: svenska

Nyckelord: avancerad klinisk vård, utveckling, PEPPA-ramverk

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Karolina Enholm

Koulutus ja paikkakunta: Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK), Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto: Kliinisesti edistynyt hoitotyö & kehittäminen ja johtaminen

Ohjaaja: Sirkku Säätelä

Nimike: Kliinisen asiantuntijasairaanhoidajan vastaanotto avohoidossa - Vastaanoton toteutus ja asiantuntijasairaanhoidajan ammatilliseen rooliin vaikuttavat tekijät

Päivämäärä: 17.11.2023 Sivumäärä: 47

Liitteet: 2

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada selville, miten nykypäivän asiantuntijasairaanhoidajan vastaanotto toimii haastattelemalla vastaanotolla työskenteleviä klinisiä asiantuntijoita. Jo toimivan vastaanoton edut ja haitat piti selvittää ja mikä oli asiantuntijasairaanhoidajan vastaanoton tarve toimipaikassa, jossa ei aiemmin ollut asiantuntijasairaanhoidajan vastaanottoa. Tutkimuksen kysymykset olivat: mitkä tekijät vaikuttavat asiantuntijasairaanhoidajan vastaanoton toimintaan sekä mitkä tekijät on huomioitava kun perustetaan uusi toimipaikka asiantuntijasairaanhoidajan vastaanottoa varten? Opinnäytetyössä kehitettiin myös malli asiantuntijasairaanhoidajan vastaanottoa varten.

Kysymyksiin vastattiin käyttäen kvalitatiivista menetelmää. Tiedonkeruu tehtiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla asiantuntijasairaanhoidajien ja avohoidon johtajien kanssa. Kerätyt tiedot analysoitiin tekstianalyysillä. Teoriaosiossa käsiteltiin PEPPA-kehystä joka on kehitetty erityisesti asiantuntijasairaanhoidajan roolin toteuttamiseen. PEPPA-kehystä ja haastattelujen tuloksia käytettiin kehitettäessä mallia asiantuntijasairaanhoidajan vastaanottoa varten.

Tulokset osoittivat, että asiantuntijasairaanhoidajan vastaanoton etuja ovat potilaiden helpommin saavutettavissa oleva hoito ja parempi resurssien käyttö organisaatiossa. Asiantuntijasairaanhoidaja voi olla hyödyllinen monilla hoidon aloilla. Haittoja ovat asiantuntijasairaanhoidajan roolin epäselvyys ja puutteet asiantuntijasairaanhoidajan palvelujen kehittämisessä sekä asiantuntijasairaanhoidajan roolin tuen puute. Asiantuntijasairaanhoidajan rooli määritellään ensisijaisesti sen toiminta-alueen perusteella jolla hän toimii sekä siellä vallitsevista tarpeista lähtien. Asiantuntijasairaanhoidajan roolin parantamiseksi on useita kehitystarpeita.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: kliininen asiantuntija, kehittäminen, PEPPA-malli

MASTER'S THESIS

Author: Karolina Enholm

Degree Programme: Social and health care (Master degree), Vaasa

Specialisation: Advanced Clinical Nursing & development and leadership

Supervisor: Sirkku Säätelä

Title: The advanced practice nurse's reception in open care - Implementation of a reception and factors affecting the professional role of the advanced practice nurse

Date: 17.11.2023 Number of pages: 47

Appendices: 2

Abstract

The aim of the study was to find out how today's APN receptions work through an interview with APN attendants at an APN reception. Advantages and disadvantages of the already functioning reception were to be investigated and what the need was for an APN reception where an APN reception hadn't been established? Questions for the study were: which factors affect the functioning of an APN reception and what factors should be taken into account when establishing a new establishment? In the degree project, a model for APN reception was also developed.

The questions were answered through a qualitative method. The data collection took place through semi-structured interviews with APN nurses and leaders in open care. The data was analyzed using text analysis. In the theoretical background, the PEPPA framework was used, which is developed specifically for the implementation of the APN role. The PEPPA framework was also used as inspiration as well as the results from the interviews to develop a model for APN reception.

The result shows that the advantages of APN reception are more accessible care for the patients and better use of resources within the organization. In many areas of care, an APN nurse can be useful. The disadvantages are that there is ambiguity concerning the APN role and shortcomings in the development of APN services as well as a lack of support for the APN role. The APN role is primarily defined based on the operational area in which he operates and the needs that exist there. There is still much to be developed to further improve the APN role.

Language: swedish

Key words: advanced practice nurse, development, PEPPA-framework

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	3
2.1	Avancerad klinisk sjukskötare.....	4
2.2	Begränsad förskrivningsrätt.....	4
2.3	Patientens hälso- och vårdplan.....	5
2.4	Patientens ställning och rättigheter.....	6
2.5	God medicinsk praxis.....	7
3	Syfte och frågeställningar.....	8
4	Tidigare forskning.....	8
4.1	Införandet AKS-rollen.....	9
4.2	AKS i det kliniska arbetet.....	10
4.3	Patienters erfarenhet av AKS.....	11
4.4	Positiva sidor med AKS-rollen.....	11
4.5	Tillgängligare vård.....	12
4.6	Utmaningar och hinder för AKS-rollen.....	13
4.7	Implementering av AKS.....	13
5	Teoretisk utgångspunkt.....	14
6	Metod.....	18
6.1	Datainsamling genom intervju.....	19
6.2	Urval.....	20
6.3	Dataanalysmetod.....	21
6.4	Etiska överväganden.....	22
7	Resultat.....	23
7.1	Inställning till AKS-mottagning.....	23
7.2	Hinder med AKS.....	24
7.2.1	Otydlighet med AKS-rollen.....	25
7.2.2	Begränsningar i sjukskötarens begränsade förskrivningsrätt.....	27
7.3	Införande av en ny mottagning.....	27
7.4	Möjligheter med AKS.....	29
7.5	AKS i kliniska arbetet.....	30
7.6	Behov att utveckla AKS-mottagningen och AKS-skötarens roll.....	31
8	Diskussion och tolkning.....	32
8.1	Definition av patientgrupperna.....	32
8.2	Nyckelintressenter och deltagare i implementering.....	33
8.3	Behov av en ny vårdmodell.....	34
8.4	Hinder och mål med verksamheten.....	36

8.5	Nya vårdmodellen definieras	36
8.6	Planering av implementering samt möjligheter och brister	37
8.6.1	Optimering av resursanvändningen	39
8.6.2	Bristande förståelse för AKS	39
8.7	Implementering och evaluering av AKS-rollen.....	40
9	Modell för AKS-mottagning inom öppna vården	41
10	Kritisk granskning.....	44
11	Slutsatser	46
	Källförteckning	48

Figur 1 Modell för AKS-mottagning

Bilaga 1 Forskningslov

Bilaga 2 Samtyckesblankett

FÖRORD

Detta arbete har gjorts som examensarbete för högre yrkeshögskoleexamen. Visionen att studera vidare kom för många år sedan, som nyutexaminerad hälsovårdare. Min dåvarande kollega, som var AKS-skötare var en stor inspirationskälla till att jag själv skulle bli AKS-skötare en dag. Hon besatt väldigt stor kunskap som hon tålmodigt och med stor entusiasm delade med sig av. Under studieåren för en högre yrkeshögskoleexamen kom jag i kontakt med förmansarbete och intresse kring utveckling och ledarskap väcktes.

Ett stort tack till min familj som på olika vis stöttat mig och tålmodigt låtit mig slutföra mina studier. Tack till Annemarie Södergård som läst igenom mitt examensarbete och uppmärksammat mig på språkliga felaktigheter. Jag vill även framföra mitt tack till handledaren för stödet genom skrivprocessen.

Förhoppningen är att studien kommer till nytta för arbetslivet och att den ger mig större förståelse för min nya yrkesroll som AKS-skötare. Utveckling och implementering av ny vårdmodell är även kunskap jag kommer behöva i arbetslivet då stora förändringar inom social- och hälsovården sker, vilket ledare behöver bemästra.

Malax i november 2023

Karolina Enholm

1 Inledning

Förändringar i befolkningens hälsobehov och verksamhetsmiljön kräver att den kliniska vårdkunskapen stärks. (Chau, Lo, Lam, Saran & Thompson, 2022). Arbetsfördelning och samarbete mellan olika yrkesgrupper inom vården ska förbättras, och därtill ska uppgiftsbeskrivningarna utökas. Sjukskötarens mottagning bygger på arbete i multiprofessionella team. Utveckling av arbetsfördelning handlar alltid om att utveckla hela arbetsgemenskapens verksamhet på ett sätt som tar i beaktande ändamålsenligheten för hela vården och olika yrkesgruppers kompetens och specialkunskap. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2015).

Det ställs höga krav på att hälso- och sjukvården omorganiseras eftersom kostnadstrycket ökat och tillgången på vård och behandling är otillräcklig. (Fagerström, 2021, s. 4). Vårdgarantin är under förändring och väntetiderna inom vården ska ändras stegvis. Under övergångstiden 1.9.2023-31.10.2024 ska man inom den öppna primärvården få vård inom 14 dygn. Den maximala väntetiden på sju dygn inom den öppna primärsjukvården föreslås träda i kraft den 1 november år 2024. Vårdgarantin inom primärvården gäller när det är fråga om sjukdomar, skador, komplikationer i samband med långtidssjukdomar, nya symtom eller försämrade funktionsförmåga. Bedömningen av vårdbehovet ska göras genast när patienten tar kontakt eller under samma dag. Kravet om en väntetid på högst 7 dygn ska inte gälla till exempel hälsorådgivning, hälsoundersökningar och den vård som ges enligt särskilda vård- eller rehabiliteringsplaner. Vården ska emellertid ordnas inom en rimlig tid, det vill säga inom 3 månader, eller inom den tid som anges i vård- eller rehabiliteringsplanen. (Social-och hälsovårdsministeriet, 2023).

Åberg och Fagerström (2005) skriver att nya krav ställs på alla yrkesgrupper inom sjukvården. Läkarbristen har lett till att nya verksamhetsmodeller för sjukskötare uppkommit, både nationellt och internationellt. (Eriksson, Lindblad, Möller & Gillsjö, 2017). Inom internationell forskning har klyftor mellan teori och praktik påvisats. Utbildningen har

kritiserats för att vara för teoretisk och för att de medicinska och kliniska kunskaperna varit för bristfälliga. Även misstag som begåtts av sjukskötare har aktualiserats i media. Dessa faktorer låg som grund för att utveckla högre utbildning för sjukskötare där kliniskt expertkunnande betonas. (Åberg & Fagerström, 2005). Med betoning på självständigt kritiskt tänkande, effektiv kommunikation, klinisk kompetens och problemlösningskompetens förväntas de högre utbildade sjuksköterna leverera holistisk, individuell och patientcentrerad vård. (Chau et al., 2022).

I Vasa inleddes i januari år 2005 en specialiseringsutbildning för kliniska expertsjukskötare, ett pilotprojekt i Finland. (Glasberg, Fagerström, Rähä & Jungerstam, 2009). Syftet var att ge en djupare klinisk kompetens än på kandidatnivå och även mera än den tidigare specialistsjuksköterskeutbildningen. Utbildningen koncentrerades på två huvudområden: bedömning av vårdbehov, såsom infektioner och mindre olyckor, samt vård och uppföljning av patienter med kroniska sjukdomar. Bakgrunden till att utbildningen startade var ett behov som uppmärksammats i västra Finland då en del av läkarnas uppgifter hade börjat överföras på skickliga sjukskötare. Dessa sjukskötare hade inte fått vidareutbildning och kartläggningen visade behov för vidareutbildning. (Fagerström (red.), 2011, s. 38). Den första utbildningen ledde inte till någon officiell examen men år 2006 blev det en mastersexamen på högskolenivå. Utbildningen var inriktad på tre huvudområden: förebyggande omvårdnad och hälsofrämjande, bedömning av vårdbehov och vård samt uppföljning av patienter med akuta och kroniska sjukdomar. (Fagerström, 2009).

Motivering för att vidareutbilda sjuksköterskor bygger även på lagstiftningen där hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) innefattar att främja hälsa och välbefinnande, att ta kundcentrering på allvar, minska hälsoskillnaderna, stärka primärvården, stärka samarbetet mellan personal inom hälso- och sjukvården, förverkliga kvalitetsarbete och patientsäkerhet och därtill dämpa kostnadsökningen.

2 Bakgrund

Finlands sjuksköterskeförbund beskriver karriärsutveckling för den kliniska sjukskötaren i en trestegsmodell. Grunden är en sjukskötarexamen på 210 studiepoäng på yrkeshögskolenivå. Därefter följer en tilläggsutbildning på 30–60 studiepoäng. Den sista fasen utgörs av en högre yrkeshögskoleexamen eller magisterexamen som avancerad klinisk sjukskötare. Sjukskötarens begränsade förskrivningsrätt (45 studiepoäng) beskriver Finlands sjuksköterskeförbund som ett mellanting mellan specialiserad sjukskötare och avancerad klinisk sjukskötare eftersom de har särskild kompetens inom klinisk vård. (Finlands Sjuksköterskeförbund, 2017).

För en avancerad klinisk sjukskötarutbildning finns flera element som inte finns med i grundutbildning för sjukskötare. Dessa är bl.a. klinisk undersökningsmetodik på avancerad nivå, fördjupad bedömning av patientens hälsobehov, avancerad patofysiologi och farmakologi. En avancerad klinisk sjukskötare har följande sju kärnkompetenser; direkt klinisk praxis, expertvägledning och handledning av patienter, konsultation, forskning, kliniskt och professionellt ledarskap samt systemledarskap, samarbetsförmåga och etiskt beslutsfattande. (Fagerström (red.), 2011, s.26–28).

Jag kommer att använda mig av avancerad klinisk sjukskötare och AKS som synonymer i texten nedan.

2.1 Avancerad klinisk sjukskötare

I Finland benämns en sjukskötare som har en tilläggsutbildning på magisternivå avancerad klinisk sjukskötare, AKS. Den engelska beteckningen "Advanced Practice Nursing", förkortning APN, är ett paraplybegrepp för olika sorters utvidgad professionell yrkesutövning för sjukskötaren. (Fagerström (red.), 2011, s.25). Enligt International council of nurses (2020) är APN en specialistsjuksköterska på minst magisternivå där sjukskötaren har ett expertkunnande, en förmåga att fatta komplexa beslut och en klinisk kompetens, vilka krävs för en utvidgad arbetsbeskrivning. Arbetsbeskrivningen formas av landet AKS-skötaren jobbar i samt inom vilket verksamhetsområde AKS-skötaren jobbar i.

Olika länder, vårdorganisationer samt universitet och högskolor har olika definition för titeln, yrkesrollen och vilken grad av autonomi en avancerad klinisk sjukskötare har. I vissa länder har en avancerad klinisk sjukskötare automatiskt rättighet att föreskriva läkemedel (Fagerström (red.), 2011, s 25–26). I Finland specificeras rätten att föreskriva läkemedel för sjukskötare i lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 23 b § (12.4.2019/533) där tilläggsutbildning krävs för sjukskötare för en begränsad förskrivningsrätt. En avancerad klinisk sjukskötare har alltså inte automatisk förskrivningsrätt och en sjukskötare med begränsad förskrivningsrätt är inte automatiskt en avancerad klinisk sjukskötare Finland.

2.2 Begränsad förskrivningsrätt

Sjukskötare som har begränsad förskrivningsrätt har genomgått en tilläggsutbildning och har tillräcklig praktisk erfarenhet inom verksamheten hen är anställd vid, enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, 28.6.1994/559. Sjukskötarens begränsade förskrivningsrätt grundar sig på social- och hälsovårdsministeriets förordning

om förskrivning av läkemedel, 2.12.2010/1088. Legitimerade sjukskötare, hälsovårdare och barnmorskor som är berättigade att verka som sjukskötare och som fått ett skriftligt förordnande enligt 23 §b i lagen om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården, 28.6.1994/559 har rätt att förskriva läkemedel från apotek, i enlighet med det skriftliga förordnandet.

Möjligheten för sjukskötare att vidareutbilda sig för att få begränsad förskrivningsrätt har funnits sedan år 2010. Väldigt få undersökningar har gjorts kring arbetet för sjukskötare med begränsad förskrivningsrätt. I *Lääkärilehti* (2019) har det publicerats en studie kring sjukskötarens begränsade förskrivningsrätt. Studien visar att sjuksköterskans begränsade förskrivningsrätt inte har uppnått alla önskade effekter. Det ses ha förbättrat tillgången till behandling, sjuksköterskornas kompetens och lättat läkarnas arbetsbörda på vissa enheter, främst inom studerandehälsovård och familjeplanering men de upplevda fördelarna har förblivit ganska små. Sjukskötarens med begränsad förskrivningsrätts arbetsbild och arbetsuppgifter bör utvecklas så att deras kompetens kan användas mera brett. (Laapio-Rapi, Tulonen-Tapio, Ukko & Rantanen, 2019).

2.3 Patientens hälso- och vårdplan

Hälso- och sjukvårdslagen, 30.12.2010/1326, förutsätter att en *"hälso- och vårdplan görs upp som stöd för patientens vård. En hälso- och sjukvårdsplan görs upp för alla patienter vars vård kräver samordning och som har nytta av en uppgjord plan"*. En hälso- och sjukvårdsplan görs upp när t.ex. ett av följande villkor uppfylls:

- Patienten anlitar hälso- och sjukvården i stor utsträckning

- Patientens sjukdom eller hälsotillstånd kräver långvarig uppföljning, vård eller rehabilitering
- Patienten har en akut åkomma som kräver undersökningar eller vård hos flera aktörer inom social- och hälsovården
- Patienten vill ha en egen hälso- och vårdplan.

(Kanta, hälso- och vårdplan u.å.)

2.4 Patientens ställning och rättigheter

Patientens rättigheter i social- och hälsovården grundar sig i lag om patientens ställning och rättigheter, 17.8.1992/785. Enligt lagen har patienten rätt att få hälso- och sjukvård av god kvalitet i rätt tid. Patienten har rätt till gott bemötande med respekt för människovärde, övertygelse och integritet. Patienten har rätt till vård på sitt eget modersmål, svenska eller finska och dessutom ska individuella behov och patientens kultur i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet. Social- och hälsovårdstjänsterna ska ges jämlikt; ålder, hälsotillstånd, handikapp eller boendeort får inte påverka vården patienten får. Patienten har rätt till självbestämmanderätt vilket betyder att all vård och behandling ges i samförstånd med patienten. Om patienten är oförmögen att fatta egna beslut om vården eller behandlingen ska dennes lagliga företrädare eller annan närstående person ge samtycke till viktiga vårdbeslut. En minderårig patients åsikt ska tas i beaktande om barnet med tanke på ålder och utveckling kan fatta beslut om vården. Patienten skall ges information om sitt hälsotillstånd, vården och behandlingens omfattning, risker och olika behandlingsalternativ. Patienten har även rätt att kontrollera de uppgifter som förs in i patientens journal samt kräva att oriktiga eller onödiga uppgifter rättas, makuleras eller kompletteras. Patienten har även rätt att få information om kötiden vid intagning för vård. En vårdplan ska vid behov uppgöras för patienten. Patienten har rätt att göra en

anmärkning om hen är missnöjd med vården. God medicinsk praxis kompletterar lagen om patientens ställning och rättigheter. (Social- och hälsovårdsministeriet, u.å.).

2.5 God medicinsk praxis

God medicinsk praxis eller gängse vård, som används i de svenska översättningarna för god medicinsk praxis. Gängse vård-rekommendationer är oberoende nationella behandlingsmetoder baserade på forskningsbevis. I rekommendationerna diskuteras finländarnas hälsa samt sjukdomars behandling och förebyggande av sjukdomar. Rekommendationerna är utarbetade för läkare, sjukvårdspersonal och övriga medborgare som grund för behandlingsbeslut. Rekommendationerna utarbetas av Finska läkarsällskapet duodecim tillsammans med olika specialistläkarförbund. (Käypä hoito, 2012).

Gängse vård är alltså evidensbaserade rekommendationer för behandling och förebyggande av sjukdomar. Evidensbaserad vård bygger på ett problemlösande tillvägagångssätt för tillhandahållande av hälso- och sjukvård som integrerar den bästa evidensen från studier och patientvårdsdata med klinisk expertis, patientpreferenser och värderingar. När gängse vård levereras i ett sammanhang av vårdande och i en stödjande organisationskultur, kan högsta vårdkvalitet och bästa patientresultat uppnås. (Melnik, Fineout-Overholt, Stillwell & Williamson, 2010).

3 Syfte och frågeställningar

I examensarbetet kommer jag att se hur dagens AKS-mottagningar fungerar genom en intervju med AKS-skötare på en AKS-mottagning. Jag vill ta reda på fördelar och nackdelar med den redan fungerande mottagningen. Vad är behovet för en mottagning på ett verksamhetsställe där det inte funnits tidigare? För att få svar på det har jag tänkt intervjua avdelningsskötare och läkare. Utgående från intervju svaren utvecklar jag en modell som kunde fungera för en AKS-mottagning.

Eftersom AKS-rollen varierar i olika sammanhang kommer jag att fokusera på AKS på en mottagning inom öppna vården på en hälsovårdscentral. Jag kommer även att ta i beaktande sjukskötarens begränsade förskrivningsrätt med beaktande att de förutom att ha gått tilläggsutbildning för begränsad förskrivningsrätt är utbildade AKS.

Mina forskningsfrågor:

- Vilka faktorer påverkar funktionen av en AKS-mottagning?

- Vilka faktorer bör beaktas vid nyetablering?

4 Tidigare forskning

I detta kapitel kommer tidigare forskning att presenteras om avancerad klinisk sjukskötare. Litteratursökningen i examensarbetet har gjorts elektroniskt. Sökningar har skett via olika databaser. De elektroniska databaserna som har använts är Cinahl complete (Ebsco) samt

PubMed. Vid sökning på Cinahl har även specificeringen *advanced nursing practice* som specialintresse använts.

Fagerström (red.) (2011, s.29) räknar upp flera benämningar i litteraturen som används på sjuksköterskor i avancerad kliniska omvårdnad; nurse practioner, acute care practioners, pediatric nurse practioner, primary health care practioner, expert nurse, clinical nurse specialist, advanced practice nursing, advanced nurse practioner, nurse anesthetist, nurse-midwives, nurse consulent, specialist practioner, physicians assistant. Higher level practioner. Alla termer är definitioner av AKS-rollen, orsaken till att det finns många termer kan vara att AKS-rollen finns inom många olika verksamheter och väldigt olika roller beroende på vilken verksamhet hen jobbar i. (Fagerström (red.), 2011, s.73; Glasberg et al, 2009). Som sökord har valts att använda *advanced practice nursing* och *advanced nurse practioner* då de benämningarna omfattar den AKS-roll som undersöks. Övriga sökord som används var *PEPPA, implementation, promoting and inhibiting factors*.

4.1 Införandet AKS-rollen

Den internationella utvecklingen av en klinisk expertsjukskötarrroll startade i mitten på 1960-talet i USA och spred sig de följande decennierna bl.a. till Storbritannien. I Norden startade den första utbildningen för expertsjukskötare i Skövde, Sverige år 2003. (Glasberg et al, 2009).

Ljungbeck och Sjögren-Forss (2017) beskriver att det är svårt att hitta kompetent personal till äldreården men i och med AKS-rollen kan det locka flera eftersom det då finns karriärmöjligheter. Det är även svårt att rekrytera läkare inom primärvården. Det handlar inte längre om att bara rekrytera kompetent personal. De färdigheter och specialkunskaper som personalen har måste utnyttjas.

4.2 AKS i det kliniska arbetet

Det finns gott om undersökningar där man intervjuat AKS-skötare om hur de upplever sitt arbete. Wisur-Hokkanen, Glasberg, Mäkelä och Fagerström (2015) intervjuade 24 avancerade kliniska sjukskötare om processer och strukturer i arbetet samt resultat av att arbeta som avancerad klinisk sjukskötare. Intervjuerna gjordes med finländska AKS-skötare. De kunde urskilja tre huvudteman kring AKS arbetsroll; bredare och djupare helhetssyn på patienternas hälsotillstånd, självständigt och ansvarsfullt arbetssätt och att känna sina egna gränser.

Glasberg et al (2009) intervjuade 17 utbildade expertsjukskötare och sex av dem beskrev sitt arbete som mera självständigt efter utbildningen. Hälsovårdare och sjukskötare i specialfunktion hade även tidigare jobbat mycket självständigt och upplevde därför ingen nämnvärd förändring efter utbildningen. De flesta av de intervjuade beskrev att de fått större ansvar. Det större ansvaret gällde helhetsansvar för patienterna, systematisk undersökning av en patient och vård av infektionspatienter. De hade även större ansvar för förebyggande information om folksjukdomar.

Gysin, Sottas, Odermatt och Essig (2019) intervjuade både avancerade kliniska sjukskötare och allmänläkare inom ett projekt med syfte att införa avancerad klinisk sjukskötarmottagning inom schweizisk primärvård. De upptäckte att de nya AKS hade en pionjärande som ville forma och förbättra framtidens vård. Fördelen med AKS ansågs vara att ha mera tid och göra skillnad för patientvården, vilket ledde till högre vårdkvalité och flexibilitet. Forskarna identifierade vikten av att känna till sina egna gränser inom kunnandet.

Glasberg et al (2009) skriver att expertsjukskötarna hade fått en ökad förståelse av vad de klarar av och inte klarar av t.ex. olika patientgrupper och bedömningar. De var också tryggare och säkrare i arbetsrollen. Även arbetstillfredsställelsen ökade efter utbildningen.

Nieminen, Mannevaara och Fagerström (2011) skriver att sjukskötare som vidareutbildat sig till AKS-skötare hade ökat ansvar inom omvårdnad och bedömning av patienten, klinisk kompetens inom vårdrelationer, klinisk kompetens inom multiprofessionellt teamarbete, kliniska kompetenser inom kompetensutveckling och omvårdnad och klinisk kompetens inom ledarskap i en lärande och vårdande kultur.

För utveckling av AKS-rollen skriver Gysin et al (2019) att ytterligare regleringar kommer att vara viktiga för att främja rolltydlighet och ansvarsskyldighet.

4.3 Patienters erfarenhet av AKS

Studier har gjorts för att utvärdera AKS-rollen, främst i Nordamerika, England och Australien. Dessa länder har AKS-styrda kliniker och mottagningar vilket gör att man i studierna ofta jämför AKS-mottagningar med läkarmottagningar. Resultaten tyder på att patienterna är mer tillfredsställda med den vård som AKS-skötaren ger jämfört med läkaren. (Glasberg et al., 2009; Eriksson, Lindblad, Möller & Gillsjö, 2017; Boman, Glasberg, Levy-Malmberg & Fagerström, 2019).

4.4 Positiva sidor med AKS-rollen

Ljungbeck och Sjögren-Forss (2017) intervjuade AKS-skötare i Sverige. I intervjuerna framkom att AKS-rollen ökar patientsäkerheten eftersom AKS-skötaren har större kunskap än sjukskötare om komplexa patientbilder, genom sin kliniska kompetens, sitt ledarskap och sin samverkan. Kontinuiteten i vården ansågs förbättras.

Förmän ansåg att AKS-rollen kunde minska läkares arbetsbörda, vilket kunde leda till att läkarna får mera tid för mer krävande patienter. Detta kunde göra sjukvården mera effektiv. Läkarna upplevde att det fanns uppgifter som kunde göras av en AKS, eftersom läkarna enligt egen utsago ofta inom den kommunala sjukvården agerar utifrån sköterskans bedömning och ofta via telefonkonsultation. (Ljungbeck & Sjögren-Forss, 2017).

Expertsjukskötarna upplevde att samarbetet mellan läkarna blev bättre efter utbildningen. Expertsjukskötarna upplevde även positiva reaktioner från övriga kollegor. (Glasberg et al., 2009).

Undersökningar har visat likvärdig vårdkvalité i jämförelse mellan läkare och AKS-sjukskötare. Det finns även forskning som visar att vården av AKS-skötare är mera kostnadseffektivt. (Eriksson et al., 2017). Studier visar även på minskning av intagningar på sjukhus och vårdinrättningar (Boman et al., 2019).

4.5 Tillgängligare vård

I och med införande av AKS-rollen trodde AKS-skötarna att det skulle spara dem tid och underlätta deras arbete. Istället för att försöka få tag i en läkare för konsultation, skulle det vara lättare att ens AKS-skötare gör hela bedömningen, inklusive beställning av blodprov samt förskrivning av läkemedel. (Ljungbeck & Sjögren-Forss, 2017). Även tillgång till sjukvården ansågs bli snabbare (Fagerström & Glasberg, 2011; Ljungbeck & Sjögren-Forss, 2017).

4.6 Utmaningar och hinder för AKS-rollen

AKS-rollens otydlighet är en av de största utmaningarna för AKS-rollen. (Lowe, Plummer, O'Brien & Boyd, 2012). Wisur-Hokkanen et al. (2015) identifierar hämmande faktorer i AKS-rollen, bl.a. bristande organisatorisk förståelse för den avancerad kliniska sjukskötaren, dålig planering som leder till otillfredsställande omvårdnadsmodeller och bristande kunskap om AKS hos ledning, personal och patienter (Glasberg et al, 2009). Gysin et al (2019) beskriver att de huvudsakliga hindren är att läkarna har liten kunskap om sjuksköterskor i avancerade roller och att den avancerade kliniska sjukskötaren saknar mod när det gäller att anta sin nya roll som AKS. Även Ljungbeck och Sjögren-Forss (2017) beskriver att läkarna inte var övertygade att AKS-skötaren ville ta det ansvar som rollen innebär.

Expertsjuksköterna saknade stöd i utvecklingen i sin AKS-roll. Arbetsgivaren kunde ha utvecklat AKS-rollen betydligt mera än vad som gjorts, ansåg de. Ledningen kunde också ha prioriterat utvecklingen av AKS-rollen betydligt mera, enligt expertsjuksköterna. De upplevde även sina nya roller som betungande och otydliga. Det fanns inte tid och resurser för AKS-skötaren för att utveckla den nya rollen. Bristen på resurser ansågs delvis även bero på att AKS-rollen var otydlig och expertsjuksköterna skötte delvis också tidigare arbetsuppgifter. (Glasberg et al., 2009).

4.7 Implementering av AKS

Jokiniemi, Haatainen, Meretoja och Pietelä (2014) beskriver att den viktigaste faktorn i implementeringen kan anses vara vårdchefen men för att lyckas med implementeringen krävs också engagemang från olika intressenter. (Torrens et al., 2020).

I artikeln *The Development of Evidence Briefs to Transfer Knowledge About Advanced Practice Nursing Roles to Providers, Policymakers and Administrators* (2015) skriver Kilpatrick, Carter, Bryant-Lukosis, Charbonneau-Smith och DiCenso om hur man ska förmedla informationen om AKS-rollen till leverantörer, beslutsfattare och administratörer. Informationen kring AKS bör innehålla en kortfattad definition av AKS-rollen, information om säkerhet, effektivitet, kostnadsbesparingar och effektiv rollimplementering. Som effektiva metoder ansågs personliga e-postmeddelanden, möten, att engagera sjuksköterskor och AKS-skötare i organisationer där AKS-rollen implementerats framgångsrikt och att engagera media och utnyttja sociala medier.

5 Teoretisk utgångspunkt

För en lyckad implementering av AKS-skötare behövs en modell för implementering. Bryant-Lukosius och DiCenso (2004) beskriver PEPPA-modellen som är designad för att övervinna implementeringssvårigheter genom kunskap och genom förståelse av AKS-rollen och omgivningen. Modellen har anpassats för avancerad klinisk vård utgående från två redan befintliga modeller.

PEPPA är en förkortning och står för följande; participatory - deltagande, evidence-based - evidensbaserad, patient – focused -patientfokuserad, process for – process för, advanced practise nursing role development, implementation, and evaluation - utvecklandet av avancerade kliniska omvårdnadsroller, implementering och utvärdering (Fagerström (red.), 2011, s. 392-393) Boman, Gaarde, Levy-Malmberg, Wong och Fagerström (2021) beskriver att användningen av PEPPA-ramverket inte är bunden till en speciell vårdkontext och kan användas i olika vårdkontexter.

Den process som krävs för att framgångsrikt genomföra AKS-roller är komplexa och dynamiska, precis som AKS-rollerna. Peppa ramverket gör upp steg och strategier för implementering av rollen som AKS som är relevanta. Engagemang i intressanta processer ger möjlighet att fastställa behovet och identifiera gemensamma mål för en tydligt definierad AKS-roll. Peppa ramverket främjar förståelsen för AKS-rollen och optimal användning av AKS-expertisen. Effektiva planerings- och implementeringsstrategier skapar miljöförhållanden som är nödvändiga för att stödja AKS-rollutvecklingen och långsiktiga integration. Den målinriktade och resultatbaserade processen utgör också grunden för framtida utvärdering och därmed fortsatt förbättring av AKS-rollen och leverans av hälsovårdstjänster. (Byant-Lukosis & DiCenso, 2004).

PEPPA-modellen består av nio steg. De nio stegen utgår från patientbehov, inklusive omvårdnadsstandard, omfattning av praxis för rollavgränsning, att stödja rollutveckling genom utbildning som överensstämmer med rolldefinitionen och noggrant utvärdera rollen. Stegen är systematiska och evidensbaserade. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Det första steget i PEPPA-ramverket är att definiera patientpopulationen, hur patienter kommer in i hälso- och sjukvårdssystemet och den nuvarande vårdmodellen. Utgångspunkten är att definiera den nuvarande vårdmodellen genom att kartlägga hur patienter kommer in i vården och interagerar med vårdgivare under vårdperioden. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

I andra steget identifieras nyckelintressenter och deltagare rekryteras. Deltagare är patienter och familjer, förespråkargrupper, volontärbyråer, vårdorganisationer, vårdteamet, yrkesorganisationer, supportpersonal, administratörer, lärare och myndigheter som är involverade i hälsopolitik och finansiering. Deltagarna företräder särintressen, värderingar, upplevd makt och förväntningar. Termen *deltagare* används för att återspegla den aktiva roll som individer har för att definiera uppgifter och arbeta som planerare, elever, datainsamlare och beslutsfattare. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Faktorer att beakta vid rekrytering av deltagare inkluderar förmåga att investera tid och energi att kommunicera intressentfrågor. Deltagarna bör representera en rad olika intressenter som skulle påverka eller påverkas av förändringar av vårdmodellen och införandet av en AKS-roll. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). Ur AKS-rollens perspektiv måste det finnas en balans mellan medicinska och andra intressenters synpunkter. Medicinen dominerar ofta utvecklingen av AKS-rollen, dock uppnås optimalt resultat när AKS-rollen har en stark inriktning på omvårdanden. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Tredje steget kännetecknas av att det utreds behovet av en ny vårdmodell. I detta steg bedömdes styrkor och begränsningar i den nuvarande modellen ur olika perspektiv för att fastställa behovet av en ny vårdmodell. I tredje steget utreds dessa frågor: vilka är patienternas och familjens hälsobehov? Vad är sammanhanget och konsekvenserna av dessa behov? Vilka faktorer bidrar till dessa behov? Vad är deltagarnas uppfattning om dessa behov? Vilken ytterligare information krävs om behoven? Vilka källor och metoder används för att inhämta information? (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

I fjärde steget identifieras prioriterade problem och mål. I det fjärde steget bör en mer fullständig förståelse för patientens behov och styrkor och begränsningar i den nuvarande modellen utvecklas. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

I femte steget definieras den nya modellen av vård och AKS-rollen. I detta steg går deltagarna till handling genom att bestämma modifieringar av modellen för vård och behovet av en AKS-roll. Nya vårdpraxis och vårdleveransstrategier kan behöva antas för att uppnå identifierade mål, evidensbaserat data som stöder förändringen söks. AKS-rollen undersöks noggrannare, är det en AKS-roll som passar in i nya modellen av vård? Vilka fördelar och nackdelar finns det med AKS-rollen jämfört med alternativa vårdgivarroller? (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

I sjätte steget planeras implementeringsstrategi. I detta steg identifieras resultat, planeras utvärderingsplan och samla in baslinjedata (identifiera möjligheter och hinder; medvetenhet om yrkesroll, AKS-utbildningen, administrativa stöd och resurser och regleringsmekanismer). Handlingsstadiet fortsätter med att utveckla en plan för att säkerställa systemberedskap för AKS-rollen. I detta steg funderas kring när de målrelaterade resultaten av införandet av AKS-rollen kommer att uppnås och vilka är hinder och möjligheter med utveckling och implementering av AKS-rollen. Även resurser kring rollutveckling och implementering tas upp i detta steg. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

I sjunde steget inleds implementeringsplanen av AKS-rollen. Strategierna i steg sex bör helst implementeras i en logisk frekvens i vilken deltagare är orienterade mot potentiella rollinnehavare skaffar sig nödvändig utbildning, administrativa stöd och resurser finns på plats; regleringsmekanismer och policyer och förfaranden upprätthålls och personen anställs och rollutvecklingen och implementeringen påbörjas. Sällan är det möjligt att ha alla strategier på plats vid tidpunkten för rollintroduktion och kontinuerlig förändring inom AKS-arbetsmiljön kommer att kräva att nya strategier och stöd i rollutvecklingen. Pepparamverket är en kontinuerlig process med rörelse i dessa steg. En kritisk punkt i implementering av AKS-rollen är tiden, det tar 3–5 år för implementering för en ny AKS-skötare. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Åttonde steget evalueras AKS-rollen och den nya modellen för vård. Inkludering av vårdmodellen i utvärderingen kommer att hjälpa att identifiera hur roller, relationer och resurser påverkar AKS-resultatet. Inledande utvärdering av AKS-rollen och vårdens modell bör fokusera på resultat relaterade till säkerhet och effekt, acceptans och tillfredsställande, kostnader och rollöverföring. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

AKS-skötaren har ett ansvar att övervaka effekten av rollen och hens egen prestation. Det bör inkludera datainsamling som är relevant för målen. De dokumenterade aktiviteterna som är relevanta, inom den avancerade kliniska vården, för målen är avgörande för att

behålla sin position och även tillhandahållit bevis för att lägga till ytterligare yrkesroller. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

I det sista steget, nionde steget, görs en långvarig monitorering av AKS-rollen och modellen för vård. Den långvariga utvärderingen är viktig, eftersom kontinuerliga förändringar inom avancerade kliniska vårdens arbetsmiljö kan påverka säkerheten, tillfredställelsen, ledningen och policy inom omvårdnad. Framsteg inom behandling och teknologi kan påverka patienternas hälsobehov och vård. I långtidsutvärderingen bör varje steg i Peppa-modellen ses över och göra lämpliga förändringar i AKS-rollen, rollstöd och vårdmodellen. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

6 Metod

Frågeställningarna har besvarats genom kvalitativ metod. Kvalitativ metod används för att kunna beskriva fenomen eller sammanhang i omvärlden. Som datainsamlingsmetod inom de kvalitativa metoderna kan intervjuer göras. (Olsson & Sörensen, 2011, s.131.). Intervju är lämpligt att välja när forskaren önskar få reda på uppfattningar, känslor och erfarenheter samt även vid privilegierad information, där möjlighet ges att tala med nyckelpersoner på fältet. (Denscombe, 2018, s.268). Forskningslov för studien har ansökt och beviljats från Österbottens välfärdsområde (bilaga 1).

6.1 Datasamling genom intervju

Under intervjun ska forskaren styra diskussionen. Beroende på hur strikt forskaren håller sig till uppgjord agenda klassificeras intervjun som strukturerad, semistrukturerad eller ostrukturerad. (Denscombe, 2018, s.268). I intervjun valdes att följa en semistrukturerad intervju där forskaren har förberedda frågor som ska besvaras men forskaren är flexibel gällande ordningsföljden och de intervjuade har möjlighet att utveckla sina åsikter inom ämnet. I en semistrukturerad intervju kan forskaren ändra frågorna under projektets gång. (Denscombe, 2018, s.269).

Båda intervjuerna i undersökningen är fokusgruppintervjuer. I en fokusgruppintervju sammanförs en liten grupp med människor för att undersöka attityder och uppfattningar. Den idealiska gruppstorleken är sex till nio deltagare men är ofta mindre i småskaliga undersökningar. (Denscombe, 2018, s.271). Vid en fokusgruppintervju är forskarens roll mera att underlätta gruppinteraktionen än att leda diskussionen. (Denscombe, 2018, s. 272).

Intervjuerna skedde genom inbokade träffar på informanternas arbetsplatser. De utvalda informanterna kontaktades först elektroniskt där de fick ett informationsbrev. I informationsbrevet fanns information om forskningens innehåll, behandling av personuppgifter och forskningens praktiska genomförande. Intervjufrågorna hade inte informanterna tillgång på förhand. Intervjufrågorna utgår från syftet och frågeställningarna. Intervjuerna var frivilliga och godkännande om forskningslov samt godkännande från deltagarna förutsattes. Innan intervjuerna påbörjades fick informanterna igen, muntligen, information som fanns i informationsbrevet samt en samtyckesblankett (bilaga 2) som undertecknades av informanterna. Intervjuerna bandades. Intervjuerna tog mellan 45 min-75 min.

6.2 Urval

Informanterna valdes genom subjektivt urval och bekvämlighetsurval. Subjektivt urval betyder att informanterna handplockas för att kunna ge den bästa informationen till forskaren (Denscombe, 2018, s.68). Informanterna ska ha den kunskap som kommer att vara värdefull för forskningen. Till undersökningen valdes de informanter som ansågs bäst kunna svara på frågeställningarna. Risken med slumpmässiga urval är att de avviker systematiskt från hela populationen när det gäller vad som skall observeras och registreras (Olsson & Sörensen, 2011, s.115). Bekvämlighetsurval betyder att eftersom forskaren har begränsat med resurser väljs de mest fördelaktiga alternativet – när det finns möjlighet att välja mellan likvärdiga alternativ att ta med i undersökningen. I de flesta studier finns sannolikt ett inslag av bekvämlighetsurval. (Denscombe, 2018, s. 71).

Det finns väldigt få AKS-befattningar, i Finland var år 2022 endast 0,2% av alla arbetande sjukskötare AKS-skötare (Finlands sjuksköterskeförbund, 2023). Det gjorde möjliga informanternas antal väldigt litet, därtill har studien begränsats till att gälla öppen vård inom Österbottens välfärdsområde, vilket ytterligare begränsade antalet informanter. För urvalet av ledare följdes subjektivt urval och bekvämlighetsurval eftersom ledarna kunde anses vara lika lämpliga informanter på flera olika verksamhetsorter. Informanter, i form av ledare, skulle kunna generera ett mycket större antal informanterna än informanter som är AKS. Eftersom inte studien enbart inriktar sig på ledare och i studien var frågeställningar som AKS ansågs ha viktiga information om, begränsades antalet informanter som var ledare för att få mera jämställda svar kring frågeställningarna.

6.3 Dataanalysmetod

Inom all kvalitativ forskning bygger analysen på att människor skapar eller konstruerar sin sociala verklighet och ger mening åt sina erfarenheter. Verkligheten blir inte entydig utan mångfacetterad. (Dalen, 2007, s.18). Materialet analyseras med hjälp av en innehållsanalys. Innehållsanalys kan användas som analysmetod för alla texttyper. (Denscombe, 2018, s. 402).

I innehållsanalys väljs lämpliga textavsnitt i intervjun, texten bryts ner till mindre enheter. I nästa steg bör forskaren ha klara *nyckelord* associerat till temat. Orden/meningar överförs till de överensstämmande kategorierna, nyckelorden. (Denscombe, 2018, s. 402). I studien valdes intervjufrågor och svaren som lämpliga textavsnitt och nyckelord hittades i svaren. Kategori som hade liknande betydelse lades inom samma nyckelord. Efter dessa steg sker tolkning. Texten tolkas och texten svarar på teman om vad svaren handlar om. (Höglund Nielsen & Granskär, 2018, s. 224–226).

För kvalitativ innehållsanalys används trovärdighet för bedömning av giltighet och trovärdighet. Det bygger främst på att metoderna för insamling och analys av data på ett acceptabelt sätt ska kunna kontrolleras av andra forskare. I kvalitativa forskningen är det dock svårt att ställa ett sådant krav då omständigheterna ändras vilket innebär svårigheter att eftergranska resultaten. Därför är det viktigt i kvalitativa metoder att beskriva förhållandena för forskaren, informanterna och intervjusituationen. Det behöver även framkomma metod för bearbetning av datamaterialet. (Dalen, 2007, s.114–116).

6.4 Etiska överväganden

I studien följdes etiska principer för humanforskningen och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland. All forskning i Finland styrs av att forskaren respekterar de undersöktas människovärde och självbestämmanderätt. Enligt grundlagen 1999/731, 6–23 § har alla rätt till liv, personlig frihet och integritet, rörelsefrihet, religionsfrihet, yttrandefrihet, egendomsskydd och skydd för privatlivet. Forskningen får inte göras så att den medför betydande risker eller skador för människor, samhället eller andra undersökningsobjekt. (TENK, 2019, s.8).

De som deltar i en undersökning ska delta av frivillighet. Extra viktigt är det att deltagarna deltar frivilligt om den finns någon sorts relation mellan forskare och deltagare, t.ex. kundrelation, arbets- eller tjänsteförhållande, studierelation eller annan relation. Forskaren ska dokumentera deltagarens muntliga, skriftliga, elektroniska eller på annat sätt givna samtycke till att delta i undersökningen. Deltagarna har rätt att avbryta deltagandet när som helst under medverkandet men avbrytandet hindrar inte användning av uppgifter som samlats dithills. Ingen orsak behöver uppges för att avbryta ett deltagande. (TENK, 2019, s.9–10).

Deltagarna ska få information om forskningens innehåll, behandling av personuppgifter och forskningens praktiska genomförande. Informationen ska ges på ett språk som förstås av deltagaren i antingen skriftlig eller elektroniska form. Forskningsdeltagarna ska ges tillräcklig betänketid att fatta beslut om deltagande. Deltagaren har även rätt att få en förståelig bild av forskningens mål samt eventuella nackdelar och risker med undersökningen. (TENK, 2019, s.12–14).

I denna studie beaktades de etiska principerna genom att forskningslov anhölls samt personliga tillstånd för intervjuer krävs, inga personuppgifter eller namn antecknas, det bandade materialet förstördes efter transkriberingen.

7 Resultat

För att få synpunkter av personer i ledande ställning intervjuades avdelningsskötaren och överläkaren på en hälsovårdscentral inom Österbottens Vårdsområde, där det inte finns en AKS-mottagning. En kort tid har en AKS-skötare jobbat på den aktuella hälsovårdscentralen. AKS-skötaren var huvudsakligen på akutmottagningen den tid hen jobbade där.

AKS-skötarna som intervjuades jobbar på en AKS-mottagning på en hälsovårdscentral inom Österbottens Vårdsområde. AKS-mottagningar har funnits på den aktuella hälsovårdscentralen i över 10 år. I fokusgruppintervjun deltog två AKS-skötare, varav den ena jobbat i 10 år och den andra i 1 år som AKS-skötare. En av AKS-skötarna hade även begränsad förskrivningsrätt.

Alla intervjuade var kvinnor med mer än 10 års arbetserfarenhet inom social- och hälsovården.

7.1 Inställning till AKS-mottagning

Ledarna hade en positiv inställning till AKS. De ansåg att det behövs nya mottagningar för att klara av hälso- och sjukvårdens krav.

"Jag tror det finns mera möjligheter än begränsningar"

"Mera möjligheter, definitivt"

"Vi behöver vara öppna till förändring och bygga upp nya verksamheter"

AKS-skötarna upplevde även att patienterna var positiva till AKS-mottagningen. De upplevde även positiv feedback från läkarna. Enligt dem var patienterna nöjda med mottagningen.

7.2 Hinder med AKS

AKS-skötarna identifierade en hel del hinder med AKS-mottagningen. Brist på stöd i rollen som AKS-skötare och även otydlighet med rollen. Även hos förmän och ledare inom organisationen upplevde AKS-skötarna okunskap om rollen. AKS-skötarna ansåg också att deras arbete påverkades av utmaningar kring kostnader och vart samhällsutveckling är på väg. AKS-skötarna funderade även kring framtiden kring AKS-mottagningarna med tanke på de hårda sparkrav som finns inom välfärdsområdena.

" Nackdelen med AKS är att det känns som ingen är på vår sida, ibland har jag riktigt tänkt att varför gick jag till det här?"

"Utmaningarna är att vi inte får det stödet vi behöver, att det blir nedmonterat"

Ledarna funderade även kring flexibiliteten i arbetet om AKS-skötare endast har mottagning för en speciell patientgrupp. AKS-skötarna funderade även på samma sak, kring olika arbetsuppgifter men ansåg att det var viktigt att AKS-mottagningen inte tas bort till fördel för annan mottagning.

”Begränsningar är ju resurser. Dels att start en verksamhet... Och binder man fast personal bara vid den verksamheten eller kan den personalen hjälp till på andra ställen. Om man tänker här, som är en liten yrkesgrupp och börjar man binda fast folk på olika ställen så är det dåligt med flexibilitet”

”Utmaningen är väl nog att få va kvar i AKS-rollen så det inte äts upp av allt annat.”

7.2.1 Otydlighet med AKS-rollen

Ledarna upplevde en otydlighet i arbetsrollen för AKS samt skillnader mellan olika vidareutbildningar för sjukskötare.

”Klart vi känner till men inte är det något.... För dåligt... Det måste vi väl säga...”

”Så du får gärna berätta; AKS, vad innebär det och vad jobbar man med då?”

AKS-skötarna upplevde också otydlighet i rollen som AKS-skötare. Deras egen uppfattning om deras var roll att de i grunden är sjukskötare med alla dess egenskaper har därtill blivit mera ”förädlade” – som kan göra lite allt möjligt. Den fördjupade kunskap som AKS-

skötaren besitter är central i AKS-skötarens roll. Skötaren med förskrivningsrätt upplevde att den utbildningen gav henne de "bitar som fattades" i helheten kring medicineringen. De upplevde även att kollegor inte kände till deras arbetsroll. Patienterna upplevdes känna till AKS-mottagningsverksamheten men inte specifikt AKS-rollen.

"Inte tror jag att de (patienterna) ser oss som skötare med en mastersutbildning utan av någon anledning har vi lite mera befogenheter"

"Det är de nya läkarna som inte känner till oss"

AKS-skötarna upplevde även utmaningar med att kunna förtydliga AKS-rollen och på så sätt få den mera tydlig för den som inte känner till AKS-rollen. De ansåg att verksamhetspunkten där AKS-skötaren jobbade speglade AKS-rollen. AKS-skötarna funderade även kring rekryteringen av AKS-skötare. De upplevde att om inga AKS-skötare sökte befattningar var arbetsgivaren beredd att ta sjukskötare med endast begränsad förskrivningsrätt, där det då eventuellt kunde uppstå brist på kompetens. Eftersom AKS-rollen var mera obekant för ledarna ansåg de att arbetsbilden kunde se lite olika beroende på vem som rekryterades. En AKS-skötare, en sjukskötare med begränsad förskrivningsrätt eller en med båda kompetenserna.

"AKS-utbildningen gav oss helhetstänk, förskrivningsrätt gav oss specialkunskaper"

"Så hänger det också på vem som blir anställd, har hen båda kompetenserna eller bara ena?"

7.2.2 Begränsningar i sjukskötarens begränsade förskrivningsrätt

AKS-skötaren med begränsade förskrivningsrätt ansåg förskrivningsrätten alltför begränsad. Hen upplevde att man borde få förnya patientens mediciner om hen är den som sköter patienten även om det gått några månader sedan man senast träffade patienten. Kravet att förnyandet bör ske under ett mottagningsbesök ansågs onödigt och recept kunde enligt skötaren mycket väl förnyas via t.ex. telefonkontakt.

"...En läkare som inte sett patienten på 5 år förnyar utan att blinka- det är orättvist"

AKS-skötaren ansåg även att medicinering som får påbörjas av sjukskötare borde utökas för att förenkla vården för patienterna. Sådana mediciner är blodtrycksmediciner, kolesterolmediciner och diabetesmediciner. Därtill kunde även rätten att skriva ut astmamediciner, öppnande sådana, underlätta vården för patienten.

"Utmaningar som vi ser med förskrivningsrätt är att förskrivningsrätten är för begränsad."

7.3 Införande av en ny mottagning

Ett hinder för att implementera AKS ansåg ledarna vara resursbrist. Den främsta resursbristen som ledarna ansåg vara är deras egna begränsade tid. Information var det som ledarna tog fram för att lyckas med implementeringen. I informationsgången upplevde de att de själva var i nyckelposition.

Ledarna ansåg även att ramarna för implementeringen borde komma från välfärdsområdet. Därtill upplevde de att det behövs väldigt tydliga riktlinjer från första början; vilken typ av patienter, hur bokas patienterna och hurudan tidsanvändning? För en lyckad implementering skulle även resurser, främst i form av tid, behövas.

"Jaa, det skulle ju vara bra att välfärdsområdet skulle styra upp det, att såhär ska det vara."

AKS-skötarna upplevde även att ledarna är i nyckelposition för utveckling av AKS-mottagningar. De ansåg även att ledarna behöver ha ett genuint intresse och ha visioner – därför lyckades deras AKS-mottagning så bra då den påbörjades för över 10 år sedan.

"Det behövs visioner hos förmännen för att skapa mottagningarna"

Dock var de inte lika eniga med ledarna om att riktlinjerna kring AKS-mottagningarna ska komma ännu högre ifrån (välfärdsområdena) eftersom mottagningarna påverkas så mycket av den kontext den finns i. Därtill upplevde de att kunskapen fattades hos högre ledare och därför kunde implementeringen försvåras nu i och med införandet av de nya välfärdsområdena. Dock ansåg AKS-skötarna det vara väldigt viktigt att AKS-mottagningarna skulle finnas på många ställen inom regionen och även i olika kontexter.

"Jag ser nog möjlighet att använda AKS på så många ställen men det ska vara stöd – det ska finnas ledaren och läkaren – för att bilda en AKS-mottagning."

7.4 Möjligheter med AKS

Ledarna var överens om att den största möjligheten med AKS är att läkarna skulle få mera tid för mera krävande patienter om en AKS-mottagning fanns. Tillgängligheten för patienterna skulle även förbättras samt kontinuiteten i vården. Eftersom resurserna inte ökar såsom patientökningen så ser ledarna att AKS-skötarna kunde sköta det mera förebyggande, som t.ex. olika årskontroller.

”Tiderna (årskontroller) kan vara väldigt viktiga för det förebyggande. Vi jobbar ju mer och mer mot att ta bort förebyggande bara för att klara av att sköta sjukvården – det skulle vara så viktigt att ha dessa – att de kommer på sina årskontroller men som sagt de behöver inte kom till en läkare varje år”

”Det är en stor patientgrupp som går på läkarkontroller, och det behovet föreligger kanske inte. Det skulle gå lika bra till en skötare”

AKS-skötarna upplevde även att tiderna till läkare räckte bättre till för de patienter som verkligen behövde läkartider då AKS-skötarna sköter patienter som mår relativt bra och är relativt stabila i sin sjukdom.

”...redan att vi tar den stora massan som mår rätt så bra så lämnar ju tider hos läkare för svårare fall”

”Läkarna har till och med sagt att det är vettigare använd arbetstid för dem att vi kommer med våra 20–25 konsultationer i jämförelse med att de skulle ha tagit 5 patienter. Vi få många mera ärenden skötta”

7.5 AKS i kliniska arbetet

Enligt ledarna har en stor grupp patienter nytta av en AKS-mottagning: hjärtpatienter, astmapatienter, reumapatienter och patienter inom akutvården. Ledarna ansåg att läkarna kunde lägga en del patienter på återbesök till AKS-mottagningen istället för till en läkare. Då skulle även en vårdplan finnas för patienten och att de med vissa intervaller eller vid behov besöka läkare, enligt vårdplanen som uppgjort hos läkaren.

Ledarna konstaterade att läkarna i dagens läge kan ha mindre krävande patienter på sin mottagning än vad sjukskötarna har på sin mottagning. Årskontroller av välmående patienter sköts av läkare medan mera krävande patienter "hamnar" på sjukskötarmottagningen då det inte finns läkartider. Ledarna ansåg att detta borde åtgärdas.

"Som vi ser nu att skötarmottagningen får för svåra patienter för att läkarmottagningstiderna går att jaa... - det blir fel – så nog skulle det ju vara bra"

"Jaa, nu finns patienter, som skötare skulle kunna ha, på läkarmottagningen på ett återbesök och så sitter skötare med så svåra fall att läkarkonsultationen sväller över..."

De intervjuade AKS-skötarna skötte främst kroniska sjukdomar, främst hjärt- och kärlsjukdomar och prediabetiker. Därtill fanns även AKS-skötare inom diabetesvården och astmavården på samma hälsovårdscentral. AKS-skötarna såg också nyttan av att ha AKS-skötare på många andra enheter, t.ex. boendeenheter, men poängterade vikten av att ha en läkare att konsultera.

AKS-skötarna ansåg att det även var viktigt att se sina begränsningar, t.ex. vilka patienter som inte kan skötas av AKS-skötare utan som behöver läkarkontroller av olika orsaker som komplicerar sjukdomsbilden.

"Vi tycker nog det finns en grupp som hör hemma hos läkaren också, inte skall vi ha alla"

7.6 Behov att utveckla AKS-mottagningen och AKS-skötarens roll

AKS-skötarna poängterade vikten av att få arbeta med mera krävande arbetsuppgifter efter utbildningen för att bibehålla sin kompetens. De framhöll vikten av att AKS-rollen skulle utvecklas och att AKS-rollen skulle sprida sig mera geografiskt inom välfärdsområdet. De ansåg även att det borde ordnas utbildningar som är speciellt tänkta för AKS-skötare för att kunna utvecklas i sin yrkesroll.

"Det vi har sagt åt de som skall utveckla AKS är att lägga ut befattningar och sedan höja lönen."

"Jag skulle önska mera skolning efter utbildningen"

8 Diskussion och tolkning

I kapitlet diskussion och tolkning tolkas resultatet mot tidigare forskning och teoretisk utgångspunkt. Uppbyggnaden på tolkningen utgår från PEPPA-ramverkets olika steg för implementering.

8.1 Definition av patientgrupperna

Enligt Bryant-Lukosius & DiCenso (2004) är steg ett i PEPPA-ramverket för att implementera AKS-mottagningen att definiera patientpopulationen, hur patienterna kommer in i hälso- och sjukvården och den nuvarande modellen och även hur de interagerar med vårdgivare under vårdperioden. I båda gruppintervjuerna identifierades en stor mängd patientgrupper som skulle ha nytta av en AKS-mottagning. I nuvarande systemet upplevde ledarna att patienterna kan anses "komma fel" – då lättare patientfall kan finnas på läkarmottagningen än på vårdarmottagningen. AKS-skötarna på AKS-mottagningen upplevde att efter att deras verksamhet kommit igång finns det mera tider för de patienter som behöver en läkartid. För en lyckad modell borde patientgrupperna definieras ordentligt eftersom många patienter kan ha nytta av AKS-mottagningen. AKS-skötarna upplevde att i början av implementeringen hade de mera patientgrupper men att mottagningen numera har ganska tydligt sina patientgrupper men att det ändå ibland kom patienter med mycket varierande problem.

I detta steg funderas även på resurser, hur mycket satsas på AKS-mottagningen och rekrytering av AKS-skötare? Och varför satsas inte på AKS-mottagningar då många fördelar ses med bättre tillgänglighet till vården (Glasberg et al., 2009; Ljungbeck & Sjögren-Forss, 2019), patientsäkerheten ökar (Ljungbeck & Sjögren-Forss, 2017) patienttillfredsställelsen ökar (Glasberg et al., 2009; Eriksson et al., 2017), verksamheten är kostnadseffektiv

(Eriksson et al., 2017) samt även sjuksköterna själva var nöjdare med sitt karriärsval. (Glasberg et al., 2009; Ljungbeck & Sjögren-Forss, 2019)

Ledarna ansåg att patienter som kunde ha nytta av AKS-rollen var; hjärtpatienter, astmapatienter, reumapatienter, patienter inom akutvården. De patientgrupper som fanns på redan befintlig mottagning var patienter med blodtryckssjukdom, prediabetiker och graviditetsdiabetiker, patienter med dyslipedemi, begynnande njursvikt, gikt. Patienter med kranskärlssjukdom, hjärtsvikt, förmaksflimmer och klaffinsufficiens. Även patienter med viktproblem fanns på mottagning.

8.2 Nyckelintressenter och deltagare i implementering

I andra steget skall nyckelintressenter definieras och rekrytering av deltagare. Intressenterna kanske inte har någon eller liten erfarenhet av AKS-skötarna. Sjukvårdsföreningar kan även påverka i implementeringsfrågor. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). För en fungerande AKS-mottagning krävs information kring AKS-rollen. Kilpatrick et al. (2015) beskrev att informationen bör ske genom e-post, möten, engagera sjuksköterskor och AKS-skötare där implementeringen lyckats framgångsrikt. Även engagera media och genom sociala medier.

I steg två kan otydligheten kring AKS-rollen ha stor påverkan. AKS-skötarna kunde inte definiera tydligt sin AKS-roll utan upplevde att det har stor betydelse i vilken kontext AKS-skötaren jobbar. Den tidigare forskningen visade även på att AKS-rollen beror på vilken kontext hen verkar i. (Glasberg et al., 2009; Fagerström (red.), 2011) Den definition som finns för AKS-skötare (International council of nurses (2020) är att hen är en specialistsjuksköterska på minst magisternivå där sjukskötaren har det expertkunnande som behövs, den förmåga att fatta komplexa beslut och klinisk kompetens för en utvidgad

arbetsbeskrivning. Arbetsbeskrivningen formas av landet man verkar i, samt sammanhanget sjukskötaren verkar vilket betyder att AKS-rollen kan se mycket olika ut vilket kanske även utger ett hinder om inte ledarna har den vision och kunskap som AKS-skötarna upplevde behövdes då mottagningarna formades. I tidigare forskningen identifierades otydligheten i AKS-rollen som ett hinder både för utvecklingen men även för implementeringen av AKS-rollen. (Lowe et al., 2012; Glasberg et al., 2015; Gysin et al., 2019)

Ledarna ansåg att eftersom vården nu styrs från större välfärdsområden att riktlinjerna för AKS-rollen borde komma från välfärdsområdet. Forskningen visar på att de personer som är i nyckelposition för lyckad implementering är ledarna. (Jokiniemi et al., 2014; Torrens et al., 2020) Dock var ledarna väldigt tydliga med att förändring behövs för att klara av dagens hälso- och sjukvård men att resursbrist, främst i form av tid, äventyrade implementering. Således uppfattar ledarna sig, inom öppenvården, låsta - de ser att förändringen behövs men resurser och riktlinjer behöver komma från högre ledning än de själva. AKS-skötarna visade även uppgivenhet med att de upplevde tidigare att de fått mera stöd i sin roll som AKS men sedan välfärdsområdets början har de upplevt sig förbisedda. De upplevde att närförmännen hade mera förståelse för AKS-rollen än högre ledare.

8.3 Behov av en ny vårdmodell

Det tredje steget kännetecknas av att utreda behovet av en ny vårdmodell. Då skall även styrkor och begränsningar i nuvarande modell identifieras för att fastställa en ny vårdmodell. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). Ledarna ansåg att nu kan läkarna på sin mottagning ha lättare patientfall än vad sjukskötarna har på sina mottagningar vilket gör att mottagningarna blir kontraproduktiva. Sjukskötarna tar upp allt mer tid av läkarna för de svåra fall de har på sin mottagning och läkarna upplever mer och mer tidsbrist. Här ansåg ledarna och även AKS-skötarna att resursanvändningen var eller skulle bli mycket bättre

om mindre komplicerade patientfall, kontroller av patienter som mår relativt bra istället kunde skötas av en AKS som har kompetens för att sköta dessa patienter.

Vårdgarantin på 14 dagar borde hälsovårdscentralerna redan nu klara av. För att lyckas klara av lagarna anser ledarna i intervjun att nya verksamhetsmodeller behövs. Läkare inom primärvården är väldigt svårt att rekrytera. Vid rekrytering så gäller det inte bara att rekrytera kompetent personal utan även att använda de färdigheter och kompetens som den rekryterade personalen har. (Ljungbeck & Sjögren-Forss, 2017). I samma artikel av Ljungbeck och Sjögren-Forss (2017) kan läsas att det eventuellt skulle kunna underlätta rekrytering med AKS-skötare, för de sjukskötare som söker karriärmöjligheter inom vårddyrket. Det här lyfte även AKS-skötarna fram i intervjun att det var viktigt att efter utbildningen få mera krävande arbetsuppgifter men också att inte övriga vanliga sjukskötare fick för stort utrymme i arbetsbilden för AKS-skötaren. Ledarna funderade kring samma men upplevde där att AKS-skötaren inte endast kunde arbeta med arbetsuppgifter som passar AKS-rollen för då skulle flexibiliteten på mindre orter bli sämre.

Inom rekrytering av AKS-skötare lyftes även fram oklarheter kring rollen som AKS, då även sjukskötare med begränsad förskrivningsrätt kunde komma i åtanke vid rekrytering om inte AKS-skötare sökte befattningar. I intervjun med ledarna framkom även att eventuellt sjukskötare med förskrivningsrätt kunde komma på fråga vid rekrytering. Den begränsade förskrivningsrätten är väldigt definierad – det är väldigt tydligt vilka mediciner sjukskötaren får förskriva och villkoren för dessa. Det skapar en tydlighet och för ledare kanske denna tydlighet är bra för att definiera vilka sorts patienter som kan skötas av en viss sorts sjukskötare med specialutbildning?

8.4 Hinder och mål med verksamheten

I fjärde steget identifieras prioriterade problem och mål. I det fjärde steget bör en mer fullständig förståelse för patientens behov och styrkor och begränsningar i den nuvarande modellen utvecklas. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Tillgängligheten till vård ökar med implementering av AKS-mottagning. (Fagerström & Glasberg, 2011; Ljungbeck & Sjögren-Forss, 2017). Patienterna som AKS-skötarna hade i intervjun var nöjda med vården vilket även tidigare forskning bekräftar. (Glasberg et al., 2009; Eriksson et al., 2017). Även vårdkvaliteten ökade och det var kostnadseffektivt, visade tidigare forskning. (Eriksson et al., 2017). AKS-skötarna påpekade dock vikten av konsultationsmöjligheter med läkaren för att AKS-mottagningarna skall kunna verka.

8.5 Nya vårdmodellen definieras

I femte steget definieras den nya modellen av vård och AKS-rollen. I detta steg går deltagarna till handling genom att bestämma modifieringar av modellen för vård och behovet av en AKS-roll. Här funderas även på om AKS-rollen skulle förbättra förmågan att uppnå målen för att möta patientens behov av hälso- och sjukvård. Här poängteras även evidensbaserade bevis. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Odermatt och Essig (2019) identifierade vikten av att känna till sina egna gränser inom kunnandet. Glasberg et al., (2009) skrev i sin artikel att AKS-skötarna hade en ökad förståelse för vad de klarar av och vad de inte klarar av för patientgrupper. AKS-skötarna som intervjuades ansåg att det fanns vissa patienter som behövde läkarkontroller. De upplevde även att läkarbristen kunde äventyra patientsäkerheten genom att ännu svårare

patientgrupper, som kanske nog var i behov av läkares expertis hamnade hos AKS-skötaren. Vikten av att ha en läkare att konsultera poängterades som väldigt viktigt för att kunna ha den självständiga mottagning som AKS-skötarna har.

Frigörande av läkarresurser eller egentligen optimering av läkarresurserna betyder att de patienterna som behöver en läkartid kommer snabbare till vård och de patienter som en AKS-skötare sköter får en mera tillgänglig vård. Ledarna i intervjun ansåg att läkarna nu kan ibland ha enklare patientfall på sin mottagning och så hade sjukskötarna svårare patientfall på sina mottagningar då läkartiderna är begränsade. Ledarna ansåg att detta delvis kunde åtgärdas genom att AKS-mottagningen kunde skötta lättare kontroller, som nu är på läkarens mottagning och då frigöra tider för patienter vars behov kräver en läkartid. Även AKS-skötarna såg denna fördel att läkartiderna fanns nu till för de som behöver läkarexpertisen. Även Ljungbeck och Sjögren-Forss (2017) kom fram till detta i sin artikel.

8.6 Planering av implementering samt möjligheter och brister

Sjätte steget planeras implementerings strategin. Här funderas på vilka resultat förväntas av införandet av AKS-rollen? När kommer resultaten att uppnås? Vilka är möjligheterna och hinder för implementering av AKS-rollen? Vilka resurser krävs? (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

I Peppas modellen anses ledarna vara i nyckelposition, enligt Jokiniemi et al. (2014) är även ledarna i nyckelposition. I min intervju ansåg att AKS-skötarna även att ledarna är i nyckelposition för en lyckad implementering, dock funderade de kring vilka ledare som var i nyckelposition - närförmännen som känner till AKS-rollen eller de högre förmännen som AKS-skötarna upplevde kunna bestämma mera kring resurser.

Ledarna ansåg att implementeringen skulle komma från högre nivå än vad de själva. Social- och hälsovårdsministeriet (2015) skriver att man bör ta i beaktande ändamålsenligheten och olika yrkesgruppers kompetens och specialkunskap. AKS-skötarna uppfattade att på ännu högre nivå fattades kunskap och förståelse kring kompetens och specialkunskapen men att på lägre nivå inom ledarna fattades resurserna, främst i form av ekonomiska resurser.

Implementeringens begränsningar enligt ledarna i intervjun var bristen på resurser. Ledarna såg dock främst att den största resursbegränsningen var tid. AKS-skötarna upplevde begränsningar i implementeringen var för lite kunskap och avsaknad av visioner hos ledare, osäker framtid med hårda sparkrav samt även okunskap kring AKS-rollen som kan påverka rekryteringen av kompetent personal. AKS-skötarna var fundersamma kring sin roll p.g.a. hårda sparkrav men enligt forskning så kan AKS-rollen leda till bättre effektiverade resurser vilket i slutändan kan spara pengar (Eriksson et al., 2017).

Inställningen till AKS-skötare och AKS-mottagningen är positivt hos ledarna. Ledarna har insett att det behövs nya verksamhetsmodeller för att klara av de utmaningar som finns i vården med ökande patientmängder och begränsade resurser. Hinder med mottagningen är dock att AKS-skötare är relativt okänt begrepp. Även för att göra vården mera attraktiv för sjukskötare behövs vidareutbildningen och möjlighet att få börja arbeta med mera krävande arbetsuppgifter. Det är viktigt att personalens resurser och kompetenser kommer till användning. (Ljungbeck & Sjögren-Forss, 2017)

Ledarna upplevdes som mera positiva till framtiden med förändringar och utveckling av AKS-mottagningar. De ansåg att nya mottagningar behövdes för att klara framtidens hälso- och sjukvård medan AKS-skötarna såg med mera tillförsikt på vad framtiden skall komma med i och med sparkrav och eventuellt mera centralisering samt även brist i stöd och förståelse för deras arbetsroll.

8.6.1 Optimering av resursanvändningen

Ljungbeck och Sjögren-Forss (2017) kom fram till i sina intervjuer att tidsanvändningen blev mera optimal, AKS-skötarna kunde jobba mera självständigt inom den kompetens de hade, med beställning av laboratorieprov, bedömningar och förskrivning av läkemedel. AKS-skötarna i min intervju lyfte även fram friheten kring ordinerande av laboratorieprov, den utökande kompetensen inom bedömning av patienterna som de fick utöva i och med deras yrkesroll men då upplevde de begränsad förskrivningsrätten som allt för begränsad för att påverka resursanvändningen positivt. Laapio-Rapi et al. (2019) skriver i sin artikel att endast små fördelar har sett med den begränsade förskrivningsrätten. Den största nyttan ansågs vara inom familjebildning och studerandehälsovård, alltså inte den kontext som intervjuerna gjordes i.

8.6.2 Bristande förståelse för AKS

Rollutvecklingen ansågs i tidigare forskning och även i intervjuerna vara bristfälliga (Glasberg et al., 2009; Lowe et al., 2012; Wisur-Hokkanen et al., 2015; Gysin et al., 2019). Gysin et al. (2019) beskriver att de huvudsakliga hindren är att läkarna har liten kunskap om sjuksköterskor i avancerade roller vilket AKS-skötarna som intervjuades upplevde gälla de nya läkarna på arbetsplatsen. Den bristande organisatoriska förståelsen upplevde de främst komma från högre nivå.

De faktorer som påverkar redan existerande mottagning som AKS-skötarna berättade på intervjun var kring vidareutveckling och resurser för AKS-utvecklingen. AKS-skötarna i intervjun önskade utbildningar för AKS för att vidareutvecklas i sin roll som AKS, även efter studietiden. AKS-skötarna berättade även om då mottagningarna utvecklades fanns

resurser (främst i tid) att utveckla den nya rollen men nu upplevde de att det inte längre finns. Glasberg et al. (2009) identifierade detta problem även när AKS-rollen var ny.

8.7 Implementering och evaluering av AKS-rollen

I steg sju påbörjas implementeringen. Åttonde steget evalueras AKS-rollen och den nya modellen för vård. AKS-skötaren har ett ansvar att övervaka effekten av rollen och den egna prestationen. Det bör inkludera datainsamling som är relevant för målen. De dokumenterade aktiviteterna som är relevanta, inom den avancerade kliniska vården, för målen är avgörande för att behålla sin position och även tillhandahållit bevis för att lägga till ytterligare yrkesroller. I det nionde steget görs en långvarig monitorering av AKS-rollen och modellen för vård. I långtidsutvärderingen bör varje steg i Peppa-modellen ses över och göra lämpliga förändringar i AKS-rollen, rollstöd och vårdmodellen. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Steg sju, åtta och nio är kan inte redogöras till fullo i denna studie då studien fokuserad främst på implementeringen och vilka faktorer som påverkar nyetablering. Sällan är det möjligt att ha alla strategier på plats vid tidpunkten för rollintroduktion och kontinuerlig förändring inom AKS-arbetsmiljön kommer att kräva att nya strategier och stöd i rollutvecklingen. Peppa-ramverket är en kontinuerlig process med rörelse i dessa steg. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

9 Modell för AKS-mottagning inom öppna vården

I detta kapitel funderas kring en fungerande modell för AKS-rollen utgående från intervjuerna men även med inspiration PEPPA-ramverket och även tidigare forskningen tas i beaktande.

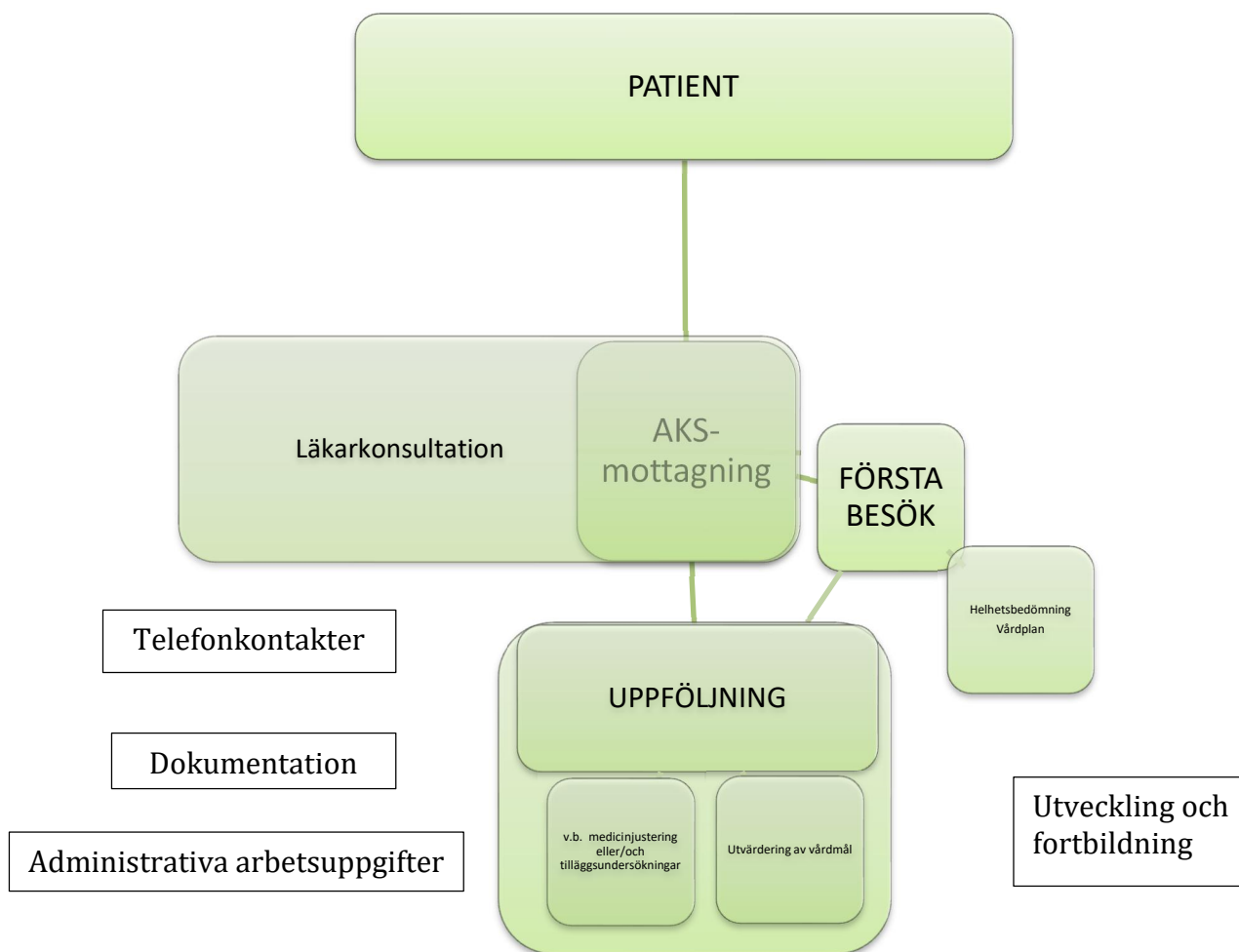
Implementering av AKS-mottagning startade redan år 2004 i Västra Finland (Fagerström (red.), 2011, s.38). De första stegen i PEPPA-ramverket har egentligen gått igenom i regionen för snart 20 år sedan. Behovet för en ny mottagning har redan utretts och från dessa behov har den mottagning som redan existerar, sina rötter. AKS-skötarna som intervjuades berättade att de tidigare haft mera tid för utveckling av mottagningen men nu sedan de nya välfärdsområdena har utvecklingen stagnerat. Det finns alltså en väletablerad modell, som redan existerat i över 10 år enligt de behov som observerats. Därför följer modellen från den information som respondenten insamlade under intervjuerna.

Patienterna kan komma till AKS-mottagningen via remittering från läkare, AKS på centralsjukhuset eller akuten på centralsjukhuset eller egna hälsovårdscentralens akutmottagning, patienten kan själv ta kontakt, annan vårdpersonal kan boka in via vårdbedömning, företagshälsovården kan hänvisa patienten till mottagningen eller via kösystem.

Patienter som kan ha nytta av AKS-mottagning inom öppna vården och som modellen skulle vara användbar för är bl.a prediabetiker, patienter med hjärtsjukdomar t.ex. blodtryckssjukdom, antikoagulantbehandlade patienter, dyslipidemipatienter.

Det första besöket är omfattande där helhetsvården och vårdplan uppgörs för patienten. Vårdplanen bygger på hälso- och sjukvårdslagen samt lag om patientens ställning och rättigheter. Uppföljningsbesök är mindre omfattande besök där utvärdering av vårdmålen ingår och vid behov medicinjusteringar eller tilläggslaboratorieprover.

Övriga arbetsuppgifter utöver mottagningsbesök för patienterna har AKS-skötaren administrativa uppgifter som kan vara t.ex. kvittering av labbsvar, genomgång av blodtryckshemmamätningar, övrig genomgång av mätningar från patienter, bokning av tider, konsultationsärenden med läkare, telefonkontakter (även uppföljningar kan utföras telefonledes) samt fördjupning i det egna arbetet genom utveckling och fortbildning. AKS-skötarna som intervjuades önskade specifika fortbildningar för AKS-skötare men eftersom det inte finns sådana fortbildningar bör AKS-skötaren delta i bl.a. temadagar som ordnas inom välfärdsområdet samt övriga passande skolningar.



Figur 1, Modell för AKS-mottagning

Målet med mottagningen är att resurserna skall användas bättre – de patienter som är i behov av läkarvård skall få tillgängligare vård men även de som kan sköta sina kontroller vid en AKS-skötare får tillgängligare vård visar tidigare forskning (Ljungbeck & Sjögren-Forss, 2017; Fagerström & Glasberg, 2011). Även problemet med att konsultationstiderna till läkare är överfulla kunde avhjälpas eftersom det i nuläget bokas in svårare patientfall till sjukskötare för att det inte finns läkartider att tillgå.

De långsiktiga målen baserad på tidigare forskning är att få tillgängligare vård, ökad patientsäkerhet och patienttillfredsställelse, kostnadseffektiv vård och en attraktiv arbetsplats med utvecklingsmöjligheter för sjukskötare.

10 Kritisk granskning

I kritiska granskningen reflekteras kring de använda metoderna, datainsamlingen, resultatet och tolkningen.

För att analysera intervjuvaren har en kvalitativ metod använt. För att följa kvalitetskriterier för den kvalitativa forskningen enligt Larsson (1994) ska övergripande struktur följas som är: kvaliteter i framställning som helhet, kvaliteter i resultat och kvaliteter i validitet. Perspektivmedvetenhet, intern logik och etiskt värde ingår i kvaliteter i framställning som helhet. Kvaliteter i resultatet betyder att det finns innebördsrikedom, struktur och teoritillskott. Diskurskriteriet, dvs hur argumenten klarar sig i prövning mot andra alternativa påståenden eller argument, heuristiskt värde, empirisk förankring, konsistens och pragmatiskt värde ingår i validitetskriterier. Därtill bör forskaren följa de anvisningar om utformning och uppbyggnad som finns. Detta har gjorts genom att följa skriuanvisningar som är utarbetade för examensarbeten på Yrkeshögskolan Novia.

Den tidigare forskningen inom området var delvis föråldrad, äldre än 10 år, men de ansågs relevanta då de beskrev AKS-rollen inom samma områden som examensarbetet också är utformat i. Därtill styrks mycket av den äldre forskningen med nyare forskning.

Forskningsfrågorna bör vara styrande för val av datainsamlingsmetod. I denna studien valdes datainsamlingsmetod efter att frågeställningarna utarbetats. Deltagarna i intervjuerna var delvis kända sedan tidigare, vilket kan påverka frivillighetsprincipen.

PEPPA-ramverket har diskuterats och använts som bas för utvecklandet av en modell för en AKS-mottagning. Ramverket har utarbetats uttryckligen för implementering av AKS-rollen och ansågs därför vara lämplig att hänvisas till i föreliggande arbete.

Frågorna som ställts i arbetet har blivit besvarade. En del resultat från intervjun har utelämnats med tanke på att en del av informanterna skulle kunna bli igenkända. Vilka faktorer som påverkar nyetablering fick jag främst svar på från ledarna och vilka faktorer som påverkar redan existerande mottagning beskrevs främst av AKS-skötarna. Detta var väntat eftersom ledarna hade endast liten erfarenhet av AKS-rollen medan AKS-rollen var väletablerad på den AKS-mottagning där jag intervjuade AKS-skötarna.

PEPPA-ramverket användes som grund för implementering och lades till det material som insamlades under intervjuerna samt den tidigare forskningen. För att få ett ännu mera tillförlitligt svar kunde fler AKS-skötare och ledare ha intervjuats på den befintliga AKS-mottagningen. Studien avgränsades dock till att omfatta endast de AKS-skötare som jobbade i den för studien aktuella kontexten, nämligen inom öppna vården och då framförallt de med vällevnadssjukdomar.

Intervjumetoden som valdes upplevdes som bra för att få svar på de frågor som ställdes. Deltagarna handplockades vilket gjorde att deltagarna kunde svara på frågorna. Endast fyra personer deltog i intervjuerna vilket är ett väldigt litet antal och därför kan tillförlitligheten ses som låg. Det som kom fram i intervjuerna bekräftades dock, till stor del, den tidigare forskningen. Trots att deltagarantalet var lågt kan svaren anses ha relevans för undersökningen. De färdiga intervjuerna transkriberades, lämpliga textavsnitt och kategorier valdes.

11 Slutsatser

Trots att AKS-rollen funnits i Österbotten i snart 20 år är AKS-rollen väldigt obekant. Inte ens inom hälso- och sjukvården känner man till rollen. Implementeringen har skett långsamt, endast på några få ställen inom välfärdsområdet finns AKS-befattningar. Ledare är det som enligt forskning främst möjliggör implementeringen. Hinder för implementeringen är bl.a. otydligheten i AKS-rollen. Forskning visar på stora fördelar med AKS men ändå är implementeringen väldigt långsam. Fördelarna med AKS enligt tidigare forskning är mera tillgänglig vård, högre patienttillfredsställelse och patientsäkerhet, kostnadseffektivitet och även sjukskötare som är nöjdare i sin yrkesroll då det finns karriärmöjligheter.

Relativt mycket forskning kring AKS-rollen fanns tillgänglig då utbildningen för AKS startade för snart 20 år sedan inom regionen. Enligt AKS-skötarna där AKS-mottagningen fungerat över 10 år fanns en ledare som var väldigt framåt i utveckling av AKS-mottagningarna, som säkert möjliggjorde en lyckad implementering. Här finns det mycket framtida forskning att fundera vidare på; borde en enhetlig AKS-modell utformas för hela välfärdsområdet? Finns det ett behov att definiera AKS-rollen tydligare för att övervinna en del av de hinder AKS-rollen stöter på?

Eftersom AKS-rollen är väldigt bred är det svårt att skapa en enhetlig modell för all AKS-verksamhet. Modellen som finns i examensarbete är för kroniska sjukdomar inom öppna vården och inte möjligt att implementera t.ex. på AKS-mottagning inom akutvården eftersom patienterna där kommer med ett brådskande ärende. En enhetlig modell kan alltså vara svår att implementera då AKS-skötarens arbetsbild varierar enligt vilken kontext hen verkar i och vilka behov som finns där.

En intressant aspekt som kom fram i intervjuerna med AKS-skötarna var funderingar på framtiden och då främst sparkrav lyftes fram. Tidigare forskning visar att modellen med

AKS-skötare är kostnadseffektiv. Således torde funderingar kring framtiden vara positiva, vilket visade sig vara fallet då det gällde ledarna.

Förhoppningen är att arbeta vidare med implementering av AKS-mottagningen, enligt den modell som beskrivs ovan, och fortsätta med utvecklandet av en fungerande AKS-mottagning.

Källförteckning

Boman, E., Gaarde, K., Levy-Malmberg, R., Wong, F. & Fagerström L. (2021). Using the PEPPA framework to develop the nurse practitioner role in emergency care: critical reflections. *Nordic Journal of Nursing Research*, 42(3), 117-122.

Boman, E., Glasberg, A.-L., Levy-Malmberg, R., & Fagerström, L. (2019). Thinking outside the box: advanced geriatric nursing in primary health care in Scandinavia. *BMC Nursing*, 18(1).

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

Chau, J., Lo, S., Lam, S., Saran, R. & Thompson, D. (2022) Critical elements in nursing graduates' transition to advanced practice roles and their perceived impact on patient care: an exploratory, descriptive study of graduates' and their managers' perceptions. *BMC Nursing*, 20(21), 122.

Dalen, Monica. (2007). *Intervju som metod. (2: a upplagan)*. Malmö. Gleerups utbildning AB.

Denscombe, Martyn. (2018) *Forskningshandboken. För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, I., Lindblad, M., Möller, U. & Gillsjö, C. (2017). Holistic health care: Patients' experiences of health care provided by an Advanced Practice Nurse. *International journal of Nursing Practice*, 2018(24), 1-7.

Fagerström, Lisbeth. (2009). Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *International Nursing Review*, 2009(56), 269-272.

Fagerström, Lisbeth. (2021). *A caring advanced practice nursing model theoretical perspectives and competency domains*. (u.o.). Springer International Publishing.

Fagerström, L., Gillsjö, C., Bergman, K., Makkonen, T., Nordberg, E., Eriksson, I., Sundman, L., Kulla, G., Wisur-Hokkanen, C., Adolfsson, A., Angesjö, P., Ahonen, P., Salmela, S. & Glasberg, A-L. red. (2011) *Avancerad klinisk sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.

Fagerström, L. & Glasberg, A-L. (2011). The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland-the perspective of nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 2011(19), 925–932.

Finlands Sjuksköterskeförbund. (2017). Sairaanhoidajan klinisen hoitotyön Erityispätevyys. Hämtat 22.10.2023 från: https://sairanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2019/10/erp_ erityispa%CC%88tevyys_2018_v02.pdf

Finlands sjuksköterskeförbund. (2023). Laajavastuinen hoitotyö -sairaanhoidajan uramalli lähellä ihmistä. Hämtat 28.10.2023 från: https://sairanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2023/04/APN-raportti-2023_final.pdf

Glasberg A-L., Fagerström L., RiihÄ G. & Jungestam S. (2009). Erfarenheter av den nya yrkesrollen som klinisk expertsjukskötare – en kvalitativ studie. *Vård i Norden*, 2009(2), 33-37.

Gysin, S., Sottas, B., Odermatt, M. & Essig, S. (2019). Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 2019(20).

Hälso- och sjukvårdslag. 30.12.2010/1326 hämtat från www.finlex.fi

Höglund Nielsen, B. & Granskär, M. red. (2018). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3: e uppl.). Lund. Studentlitteratur.

International council of nurses. Guidelines of practice nursing 2020. Hämtat 4.7.2023 från https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

Jokiniemi, K., Haatainen, K., Meretoja, R. & Pietelä A-M. (2014). Advanced Practice Nursing Roles: The Phases of the Successful Role Implementation Process. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), 946.

Kanta. Hälso- och vårdplan. u.å. hämtat 4.7.2023 från <https://www.kanta.fi/sv/professionella/halso-och-varldplan>

Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosis, D., Charbonneau-Smith, R. & DiCenso, A. (2015) The Development of Evidence Briefs to Transfer Knowledge About Advanced Practice Nursing Roles to Providers, Policymakers and Administrators. *Nursing Leadership*, 28(1), 11-23.

Käypä hoito. 2022. Hämtat 4.7.2023 från <https://www.kaypahoito.fi/kaypa-hoito>

Lag om patientens ställning och rättigheter. 17.8.1992/785 hämtat från www.finlex.fi

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. 28.6.1994/559 hämtat från www.finlex.fi

Laapio-Rapi, E., Tulonen-Tapio, J., Ukko, J. & Rantanen, H. (2019). Sairaanhoidajien lääkkeenmäärämisestä vaihtelevia kokemuksia. *Lääkärilehti*, 2019(23), 1503–1508.

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

Ljungbeck, Birgitta & Sjögren-Forss, Katarina. (2017). Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. *BMC Nursing*, 2017(16:63).

Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A. & Boyd, L. (2012). Time to clarify--the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of advanced Nursing*, 68(3), 677-685.

Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Stillwell S.B. & Williamson, K.M. (2010). Evidenced-based practice Step by step. The seven steps of evidenced-based Practice. Following this progressive, sequential approach will lead to improved health care and patient outcomes. *American Journal of Nursing*, 110(1), 51-53.

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

Olsson H. & Sörensen S. (2011). *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Forskningsprocessen*. (3:de upplagan). Kina: Liber AB

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om förskrivning av läkemedel. 2.12.2010/1088 hämtat från www.finlex.fi

Social- och hälsovårdsministeriet. Patientens ställning och rättigheter, (u.å.) hämtat 5.4.2023 från <https://stm.fi/sv/patientens-rattigheter>

Social- och hälsovårdsministeriet. Työnjako uudistamalla nopeammin hoitoon ja joustavuutta palveluihin Selvitys rajatun lääkkeenmääräämisen toteutumisesta ja kehittämisehdotukset (2015).

Social- och hälsovårdsministeriet. Vårdgarantin inom primärvården skärps till två veckor i september (2023). Pressmeddelande 19.01.2023. [https://valtioneuvosto.fi/sv/-](https://valtioneuvosto.fi/sv/)

/1271139/vardgarantin-inom-primarvarden-skarps-till-tva-veckor-i-september-2023-hämtat 5.2.2023.

TENK, Etiska principer för humanforskningen och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2019.

Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., & Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International journal of nursing studies*, 104

Wisur-Hokkanen, C., Glasberg A-L., Mäkelä, C., & Fagerström L. (2015). Experiences of working as an advanced practice nurse in Finland – the substance of advanced nursing practice and promoting and inhibiting factors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 793–802.

Åberg, J. & Fagerström, L. (2005). Expertsjukskötare-en finländsk version an "nurse practitioner"-En möjlighet för sjukskötare och hälsovårdare att utveckla sin kliniska kompetens. *Vård i Norden*, 25 (3), 84–87.



Hälsa- och sjukvård
Överskötare, öppen soc.- och hälsov.service

BESLUT
Beslut om forskningsstillstånd
Ärendenummer
679/13.01/2023
Beslutsdatum
26.05.2023
§ 42/2023

Beslut om forskningslov. Päättös tutkimusluvalle. Utformning av AKS-mottagning på en hälsovårdscentral

Part Hyh-studerande Karolina Enholm, Novia

Ärende I examensarbetet tas upp hur dagens AKS-mottagningar fungerar genom en intervju med AKS-skötare på en AKS-mottagning. I arbetet tas upp fördelar och nackdelar med den redan fungerande mottagningen. Vad är behovet för en mottagning på en ort som det inte funnits tidigare? Därför intervjuas avdelningsskötare och läkare för att få reda på behovet. När jag fått svar från intervjuerna skall jag utveckla en modell som skulle fungera för AKS-mottagning. Eftersom AKS rollen varierar från olika sammanhang kommer det att fokuseras på AKS på en mottagning inom öppna vården på en hälsovårdscentral där det också tas i beaktande sjukskötarens begränsade förskrivningsrätt men då i den åtanke att de förutom att ha gått tilläggsutbildning för begränsad förskrivningsrätt är utbildade AKS.

Beslut Godkänner enligt anhållan

Underskrift 
Överskötare, öppen soc.- och hälsov.service
Beslutet har undertecknats med elektronisk signatur. Underskriftens autentisering kan påvisas i välfärdsområdets ärendehanteringssystem.

Bilagor Besväröförbud

Tilläggsuppgifter ges av forskningsskötare  telefonnummer 040 6493113, e-postadressen är i formen fornamn.efternamn@ovph.fi

Delgivning Beslutet har delgetts parten genom ett e-postmeddelande.

Beslutet hålls tillgängligt Publicering på välfärdsområdets webbplats krävs inte.
 På välfärdsområdets webbplats: www.osterbottensvalfard.fi
Laga kraft- från och med

Distribution 

Österbottens välfärdsområde
Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa
registrator@ovph.fi

Samtyckesblankett

Jag heter Karolina Enholm och jobbar inom öppna vården på Österbottens välfärdsområde. Jag skriver mitt utvecklingsarbete för masterexamen inom avancerad klinisk vård, utveckling och ledarskap med rubriken "Utveckling av AKS-mottagning på en hälsovårdscentral" vid Yrkeshögskolan Novia, Vasa. För studiens genomförande planerar jag att intervjua ledare inom öppna vården för att kartlägga behovet för av AKS-mottagning samt AKS-skötare på redan existerande mottagningar för att få reda på fördelar och eventuella hinder med mottagningen.

Intervjuerna genomförs som gruppintervju och bandas in. Det bandade materialet transkriberas, analyseras och förstörs därefter. Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta ditt deltagande när som helst. Data hanteras konfidentiellt enligt forskningsetiska principer så att anonymitet kan garanteras och insamlad data används endast till genomförandet av detta utvecklingsarbete

Dina erfarenheter är viktiga för att öka förståelsen för AKS-mottagningen.

Det färdiga utvecklingsarbetet publiceras i databasen Theseus

Jag samtycker till att delta i denna studie:

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande
