

AKS inom vård av äldre ur Nordiska sjuksköterskors perspektiv

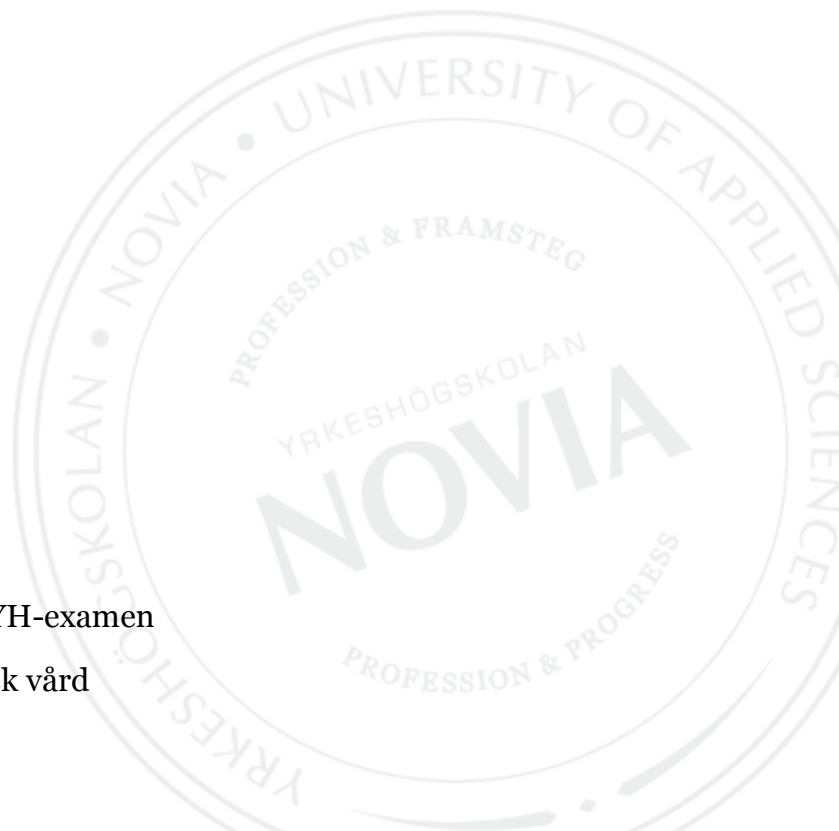
- Utveckling av en ny arbetsmodell för AKS inom äldrevård

Maria Rännare

Examensarbete för högre YH-examen

Avancerad klinisk geriatrisk vård

Vasa 2015



EXAMENSARBETE

Författare: Maria Rännare

Utbildningsprogram och ort: Avancerad klinisk geriatrisk vård, Vasa

Handledare: Ann-Louise Glasberg och Lisbeth Fagerström

Titel: AKS inom vård av äldre ur nordiska sjuksköterskors perspektiv *-utveckling av ny verksamhetsmodell för AKS inom primärvården*

Datum: Juni 2015

Sidantal: 32

Bilagor: 5

Abstrakt

Den framtida hälso- och sjukvården i Norden kommer att ställas inför en rad nya utmaningar. Medellivslängden ökar och den åldrande befolkningen får mer krävande och komplexa behov. En högre kompetens inom främst vården av äldre är starkt efterfrågad. Ett led i att försöka bemöta det ökade behovet av kompetens är införandet av avancerade kliniska sjuksköterskor (AKS) inom hälso-och sjukvården. AKS är specialistutbildade sjuksköterskor med masterexamen. En högre kompetens inom farmakologi, patofysiologi och klinisk undersökningsmetodik i samverkan med exempelvis geriatrik ger AKS en bättre utgångspunkt i arbetet med de åldrande patienterna och deras hälsa.

Syftet med denna studie var att utifrån sjuksköterskors synvinkel studera hur problematiken ser ut inom dagens äldrevård i de nordiska länderna (Sverige, Danmark, Norge och Färöarna) samt på vilket sätt en AKS skulle kunna vara en resurs inom äldrevården och vilka arbetsuppgifter denne skulle kunna ha.

Metoden som användes var kvalitativ semistrukturerad intervjustudie och det insamlade materialet bestod av 5 intervjuer med vidareutbildade sjuksköterskor ifrån respektive land. Innehållet analyserades sedan genom tematisk innehållsanalys.

Resultatet mynnade ut i 3 huvudkategorier: Dagens äldrevård, AKS arbetsuppgifter och det nya. Det visade sig att sjuksköterskorna upplevde många brister med dagens vård. Patienterna upplevdes vara tvungna att åka fram och tillbaka för bedömningar och behandlingar som många gånger kunnat utföras på plats om kompetens fanns tillgänglig. Behovet bland kollegor och övrig personal var även stort när det gäller konsultation, rådgivning och undervisning. AKS rollen upplevdes som något mycket positivt men känslan genomsyrades ändå av en stor ambivalens inför denna nya funktion. Utifrån resultatet och teoretiska studier utvecklades en arbetsmodell för AKS inom primär och hemsjukvård.

Språk: Svenska

Nyckelord: Advanced practice nurse and primary health-care, roles, development and experiences.

MASTER'S THESIS

Author: Maria Rännare
Degree Program: Advanced clinical geriatric care, Vasa
Supervisor: Ann-Louise Glasberg and Lisbeth Fagerström
Title: APN in a care of elderly people from the Nordic nurse's perspective –*the development of a new model for APN in primary care*

Date: June 2015

Pages: 32

Appendices: 5

Abstract

The health organizations in the Nordic countries are going to experience big challenges in future. This is mainly concerning the abilities of providing care for elderly people. The Nordic countries and Europe is facing a growing amount of population over 65 years and older. They are demanding more efficient care and are often suffering from multiple variation of diseases in the same time the number of physicians and nurses with special education is decreasing. This has led to the need of educate nurses with more clinically demanding skills, the APN.

The aim of this study was to explore the problems with elderly care of today and determine how the new role as APN can assist in improving the care. And also what kind of duties the APN would be responsible of.

The method that was used was a qualitative semi structured interview study with 5 nurses as participants from the Nordic countries (Sweden, Norway, Denmark and the Faroe Islands). The material was analyzed with a thematic content analysis.

Findings in the study show that elderly people has a complex situation, they often have to move from one institution to another for examination and treatment when they instead would have been able to be taken care of in their home if the competence would have been high enough. Colleague nurses and other employees would appreciate the APN as a consult and adviser. The participants of the study had a very positive impression of this APN but still you could recognize some kind of ambivalence or hesitation among them for this new role. Together with the results of the study and scientific research a working model has been created for the APN in primary health care and homecare.

Language: Swedish

Keywords Advanced practice nurse and primary health-care, roles , development and experiences.

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	2
2 Bakgrund	3
2.1 Sjuksköterskeprofessionen.....	3
2.1.1 Utveckling av sjuksköterskans yrkesområden	5
2.1.2 Den nordiska modellen av AKS	6
2.2 Arbetsmodellutveckling inom AKS	7
2.2.1 PEPPA Modellen.....	7
3 Teoretisk utgångspunkt.....	8
3.1 Omvårdnadsteorier.....	8
3.1.1 Virginia Henderson.....	9
3.1.2 Patricia Benner.....	11
4 Kontext.....	13
5 Syfte.....	13
6 Metod	14
6.1 Design.....	14
6.2 Urval.....	14
6.3 Etiska värderingar	15
6.4 Utförande	15
6.5 Analys	15
7 Resultat	16
7.1 Huvudkategori 1: Dagens äldrevard	16
7.1.1 De äldre	16
7.1.2 Bristande resurser kring de äldre.....	17
7.2 Huvudkategori 2: AKS arbetsuppgifter	18
7.2.1 Att ha helhetsperspektiv.....	18
7.2.2 Att vara en expert.....	18

7.2.3 AKS kliniska arbete.....	19
7.2.4 Visionen av AKS.....	19
7.3 Huvudkategori 3: Det nya.....	20
7.3.1 Ambivalensen inför AKS funktionen.....	20
7.3.2 Kvinnor mot kvinnor.....	21
7.3.3 Implementering av AKS funktionen.....	21
8 Arbetsmodell med AKS funktion.....	23
8.1 Grunden för arbetsmodellen.....	23
8.2 AKS modell inom primärvården.....	25
9. Diskussion.....	26
9.1 Resultatdiskussion.....	26
9.2 Metoddiskussion.....	31
9.3 Slutsatser och förslag på fortsatt forskning.....	32

Referenslista

Bilagor

1 Inledning

Den framtida sjukvården kommer att ställas inför en rad nya utmaningar. En stor och oroande utveckling är den alltmer åldrande befolkningsutvecklingen som sker. Detta ställer stora krav på hälso- och sjukvården i hela världen (Finnbakk, Skovdahl, Störe Blix & Fagerström, 2011). Kunskapen om befolkningsstrukturen och dess historiska och framtida utveckling är viktig för all samhällsplanering och underlättar förståelsen för hur samhället fungerar och vilka behov som kommer att uppstå. Demografin beskriver befolkningsutvecklingen och genom studier har man sett att befolkningspyramidens utseende kraftigt har förändrats sedan början av 1900 talet och strukturen ser liknande ut i hela världen. Den klassiska pyramiden har börjat bli mer kvadratisk till följd av lägre natalitet och en ökande medellivslängd. Nationerna prognostiserar att år 2150 kommer var tredje innevånare på jorden vara 60 år eller äldre (Dehlin & Rundgren, 2007).

I och med att medellivslängden ökar och en allt större del av befolkningen kommer att vara äldre kommer allt större krav att ställas på hälso- och sjukvården samt vård och omsorg. Inte bara det ökade behovet av vård ställer till det utan i takt med en ökande andel äldre minskar även andelen yngre individer som ska försörja den åldrande befolkningen. Befolkningen blir även alltmer insatta i sin egen vård och är mer krävande i sina egna behov och delaktig i vård och behandling. Detta gäller hela Europa och även de Nordiska länderna. De styrande i länderna ställs inför en stor utmaning att försöka bygga upp kostnadseffektiva och tillräckliga system för att möta upp problematiken (Finnbakk, Skovdahl, Störe Blix & Fagerström 2011; Dehlin & Rundgren, 2007).

Studier i Sverige av 80- åringar och äldre tyder på att trenderna från att de äldre varit friskare överlevare till att nu bli alltfler sjuka äldre. Förbättringar i den medicinska vården gör att alltfler äldre överlever till högre åldrar men även om de överlever så kvarstår ofta kroniska problem och komplikationer från grundsjukdomen/sjukdomarna. Vilket medför att individerna får ett ökat vårdbehov under en längre tid (Dehlin & Rundgren, 2007).

I de nordiska länderna har det under en lång tid funnits välkonstruerade offentliga hälso- och sjukvårdssystem som byggts upp och utgått ifrån på principen om allmängiltighet och jämställdhet. Det ska vara lika vård för alla oavsett nationalitet eller geografisk placering (Finnbakk et al, 2011). Sjukvårdssystemet i Sverige utgår även ifrån att det bör finnas ett gott samverkansklimat mellan de två stora instanserna kommun och landsting som tillsammans ansvarar för vård- och omsorg (Akner, 2004).

För att säkerställa att vården ska fungera tillfredställande har behoven av kompetens vårdpersonal även ökat genom åren. Läkarbrist har påtalats i hela Europa så även i de nordiska länderna. Nu har det även börjat visa sig att behovet av specialistutbildade sjuksköterskor blivit allt större i och med de allt mer ökande kraven av vårddagarna (Fagerström, 2012). Då befolkningen blivit äldre har även multisjukligheten ökat vilket medför en mer komplex patientgrupp som ställer högre krav på kompetensen (Akner, 2004).

Multisjuklighet innebär att individen har en komplex sjukdomsbild där flera diagnoser och funktionshinder interagerar och påverkar patienten. Behandlingen sker på flera olika nivåer och kan innefatta såväl medicinska som omvårdnadsåtgärder. Detta kräver en inblick i patientens hela livssituation och många utredningar har påvisat brister i detta samordnade vårdbehov. Flera instanser som sjukhus, vårdcentraler, institutionsboende och hemtjänstinsatser måste samarbeta kring patienten (Akner, 2004).

För att kunna möta upp denna framtid har hälso- och sjukvården börjat inse att de måste börja förändra sitt sätt att arbeta. En mer mångsidig sjukvård där patienternas bemöts med ett holistiskt synsätt. En patient med multisjuklighet eller en geriatrisk patient kräver personal som kan se till helheten för att undvika att patienten hamnar "mellan stolarna". Det är en central kvalitetsfråga att tillförsäkra äldre patienter rätt till geriatrisk kompetens vis all klinisk handläggning. Förstärkningar av personal inom hälso- och sjukvård är nödvändig. Det gäller samtliga professioner. Men en samtidig kompetenshöjning måste även ske för att kunna bemöta behovet av den alltmer krävande befolkningen (Akner, 2004; Dehlin & Rundgren, 2007).

2 Bakgrund

2.1 Sjuksköterskeprofessionen

Den första vårdutbildningen för sjuksköterskor startades av engelskan [Florence Nightingale](#) vid St Thomas' Hospital i London. Sjuksköterskeyrket ett av få som ansågs vara en acceptabel sysselsättning för kvinnor. Yrket sades då vara ett [kall](#) och en del av yrkesutbildningen bestod av religiös skolning. Sjuksköterskor förväntades då bland annat avstå från att bilda familj för att kunna viga sitt liv åt omvårdnaden av andra. 1960 infördes [yrkeslegitimation](#) vilket gav en skyddad yrkestitel som legitimerad sjuksköterska (Holmdal, 2007).

Sjuksköterskor arbetar inom de flesta områden där vård bedrivs i offentlig och privat verksamhet under dygnets alla timmar. Sjuksköterskor finns till exempel inom sjukhusvård, öppenvård/närvård/primärvård, vård i hemmet, barnhälsovård, vård av äldre, skolhälsovård eller företagshälsovård. Sjuksköterskan ska ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade levnadsvanor för att främja, förebygga eller återställa hälsa. Sjuksköterskans arbetsuppgifter är många och varierande, arbetet är både självständigt och i team med annan vårdpersonal exempelvis dietister, kurator, läkare, sjukgymnaster och undersköterskor och alltid tillsammans med patienter och/eller närstående.

Sjuksköterskan leder och ansvarar för omvårdnadsarbetet och är ofta den som ser individens hela vårdprocess. I arbetet ingår att planera, utvärdera och följa upp de omvårdnads insatser som görs tillsammans med patient, närstående och medarbetare. Ett exempel kan vara att bedöma individens egna resurser och förmåga till egenvård, behov av undervisning eller stöd. Undervisning och stöd kan sedan sjuksköterskan ge till patienten och närstående både enskilt och i grupp (Holmdal, 2007).

Sjuksköterskan ansvarar för vissa medicinska insatser och behandlingar, till exempel olika undersökningar, läkemedelshantering och läkemedelsadministration till patienten. Andra arbetsuppgifter är hälsoupplýsning, förebyggande insatser, handledning av studenter samt undervisning av blivande vårdpersonal. Utöver kunskaper inom omvårdnad behöver sjuksköterskan även kunskap från andra vetenskapsområden t ex biomedicin, pedagogik, samhälls- och beteendevetenskap. Sjuksköterskans uppgift är att ge god omvårdnad i livets alla skeden (Holmdal, 2007).

Sjuksköterskans grundläggande kunskaper kan delas in i elementära, specialiserade och avancerade. Sjuksköterskans grundläggande uppgifter är som ovan nämnda att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande och medverka till en värdig död. I den specialiserade rollen utvidgas dessa ansvarsområden och sjuksköterskan kan få större helheter av patientvård och ansvarsuppgifter som flyttats över från läkare i regel. För att kunna hantera detta behöver sjuksköterskan en formell skolning dvs specialistutbildning där nya färdigheter och tilläggs-kunskaper erhålls. Den tredje nivån, den avancerade innebär en tydlig utveckling av den grundutbildade sjuksköterskans roll och funktion. Utbildningen som är på masternivå medför att den avancerade kliniska sjuksköterskan (AKS) ska ha erhållit en djupare kunskap om människan som en enhet av kropp, själ och ande. AKS ska ha fördjupat sig i människans fysiologiska livsvillkor genom klinisk fysiologisk kunskap. Nivån på den avancerade expertkunnande omvårdnaden bör ha 4 dimensioner: Klinisk förståelse och reaktionsbaserad omvårdnad, kroppsligt integrerat veta-hur kunnande, förmåga att se helheten samt förmåga att upptäcka det oväntade. Expertkunnande innebär även att individen har en förmåga att kunna se sina begränsningar när den egna kompetensen inte räcker till.

Den avancerade kliniska sjuksköterskan bör arbeta med en tydlig autonomi. För att kunna hantera detta krävs den bredare fördjupade kunskapsbasen som ger en breddad kompetens. Personliga attribut är även av vikt som medför att AKS känner sig trygg i sin frihet att göra bindande beslut baserade på omdömesförmåga, expertkunnande och klinisk kunskap inom det aktuella området. Arbetet som AKS innebär att sjuksköterskan får möjligheten, rätten och kompetensen att göra självständiga professionella beslut hos odiagnostiserade patienter och har möjligheten att fullfölja omvårdnanden och behandlingen av patienterna utifrån dessa (Fagerström, 2011 s 71-85).

2.1.1 Utveckling av sjuksköterskans yrkesområden

Den internationella sjuksköterskerollen har genomgått radikala förändringar under de senaste femtio åren. Förändringar vad gäller praxis och verksamhetsmodeller har genomförts på olika sätt i olika länder. Orsakerna till detta är många. Framförallt har den medicinska utvecklingen ställt krav på förändringar, men även politiska och samhällseliga faktorer som den moderna tekniken har främjat att sjuksköterskan fått en mer avancerad funktion. Den medicinska utvecklingen ger ständigt nya möjligheter till vård, omsorg och behandling. Behovet av att utveckla och kompetenshöja sjuksköterskans expertis uppstod redan på 1960-talet i USA. Specialistsköterskor inom anestesi, psykiatri samt barnmorskor var banbrytande inom området. Tanken om att sjuksköterskan kunde få större ansvarsområden även inom andra specialiteter spreds och det första Nurse Practitioner-programmet inom pediatrik startades 1965. På 70-talet stärktes tilliten till dessa nya avancerade sjuksköterskerollerna och deras ansvarsområden utvidgades till att omfatta primärvård, akutsjukvård samt långvård. I Europa är Nurse Practitioner och AKO (avancerad klinisk omvårdnad) en väl etablerad verksamhet efter tjugo års utveckling. I Norden introducerades specialistsköterskeprogrammen på 70-talet. Gemensamt för dessa är att betoningen ligger mycket i teoretiska studier. De kliniska färdigheterna kommer inte lika mycket i fokus. Detta har även medfört att utbildade specialistsköterskor till viss del gått in i specialdesignade roller såsom diabetessköterska, hjärtsköterska, intensivvårdssköterska och så vidare. Den utbildning som gett specialistsköterskorna en mer självständig roll och som sedan lång tid tillbaka stått högt i status när det gäller klinisk undersökning, diagnostisering och behandling är barnmorskeutbildningen. De har i årtionden arbetat självständigt och använt sig av sina egna kliniska färdigheter i patientarbetet med läkaren oftast enbart som konsult. Detta har även medfört att barnmorskans yrkesstatus alltid varit högre värderad än övriga specialistsköterskors. Men det finns även två andra specialistsköterskeutbildningar där sjuksköterskan arbetar mer självständigt och det är anestesisköterskan och till viss del distriktssköterskan. Den senare kan även gå en farmakologiutbildning om 15 studiepoäng för att förskrivningsrätt av vissa läkemedel vilket medför en självständigare yrkesroll (Fagerström, 2011).

Trots att dessa roller funnits allt sedan 1980-talet har det inte skett någon utvidgning av den kliniska praktiken eller det självständiga ansvaret. En naturlig utvidgning skulle ha kunnat innehålla de karaktäristiska som kopplas samman med AKS (Avancerad klinisk sjuksköterska) det vill säga, klinisk undersökning, bedömning av hälsa, diagnostisering, remittering, beställning av analysprover eller röntgenundersökningar, justering av läkemedel eller intyg. Denna utvidgning har skett naturligt i USA, Kanada, Storbritannien samt andra länder i Europa. Sverige var det första landet i Norden som på försök startade en utbildning för AKS. Senare har utbildningen även erbjudits i Finland och nu finns ett nordiskt nätverkssamarbete GEROPROFF med syfte att driva en gemensam masterutbildning inom avancerad klinisk geriatrisk omvårdnad (Fagerström, 2011).

2.1.2 Den nordiska modellen av AKS

Den nordiska definitionen av AKS är en sjuksköterska med en avancerad klinisk kompetens som självständigt ska kunna bedöma, diagnostisera och ombesörja vanliga akuta hälsobehov och hälsotillstånd samt ansvara för och handha uppföljning och vård av långvariga hälsobehov på ett avancerat sätt. Han/hon kan systematiskt utföra en omfattande klinisk undersökning av patienten och utreda patientens hälsohistoria och hälsobehov på ett fördjupat sätt. Utifrån denna kliniska bedömning har han/hon beredskap och förmåga att kunna fastställa patientens hälsobehov och utföra de omvårdnadsbehandlingar och behandlingsinsatser som krävs. Han/hon kan även ordinera undersökningar och ordinera medicinering, remittera samt skriva in och ut patienter, dvs ge en helhetsmässig omvårdnad och behandling inom sitt specifika fördjupningsområde (Fagerström, 2011). Han/hon ska kunna ansvara för. Leda och koordinera hälsopromotivt och hälsopreventivt arbete. Andra viktiga kompetensområden är etiskt beslutsfattande, samarbete, konsultation, case management, ledarskap, forskning och utveckling (Schober & Affara, 2006).

En avancerad klinisk sjuksköterska har en grundutbildning som sjuksköterska, tillräcklig arbetslivserfarenhet samt en utbildning motsvarande magistergrad inom avancerad klinisk omvårdnad (Fagerström, 2011)

Den ökande mängden av äldre och deras ökade behov av vård ställer högre krav på sjukvården. Avancerade kliniska sjuksköterskor har visat sig behövas för vård och uppföljning av patienter med kroniska sjukdomar inom ett flertal specialområden som hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, ögonsjukdomar, kronisk smärta, hudsjukdomar och mentalvård (Åberg & Fagerström, 2006). Förväntningarna är att denna avancerade kliniska sjuksköterskeroll kommer att behövas alltmer i framtiden.

2.2 Arbetsmodellutveckling inom AKS

2.2.1 PEPPA Modellen

De ökade kraven inom hälso- och sjukvården har medfört nya metoder och förhållningsätt i produktionen av vård och service. Införandet av AKS i en rad olika länder har utvecklat olika sätt att strukturera och implementera den nya yrkesrollen och dess funktioner. Implementering av nya arbetsfunktioner kräver ofta att många parter och intressegrupper involveras i processen. Med bakgrund av detta skapades en referensram "the PEPPA framework" som ska stödja implementering och utvärdering av nya AKS roller och funktioner (Fagerström, 2011).

Referensramen PEPPA kan beskrivas som en process bestående av nio olika steg (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004; Bryant- Lukosius,Vohra & DiCenso 2009). Dessa steg och aktiviteter kan anpassas och utvecklas efter varje organisations specifika behov. Steg 1-6 fokuserar främst på skapandet av strukturer för den nya rollen samt beslutsfattande och planering inom hälsovårdssystemets olika organ. Steg 7 beskriver själva implementeringen och introduktionen av den nya verksamhetsmodellen med AKS, medan steg 8 och 9 slutligen innehåller den viktiga utvärderingen både kortsiktigt och långsiktigt (Fagerström 2011).

I det första steget börjar man med att identifiera och beskriva den nuvarande modellen som används inom organisationen. En definition av patientgrupperna och hur deras process genom vårdssystemet kan se ut. Samtliga involverade aktörer bör medverka och beskriva processen. Både professionella, organisatoriska och geografiska perspektiv beaktas. I det andra steget identifieras de nyckelpersoner som involveras i vården och bjuds in till samarbetet med att omformulera den nya arbetsmodellen, detta gäller även patienterna själva och deras anhöriga. Det tredje steget ska försöka fastställa behovet av den nya vårdmodellen. Det innebär att den nuvarande modellens styrkor och svagheter beaktas för att kunna fastställa vilka behov den nya modellen ska bemöta på ett mer tillfredställande sätt. I det fjärde steget ska dessa insamlade problemområden nu identifieras och de deltagande intressentera ska komma överens om vilka av dessa som kan förbättras genom införandet av den nya arbetsmodellen. I det femte steget identifieras strategier och lösningar för att uppnå de fastställda målen. Här ska vårdmetoder, rutiner och åtgärder fastställas samt även ansvarsfördelning mellan de olika professionerna för att nå målen.

Det sjätte steget innebär planering av strategier för implementeringen av den nya vårdmodellen. En plan för att genomförandet av den nya vårdmodellen ska upprättas av deltagarna. Vad som behövs för genomförandet samt eventuella hinder som kan påverka införandet av den nya modellen ska beaktas. Övriga

faktorer som bör gås igenom kan vara utbildningsbehov, information och marknadsföring, rekryteringsbehov, system för verksamhetsrapportering, finansiering och utveckling av nödvändiga styrdokument. En fastställd tidsplan för implementering samt utvärdering bör även skapas i detta skede. I det sjunde steget som medför själva implementeringen av redan fastställda planer så ska den nya arbetsmodellen införas. Genomförandet av en ny arbetsmodell är tidskrävande, hela processen kan ta mellan 3 till 5 år. Hur processen framskrider bör dokumenteras för att kunna modifieras och förändras vid behov. Styrdokument och rutiner används som stöd i implementeringen och stöttar AKS i sin roll.

I det åttonde steget bör AKS funktionen och den nya arbetsmodellen utvärderas. Detta gör att saker som hindrar eller främjar den nya arbetsmodellen kommer fram och kan modifieras. Denna första utvärdering bör ske kontinuerligt och inom en kort tidsrymd efter implementeringen. I det nionde steget sker den långsiktiga uppföljningen och dokumentationen av AKS funktionen och den nya arbetsmodellen. Detta är en nödvändighet för att kunna förändra och utveckla modellen i linje med nya behov och utmaningar inom hälsovårdssystemen (Fagerström, 2011).

Referensramen PEPPA har nu tillämpats inom flera områden och erfarenheterna visar att referensramen utgör ett stöd i utvecklingen av nya AKS-funktioner (Bryant-Lukosius et al 2004; McAiney, Haughton, Jennings, Farr, Hillier & Morden 2008; Robarts, Kennedy, MacLeod, Findlay & Gollish 2008).

3 Teoretisk utgångspunkt

3.1 Omvårdnadsteorier

Omvårdnadsteorier som ligger till grund för det här vetenskapliga arbetet är Virginia Hendersons definition av omvårdnadens grundprinciper samt Patricia Benners teori om utvecklingen från Novis till expert. Valet av dessa teorier hänger samman med att AKS främsta diciplin fortfarande ska utgå ifrån omvårdnaden. Den kliniska vidareutvecklingen av professionen baseras i grunden på viljan av att kunna hjälpa patienter till ett bättre dagligt liv och minska risk för lidande. Det faller även naturligt att beskriva Benners utvecklingsstadier hos sjuksköterskan då AKSutbildningen och rollen som AKS är en vidareutveckling och ska leda till ett expertkunnande hos sjuksköterskan.

3.1.1 Virginia Henderson

Virginia Henderson levde mellan 1897-1996. Hon var en av de första sjuksköterskor sedan Florence Nightingdale som försökte beskriva omvårdnadens speciella område. Hennes principer publicerades för första gången 1955 och hennes teorier har haft stort inflytande över många av de senare omvårdnadsteorierna. Virginia Hendersons teori utgör ett försök att beskriva sjuksköterskans speciella funktion. Hendersons klassiska definition lyder:

Sjuksköterskans speciella arbetsuppgift består i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befodrar hälsa eller tillfrisknande eller en fridfull död; åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift ska utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende.

Vidare hävdar Henderson att alla människor, friska såväl som sjuka har vissa grundläggande behov. I hennes bok *Sykepleiens grunnpinsipper* (1961) identifierar hon dessa behov sålunda: Mat, husrum, kläder, kärlek, uppskattning, känsla av att vara till nytta samt upplevelse av ömsesidig samhörighet med och ömsesidigt beroende av andra i en mänsklig gemenskap. Henderson hävdar att även om behoven är allmänmänskliga, tolkas och tillfredställs de på olika sätt av olika individer beroende på såväl kulturell och social bakgrund som individuella faktorer. Om omvårdnaden ska uppnå vad patienten uppfattar som god hälsa, tillfrisknande eller en fridfull död, måste den utgå ifrån patientens egen upplevelse av sina behov och av hur dessa bäst kan tillgodoses. Hendersons betonar starkt att innehållet i dessa begrepp gällande omvårdnad alltid måste utgå ifrån patienterna själva. Sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienterna uppnå det de själva upplever som hälsa, välbefinnande eller en fridfull död. Henderson har en tydlig bild av vad ett meningsfullt liv ska innehålla. Hon hävdar att det är sjuksköterskans ansvar att se till att patientens liv blir betydelsefullt och inte bara blir "en vegetativ process". Livet enligt henne bör även innehålla förströelse, samvaro med andra, rekreation samt meningsfull sysselsättning. I Hendersons teorier är omvårdnaden det väsentliga. Hon utgår ifrån 14 komponenter som identifierats som de mest grundläggande i omvårdnadens grunder (Kirkevold, 2000).

- Att hjälpa patienten att andas.
- Att hjälpa patienten att äta och dricka.
- Att hjälpa patienten eliminera kroppens avfallsprodukter.
- Att hjälpa patienten att upprätthålla en lämplig kroppsställning när han går, ligger, sitter och står, samt att växla ställning.
- Att hjälpa patienten till vila och sömn.

- Att hjälpa patienten med lämpliga kläder samt med av- och påklädning.
- Att hjälpa patienten upprätthålla en normal kroppstemperatur.
- Att hjälpa patienten hålla sin kropp ren och välvårdad samt att skydda huden.
- Att hjälpa patienten att undvika faror i omgivningen och att undgå att själv skada andra.
- Att hjälpa patienten att få kontakt med andra människor och att uttrycka sina behov och känslor.
- Att hjälpa patienten att utöva sin religion och handla så som han anser vara rätt.
- Att hjälpa patienten till en meningsfull sysselsättning.
- Att hjälpa patienten med förströelse och fritidsaktiviteter.
- Att hjälpa patienten att upptäcka, lära och tillfredsställa sin nyfikenhet på sådant sätt att det främjar normal utveckling och hälsa.

För var och en av dessa principer ger Henderson exempel på olika omvårdnadshandlingar. Hon framhåller även vikten av att sjuksköterskan är uppfinningsrik och hela tiden utgår ifrån patientens önskemål samt att sjuksköterskans speciella ansvarsområde omfattar åtgärder som berör patientens förmåga att tillgodose sina grundläggande mänskliga behov. Det är också Henderson huvudtes i teorin, att omvårdnaden ska baseras på de grundläggande mänskliga behoven (Kirkevold, 2000).

Hendersons människosyn präglades av hon uppfattade människan som en självständig, aktivt handlande individ. Individen har vissa generella behov som han tolkar och uttrycker på sitt eget unika sätt, utifrån den kulturella och sociala miljö han befinner sig i. Människans förmåga att förstå andra individers behov är begränsade och Henderson menar att sjuksköterskan därför måste grunda sin yrkesutövning på denna insikt och göra sitt yttersta för att uppnå största möjliga förståelse av de behov patienten upplever.

I sin beskrivning av omvårdnad framhåller Henderson både ett biologiskt-naturvetenskapligt och ett humanistiskt- tolkande synsätt. Hon framhäver även vikten av det goda samarbetet i sjukvårdsteamet och den nära kopplingen mellan omvårdnad och medicinsk behandling. Hon varnar därför för alltför skarpa gränsdragningar mellan de olika yrkesgrupperna.

Hendersons principer för omvårdnad är konkreta och lätta att förhålla sig till. Sammantaget ger de en översiktlig beskrivning av sjuksköterskans ansvarsområde i förhållande till omvårdnaden av patienterna. Teorin är fortfarande hållbar och flertalet av de omvårdnadsåtgärder som Henderson beskrivit är högst aktuella även i dagens sjukvård (Kirkevold, 2000).

3.1.2 Patricia Benner

Patricia Benner (född 1942) är en omvårdnadsteoretiker verksam i USA vid UCSF (University of California, San Francisco). Hon författade boken *Från Novis till Expert* (2001) där hon beskriver hur kunskap och praktisk erfarenhet tillsammans utvecklar sjuksköterskan i hennes yrkesroll.

Erfarenhet är inte enbart något man förvärvar med tidens gång eller ett stort antal tjänsteår. Det är snarare en process där tidigare föreställningar och teorier utvecklas och förfinas vid mötet av många praktiska situationer och ger ny betydelse och nyanser till teorin. Teorin innehåller sådant som kan uttryckas explicit och formaliserat medan klinisk praktik alltid är mer komplext och ger prov på betydligt fler realiteter än vad som någonsin går att beskriva teoretiskt. Teorier kan ofta vara goda som vägledning vid kliniskt arbete men sjuksköterskor med erfarenhet upptäcker snart att det finns många skillnader som inte täcks in av teorin utan som istället kräver expertis och väl beprövad kunskap.

Benner har arbetat fram modell för sjuksköterskornas utveckling efter filosofen Hubert Dreyfus modell för förvärvande av färdigheter. Modellen beskriver en process där elever passerade genom 5 olika stadier vid förvärvande och utveckling av en färdighet. Modellen belyser mer situationer än särskilda egenskaper eller talanger.

Benner beskriver i sin modell dessa 5 stadier som:

- Novis
- Avancerad nybörjare
- Kompetent
- Skicklig
- Expert

Första stadiet: Novis

Under det första stadiet kallar Benner sjuksköterskan för novis. Det innebär att hon som nybörjare saknar erfarenhet och bakgrundsförståelse för den situation som hon befinner sig och förväntas prestera i. För att ge dem möjlighet att agera i

sådana situationer styrs hennes handlande främst av regler och riktlinjer. Dessa är vägledande för novisen men medför även att hennes handlande kan bli oflexibelt, stelt och till viss del begränsande. Varje gång en sjuksköterska byter klinik där hon saknar erfarenhet av patienterna och situationen kan ibland leda till att hon hamnar på novisens nivå.

Andra stadiet: Avancerad nybörjare

I Benners tredje stadie är de avancerade nybörjarna. De är har nått en nivå där de nått och jämt kan uppvisa godtagbara prestationer. De har klarat av ett tillräckligt antal verkliga situationer för att börja bli medvetna om återkommande betydelsefulla mönster i sitt kliniska arbete. Noviser och avancerade nybörjare har ingen möjlighet att uppfatta hela situationen, den kan upplevas som för ny och främmande. Dessutom måste de koncentrera sig på att minnas de regler och rutiner som de fått lära sig. Avancerade nybörjare behöver fortfarande stöd av mer kompetenta sjuksköterskor i kliniska sammanhang som t.ex. hjälp att prioritera.

Tredje stadiet: Kompetent

I det tredje stadiet kallas sjuksköterskan för kompetent. Nu har hon arbetat inom samma eller liknande kliniska omständigheter under en längre tid och är medveten om sina egna handlingar på ett mer långsiktigt plan. Den kompetenta sjuksköterskan saknar den skickligas snabbhet och anpassningsförmåga, men känner att hon behärskar den rådande situationen och kan även ta itu med oförutsedda händelser. En medveten och avsiktligt genomförd planering är typisk för denna färdighetsnivå och bidrar till effektivitet och ett mer organiserat sätt att arbeta. Benner anser att sjuksköterskan nu kan prioritera och det kritiska tänkandet utvecklas.

Fjärde stadiet: Skicklig

Den skickliga sjuksköterskan uppfattar situationer som helheter och kan se betydelsen av åtgärder i det aktuella skedet relaterat till långsiktiga mål. Nyckelordet för detta stadie är varseblivning. Perspektivet är inte uttänkt utan kommer av sig självt. Benner menar att sjuksköterskan har skapat sig en erfarenhetsbaserad förmåga att känna igen helhetssituationer och kan därför snabbt lägga märke till om den förväntade, normala bilden inte infinner sig. Denna holistiska förståelse bidrar till att förbättra den skickliga sjuksköterskas beslutsfattande.

Femte stadiet: Expert

I det femte och slutliga stadiet, det så kallade expertstadiet har nu sjuksköterskan enligt Benner speciella färdigheter. Hon fokuserar snabbt på vad som är mest centralt i situationen och ödslar inte tid på att fundera över framträdande och icke framträdande element i situationen. Sjuksköterskan behöver inte längre enbart förlita sig på analytiska principer för att få en förståelse av situationen. Med sin enorma erfarenhetsbakgrund kan expertsjuksköterskan nu intuitivt uppfatta varje situation och slå ner mitt i det aktuella problemområdet. Experten arbetar från en djup förståelse av den totala situationen och har en vision av vad som är möjligt. Benner trycker på att sjuksköterskor med expertkunskap även fungerar utmärkt som mentorer, undervisare och konsulter för andra sjuksköterskor (Benner, 2001).

4 Kontext

Denna studie är en del av ett gemensamt forskningsprojekt som genomförs av studenter i Sverige, Norge, Danmark och Färöarna. Genom att studera de nordiska länderna gemensamt kan värdefull information samlas in och jämföras för att se behovet och utvecklingen av den nya AKS rollen i samhällena. Finns likheter? Eller är det stora skillnader i vad som förväntas av AKS? Studien ger en liten inblick men hur skulle fortsatt forskning kunna se ut?

5 Syfte

Syftet med denna studie var att utifrån sjuksköterskors perspektiv inventera behovet av AKS vid vård av äldre, göra en kartläggning över arbetsuppgifter och hur en implementering kan ske. Frågeställningar som varit underlag för intervjun är: Hur ser problematiken ut kring dagens vård av äldre? På vilket sätt skulle en AKS kunna vara en resurs inom vård av äldre? Vilka arbetsuppgifter skulle en AKS kunna ha?

6 Metod

6.1 Design

Denna studie är utförd med en kvalitativ metod. För att genomföra studier och forskning kan olika tillvägagångssätt användas. Beroende på vad forskaren önskar få ta del av för data. Kvalitativ forskning har sina rötter i hermeneutiska forskningstraditionen och är en tolkande samhällsvetenskaplig forskning som främst använts inom sociologin och humanvetenskapen. Inom hälso- och sjukvården är det enligt Kvale & Brinkman (2009) denna metod som bäst lämpar sig för att ge forskaren en djupare beskrivning och tolkning av deltagarnas upplevelser. Datasamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer med deltagarna, eftersom detta är en lämplig metod då man vill ta reda på människors subjektiva erfarenheter om ett ämne (Kvale & Brinkmann, 2009)

En intervjuguide skapades med tematiska semistrukturerade intervjufrågor. Detta för att forskaren skulle få svar på sina frågor och kunna styra den intervjuade till att hålla sig inom det tänkta ämnet. Frågorna i guiden följdes upp med öppna följdfrågor som exempelvis kan du berätta mer? Kan du ge exempel? Kan du förklara? Hur tänker du om det? Allt för att få så mycket information om ämnet som möjligt. Enligt Kvale & Brinkman (2009) ger ett sådant sätt att intervjua en ökad bredd och större djup i svaren kring frågorna. Intervjuerna spelades in och skrevs sedan ned i text. Texten skrevs ned i sin helhet, ordagrant med markeringar för pauser, skratt eller gester. Intervjuerna skedde av studenterna i det gemensamma projektet i respektive land. Intervjuerna skrevs sedan ned på deltagarens originalspråk och skickades till vederbörande ansvarig forskare för fortsatt analys.

6.2 Urval

Studien är en del av ett gemensamt forskningsprojekt inom Norden där studenter tillsammans samarbetar och intervjuade deltagare i Sverige, Finland, Norge, Danmark och Färöarna. Deltagarna var fördelade i 5 olika grupper. Läkare, chefer, politiker, specialistsjuksköterskor och äldre representanter. De utvalda deltagarna skulle vara ansvariga för, arbeta med eller på något annat vis ha med vård av äldre att göra. Deltagarna i denna studie var sjuksköterskor med vidareutbildning, en del med specialistutbildning. Samtliga arbetade med äldre vård på något sätt och var över 45 års ålder. De arbetade som distriktssköterskor eller ledare på något vis som exempelvis teamledare i Geriatriskt team. Samtliga 5 verkade ha god erfarenhet och inblick i de äldres situation och hur vården kring dem fungerade.

6.3 Etiska värderingar

En etisk ansökan skickades in gemensamt till NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste). I de enskilda deltagande länderna behövdes sedan inga egna ansökningar göras utan kontakt togs istället med aktuella verksamheter för att informera om projektet. När forskningsstudier genomförs är det viktigt att förhålla sig till etiska riktlinjer. Det finns främst tre huvudregler som forskaren bör följa för att garantera en god etisk hållning för sin forskning. Det är informerat samtycke, konfidentialitet och att undvika att deltagare utsätts för skada på något vis på grund av deltagande i forskningsstudien. Helsingforsdeklarationen uppstod 1964 till följd av att omfattande forskning på människor under grava oetiska förhållanden uppdagats i flera olika länder. Den föreskriver etiska regler för forskning på människor. Till de etiska riktlinjerna hör att man måste ha informerat samtycke från en försöksperson, eller för omyndiga personer en person som har försökspersonens bästa för ögonen. Idag genomförs inga studier utan att genomgå omfattande etiska prövningar för att försöka säkerställa deltagarnas medverkan (Carlberg, 2009)

6.4 Utförande

Kontakt med aktuella verksamheter togs och informationsbrev skickades ut till ansvariga institutioner och verksamhetschefer för att få godkännande till deltagande (se bilaga 1 och 2). Därefter skickades ett utförligare informationsbrev till de utvalda deltagarna för att få samtycke på att de önskar delta i studien (Se bilaga 1 och 3). Varje intervju skedde muntligt vid personligt möte och tog cirka 1 timme. Intervjuerna spelades in och skrevs sedan ned i text. Texten skrevs ned i sin helhet, ordagrant med markeringar för pauser, skratt eller gester. Intervjuerna skedde av studenterna i det gemensamma projektet i respektive land. Intervjuerna skrevs sedan ned på deltagarens originalspråk och skickades till vederbörande ansvarig forskare för fortsatt analys. Studenterna ansvarade sedan för att utföra analyser och bearbeta material för sin utvalda forskningsgrupp.

6.5 Analys

Analys av materialet har skett med kvalitativ innehållsanalys. Den kvalitativa innehållsanalysen kan vara antingen manifest eller latent (Graneheim och Lundman, 2004). Den manifesta innehållsanalysen fokuserar på det som texten säger och beskriver det som tydligt framgår i texten medan den latent inriktar sig på tolkning av det subjektiva och sammanhanget, samt fokuserar på textens underliggande mening. Både den manifesta och den latent innehållsanalysen handlar om att tolka text och lägger tonvikt på likheter och skillnader inom de koder och de kategorier som uppkommer i dataanalysen. I denna studie har tematisk analys använts för att denna analysmetod ger forskaren en möjlighet att använda både det manifesta och det latent av det som framkommer i intervjuerna, vilket ger en bättre förståelse för textens helhet (Graneheim & Lundman, 2004).

De nedskrivna texterna lästes igenom ett flertal gånger för att ge en helhetsbild av vad texten berättade. Enligt Kvale & Brinkmanns metod är detta ett bra sätt för forskaren att få ett helhetsintryck. Medan texten lästes gjordes små markeringar och vissa stycken markerades för att sortera ut meningsenheter som svarade mot syftet.

För den fortsatta analysen valdes Graneheim & Lundmans mer strukturerade analysmetod där dessa meningsenheter placerades i kolumner. I det första steget var en översättning tvungen att genomföras på de meningsenheter som var nedskrivna på andra språk än svenska. I samband med översättning användes olika verktyg som ordböcker, lexikon och google translate. Kontakt med vederbörande intervjuare som skrivit ned texten i sin helhet gjordes även i vissa fall där meningsenheterna var svåra att förstå. Efter detta steg fortsatte analysarbetet med textkondensering där de meningsbärande enheterna kortades ned i den mån det var möjligt utan att förlora kärnan i texten (Graneheim & Lundman, 2004).

De kondenserade meningsenheterna sorteras sedan ut i olika grupper eller domäner, detta främst för att skapa ett överskådligare sätt att hantera enheterna. I nästa skede grupperades dessa meningsenheter in tydligare domäner där en slags kodning genomfördes. Kodningen var främst till för att skapa en tydlighet om vad meningsenheterna inom domänen handlade om. Slutligen bildades kategorier utifrån de kondenserade textenheterna. En kategori är flera kondenserade textenheter med liknande betydelse. Kategoriseringen skedde i flera steg tills kategorierna ansågs uteslutande varandra och fler sammanslagningar inte kunde göras (Graneheim & Lundman, 2004). Resultatet av kategoriseringen bildade de teman som presenteras nedan.

7 Resultat

Resultatet baseras på analyser av de deltagande sjuksköterskornas intervjuer.

7.1 Huvudkategori 1: Dagens äldrevård

7.1.1 De äldre: Ett gemensamt problem de nordiska länderna har är att fler individer blir allt äldre. Det upplevs även att många av de äldre är sjukare och har mer komplexa behov. Både inom hemsjukvården och i de institutionella boendeformerna. Många äldre blir länge boende kvar i sina ordinarie hem. Där

bor de ensamma eller tillsammans med sin make/maka. Ofta kan de ha ett bristande nätverk kring sig då barn eller anhöriga bor långt därifrån. De äldre tvingas bli beroende av hemsjukvården för hjälp i hemmet. Ibland är de själva vårdare åt den andra svårare sjuka maken/makan. Sjuksköterskorna beskriver hur dessa svårt sjuka äldre slussas runt för läkarbesök, provtagningar, undersökningar och behandlingar. Multisjuklighet är vanligt förekommande. Demens, diabetes och olika funktionsnedsättningar skapar stort vårdbehov för de äldre. Sjuksköterskorna beskriver hur de äldre upplever oro och otrygghet, men även att de äldre och deras anhöriga i allt högre grad får en känsla av hopplöshet orsakad av brister i omsorgen för de äldre.

”Jeg tænker også på de hjem, hvor der optsår akutte situationer i forhold til, når borgeren bliver konfus, og hvis der er et eller andet der.. Da er det ikke bedste behandling, at han bliver indlagt på sygehus, at det havde været bedre, hvis det var muligt at beholde ham i eget hjem, at sygeplejerskerne kunne udrede, hvad man er op imod, hvorfor han er konfus, at al udredning er gjort, før man giver beroligende medicin.”

7.1.2 Bristande resurser kring de äldre: Ett av de största problemen som sjuksköterskorna anser skapar problem inom vården av de äldre, är brister inom kommunikationen mellan olika vårdgivare. I Sverige är det framförallt mellan de olika huvudmännen kommun och landsting. Men problematiken är likvärdig i samtliga länder. Information och dokumentation är bristfällig eller svår att få ta del av. Det upplevs att de äldre inte i lika stor utsträckning som andra får den bästa vården. Det saknas specialistkompetens eller så erbjuds den inte till de äldre. De beskriver att det finns ett glapp i vården kring de äldre mellan sjukhusvård och hemmet, att svårt sjuka patienter ofta skickas hem allt för tidigt.

Sjuksköterskornas erfarenhet är också att sjukhusvård inte alltid är det bästa för alla, en del dementa exempelvis skulle må bättre av att vårdas så mycket som möjligt i hemmet. Ett ständigt problem för sjuksköterskorna som arbetar med de äldre är bristen på läkarkompetens. Det är för få läkare som arbetar inom äldrevården och det upplevs som svårt att få tag i de läkare som finns tillgängliga. Det upplevs även som att samarbetet med läkarna inte alltid är det bästa. I alla de deltagande länderna påverkas sjuksköterskornas arbete med de äldre genom nedskärningar i budget. De upplever att de inte kan ge den bästa vården och att deras arbete är tidsstyrt. De upplever att de är för få som arbetar med de äldre och att det saknas kompetens hos personalen. Framför allt upplevs brister inom geriatrik och kunskap om viktiga sjukdomar hos äldre människor. Sjuksköterskorna förmedlar en känsla av frustration och att de styrande inte alltid förstår att de äldres patientsäkerhet äventyras vid för stora nedskärningar.

”Jeg oppfatter vel kanskje at veldig mye er styrt av litt tid, at klokka styrer veldig mye, og at kanskje det er lite mulighet for, på en måte, og ta ekstra tid til den enkelte, eller hvis en ser noe annet dukke opp enn akkurat det som vedkomne har, kanskje hjemmesykepleie eller sånn; så er det liksom lite tid til å ta seg av det”

”Så er det klart at veldig mye er styrt av budsjetter og nedskjæringer, det har vært veldig mye nedskjæringer i helsesektoren, og det er litt sånn at når du leser at endelig så har noen kommuner på en måte klart og holde sine budsjetter, så tenker jeg mange ganger at «javel, men da er det nok noen som ikke har fått det de kanskje burde ha hatt av hjelp»”

7.2 Huvudkategori 2: AKS arbeidsoppgifter

7.2.1 Att ha helhetsperspektiv: Gemensamt för de sjuksköterskor som deltagit i studien är önskemålen om att AKS skulle kunna vara någon som kan representera ett helhetsperspektiv, att kunna vara en nyckelperson med huvudansvaret för vården av den äldre. Det behövs någon som kan företräda den äldres behov även vidare i vårdkedjan, som att vara den äldres advokat.

”Udfordringen er også at man mangler det rigtig gode samarbejde med de praktiserende læger, nogle læger er der et godt samarbejde med andre er der ikke og så er det som at løbe panden mod en mur. Og det er jo for vores beboeres skyld at vi kontakter de læger, for vi er jo beboernes advokat, og der syntes jeg at der er mange udfordringer der”

Upplevelsen var att de äldre behöver någon som arbetar patientfokuserat, nära de äldre, som arbetar med såväl direkta vårdåtgärder men även förebyggande. AKS ska kunna förmedla trygghet, bekräfta och lugna patienten. Det är även viktigt att denna person arbetar tillsammans med de övriga involverade kring den äldre, att som en del i team kunna åka ut tillsammans med hemsjukvårdare, läkare eller andra till de äldre för att gemensamt arbeta ut behandlingsstrategier.

7.2.2 Att vara en expert: Studien visade att en AKS får vara en sjuksköterska med lite större kompetens. Det ska gärna vara inom geriatrik och läkemedel men även en bred allmän kunskap. De ska kunna lite om mycket. AKS ska kunna ha huvudansvaret och vara insatt i helheten hos de äldre och deras åldrande. De ska

se till hela patienten och dess vård. Men som expertsjuksköterska anser de andra sjuksköterskorna också att AKS ska kunna delegera och ordinera. De ska inte själva behöva verkställa allting utan kunna fördela ut uppgifter till andra. En annan viktig funktion som framkommer i studien är AKS roll som ledare och undervisare. Kunskap efterfrågas av personal och de uttrycker ett stort behov av att ha en expert att vända sig till för en ledande och rådgörande funktion, en undervisare som bidrar till att upprätthålla och förbättra deras kunskap inom vården.

” Den superviserende rolle og den undervisende rolle for alle os andre der går her, en som kan undervise os lidt i de forskellige sygdomme, sår, kroniske sygdomme, den undervisende og superviserende rolle ”

”Hun vil være en rådgiver på mange måder, og et mellemed mellem kommunelæger og hjemmesygeplejersker, men jeg forestiller mig en, som går ud i hjemmene hos borgerne, altså at hun er på gulvplan, absolut på gulvplan for at kunne analysere situationen. Ja, absolut en rådgiver, det vil jeg sige med STORE STAVEN”

7.2.3 AKS kliniska arbete: De nordiska sjuksköterskorna anser i stort alla att en AKS ska vara en sjuksköterska som finns tillgänglig rent praktiskt ute bland patienterna. De ser gärna att AKS arbetar med de äldre på olika institutioner som vårdmottagningar, sjukhemsboenden men även att hon ska kunna åka med ut på hembesök till de äldre. Förekommande arbetsuppgifter skulle kunna vara att undersöka, utreda, ordinera prover eller undersökningar och föreslå eller ordinera behandlingar. Sjuksköterskorna ser fördelarna med att allt detta skulle kunna göras så nära patienterna som möjligt för att de äldre inte ska behöva flyttas fram och tillbaka utan få en första bedömning på plats. De anser även att en sjuksköterska med denna funktion med fördel kan ta över en del förberedande läkaruppgifter, för att underlätta inför ett kommande läkarbesök. AKS skulle även kunna åka med ut på mer akuta besök om någon insjuknar plötsligt för att bedöma. De får ha huvudansvaret utöver läkaren för läkemedel och biverkningar, vara mer uppmärksam på interaktioner och utvärdera hur de äldre påverkas av sina läkemedel.

7.2.4 Visionen av AKS: I studierna framkommer en slags drömbild eller vision av vad sjuksköterskorna anser eller hoppas att AKS ska kunna åstadkomma. De ser denna nya roll som ett stort lyft för hela äldrevården. Den geriatriska specialistkompetensen är eftertraktad och välbehövd då man börjat inse hur komplexa de äldre är som patienter. Behovet eller önskemålen om en AKS finns framförallt inom hemsjukvården och på institutionella boenden. En AKS som har

kompetensen att kunna utföra en del läkaruppgifter och som kan effektivisera omhändertagandet av de äldre. De hoppades att AKS skulle kunna fungera som en smidig länk till läkarna och som underlättade vården för de äldre. Det framkom av studien att behovet av läkarresurser inom äldrevården är stort, och bristen av läkarna är lika tydlig i alla de nordiska länderna. Önskemål om att speciella tjänster skulle skapas och fyllas med AKS för att kunna täcka upp för läkarbristerna uttrycktes av sjuksköterskorna. De uttryckte även förhoppningar om att de äldre patienterna skulle slippa forslas fram och tillbaka mellan olika inrättningar, genom en bättre undersökning och bedömning på plats. Ökad kunskap och kompetens kan ge mod till bättre bedömningar och inget respekt hos patienterna. Det framkom även önskemål om att i framtiden utbilda allt fler AKS för att det alltid ska finnas någon med denna kompetens tillgänglig och för att sammanhållningen inom en ny yrkesroll förbättras om det finns fler med samma utbildning.

” Ja, at kunne se mere end bare såret, eller mere end bare demensen, eller bare det man kommer ind til, at kunne se og analysere hele situationen, og efterse medicinen, at undersøge, hvordan medicinen spiller op imod hinanden og holde det op imod borgeren i forhold til vægt og almentilstand. Ja, jeg synes absolut, at dette er en uddannelse, som ville løfte ældreområdet i den grad, det synes jeg”

7.3 Huvudkategori 3: Det nya

7.3.1 Ambivalensen inför AKS funktionen: Det var tydligt att införandet av en ny yrkesroll väckte en hel del känslor hos deltagarna i studien. Deltagarna växlade mellan att lovorda och vara positiva till att uttrycka misstänksamhet och oro. Osäkerheten speglades främst i att AKS funktionen är ny och att kunskapen om denna nya yrkesroll är liten. AKS funktionen beskrevs även som lite svävande. Sjuksköterskornas funderingar kretsade kring AKS förmåga att sätta in rätt insatser när det behövs, eller om de på grund av bristande kunskap och erfarenhet kanske överdriver eller sätter in för lite insatser. Hur dessa nya AKS klarar av hanteringen av stetoskop och den kliniska undersökningen eller läkemedelshantering utgjorde även ett orosmoment. Jämförelser gjordes mellan läkarutbildningens medicinska inriktning och sjuksköterskornas traditionella omvårdnadsbaserade grundutbildning. Osäkerhet hur patienter ska uppleva att bli undersökt av en sjuksköterska istället för av en läkare var en annan tanke som deltagarna hade funderingar kring. Något alla deltagande sjuksköterskor nämnde ett flertal tillfällen var ändå det överhängande positiva med denna nya yrkesroll.

” Altså, jeg tror nok at det selvfølgelig er et tilskudd og en positiv ting. Det som jeg synes, kanskje når jeg tenker over det er litt skremmende hvert fall nå mens det enda er så nytt, det er dette med kanskje litt i forhold til å iverksette tiltak med bruk medikamenter, dette med å, på en måte, skal kunne vurdere alle interaksjoner som kunne dukke opp og sånn, tenker jeg liksom

at, ser ikke helt kanskje at den yrkesgruppa kan gjøre det ut ifra hvis jeg tenker på en lege, hva, kanskje hvordan deres utdannelse er bygget opp i forhold til det jeg opplever at en sykepleier er, vi har jo et mye mer fokus i vår utdannelse på blant annet pleie og sånn. Så akkurat det er vel litt av det som jeg på en måte tenker kan være litt sånn fremmed og litt både-og-tanke.”

”Jeg synes, det er bare et spørsmål om tid, så kan ingen undvære en sådan AKGS ”

Sjuksköterskorna ser det som en framtida nödvändighet med införandet av AKS. Det anses vara en naturlig utveckling av sjuksköterskeyrket, ett tillskott för de äldre och för alla kollegor som arbetar inom äldrevården. De tror att AKS kommer att få ett bra och positivt mottagande på arbetsplatserna.

7.3.2 Kvinnor mot kvinnor: En annan sida som framträdde i samtliga deltagande sjuksköterskors intervjuer var tankar kring hur denna AKS ska tas emot av de andra sjuksköterskorna. Då tänker de främst på bemötandet av en kollega som får en högre kompetens och högre lön , vilket kan leda till missunsamhet och avundsjuka. Känslorna var blandade mellan sjuksköterskorna men funderingarna framgick tydligt, att det i vissa fall kunde leda till ifrågasättande attityder gentemot AKS funktionen.

”Det är ju mänskliga faktorer att ja inställningen att.....kanske en bättre sköterska kan komma och bedöma, det kan lätt bli sånt....så attityd tror jag”

*” Det eneste tvivlsomme kunne være, hvis garvede sygeplejersker føler det som.....du ved kan finde på **kvinder mod kvinder.** ”*

7.3.3 Implementering av AKS funktionen: Resultatet av studierna när det gäller hur sjuksköterskorna tänker sig att man ska kunna implementera denna AKS funktion visar att det bör ske i olika nivåer. Den första nivån är den där politiker och ledare befinner sig i. Sjuksköterskorna anser att första steget är att gå ut med information och påvisa behovet av detta inom äldrevården. De menar även att man ska försöka synliggöra hur läget ser ut i dag med de äldre som flyttas fram och tillbaka mellan olika institutioner och jämföra hur det skulle kunna se ut med en AKS. Forskning och resultat från andra länder som haft AKS inom vården en längre tid kan också gärna användas för att ge politikerna och ledarna en uppfattning om nödvändigheten med införandet av AKS. För att ytterligare stärka intresset för AKS kan man trycka på de ekonomiska intressena. Tidig

upptäckt och behandling av olika tillstånd och sjukdomar som AKS kan hjälpa till med kan spara mycket pengar.

"Ja, for myndighederne, simpelthen, man må simpelthen ned i enkeltheder og påvise, at denne borger kunne være sparet for at været fartet frem og tilbage. At pårørende er stressede at sidde på sygehuset, i stedet for på plejehjemmet. At man gik ind i hjemmet, vurderede behovet og satte behandling i gang i hjemmet. At påvise, hvordan man gør andre steder, påvise hvor meget billigere det er, enklere og værdigt, ja mere værdigt"

Den andra nivån ligger mer i det organisatoriska. Där menar sjuksköterskorna att det är viktigt att försöka öronmärka och skapa särskilda tjänster för AKS. Funderingar framkom om vart i organisationen dessa AKS skulle vara anställda, vem som skulle vara huvudman men klart är i alla fall att önskan var att AKS ska finnas så nära patienterna som möjligt. Så anställningar inom primärvården eller inom hemsjukvården i olika former var det som ansågs mest aktuellt. De anser också att det är viktigt att arbetsgivaren ser till kompetensen och det ökade ansvaret som denna AKS får och därmed erbjuder en rimlig lön. Däremot var de flera av de deltagande sjuksköterskorna som hyste stor tvekan till att arbetsgivarna skulle vara beredda att erbjuda en högre lön.

När det gäller den tredje nivån, själva arbetsplatsen och inför blivande kollegor så poängterade flera av deltagarna att information och åter information är det viktigaste inför införande av yrkesrollen AKS. Det innebär att arbetsgivare och AKS själv informerar och introducerar yrkesrollen. Väl beskrivna arbetsuppgifter och arbetsplaner, där det framgår vid vilka situationer kollegor kan ta kontakt och använda sig av AKS kompetens. Det är även viktigt så att AKS inte utnyttjas och "drunknar" i arbetsuppgifter. Sjuksköterskorna ser också att det kommer att ta lite tid innan denna nya yrkesroll är accepterad då den upplevs som ny och de flesta ute på arbetsplatserna inte har någon erfarenhet av det. Överlag känner dock sjuksköterskorna att om de och deras kollegor försöker vara positiva och uppmuntrar sina medarbetare till att använda AKS i arbetet samt hjälper till att sprida kunskapen om denna yrkesroll så kommer implementeringen att gå bra. Sjuksköterskorna var även själva intresserade av utbildningen till AKS och kunde gärna tänka sig att gå den själv eller uppmuntra andra till att söka den.

"Altså for det første må man se nødvendigheden af det her. Jeg regner med, at dette er lidt politisk. På en eller anden måde må man først se, at behovet er der. Jeg synes det bedste er at synliggøre, hvordan borgeren i dag bliver flyttet frem og tilbage unødigt. Og påvise hvordan man gør i andre lande, hvor man bruger sådanne. Hvilke opgaver hun kan løse, og at det sparer borgeren at blive flyttet frem og tilbage. At påvise fordele med det her og påvise, hvordan det er i dag"

”Jeg tenker at det må endringen til stillingen at det kanskje bli øremerket den type sykepleiere ikke sant så at og det er ganske mye med ledelse å gjør at de ser viktigheten av det de sykepleiere kan gjør”

8 Arbetsmodell med AKS funksjon

8.1 Grunden för arbetsmodellen.

Utvecklandet av en ny arbetsmodell inom primärvården utifrån resultaten av intervjuerna samt teoretisk forskning. Modellen kan ses schematiskt i bilaga 4.

I enlighet med tidigare forskning och förslag på AKS kompetensområden så ser även den här arbetsmodellen liknande ut (jmf med Nordisk modell AKO se bilaga 5)

Arbetsmodellens centrum består av patienten och dennes behov. Den avancerade kliniska sjuksköterskan förväntas kunna ha ett mer holistiskt synsätt och kunna arbeta mer patientcentrerat. Utifrån den ökade kompetensen inom anatomi, patofysiologi, farmakologi och klinisk undersökningsmetodik ska AKS mer självständigt kunna ta emot, undersöka, diagnosticera och behandla patienter. (Fagerström, 2011). Studiens resultat visade också på hur viktig AKS är när det gäller den direkta vården, den nära patientkontakten.

1: Kliniskt arbete

AKS ska finnas tillgänglig på hälsocentralen men som framkom av studien också ha möjlighet att åka ut på hembesök hos patienterna. Hembesök är en viktig informationskälla när det gäller patienternas helhetsvård. På hälsocentralen bör en egen mottagning upprättas så att AKS kan ta emot både akuta och planerade patienter. AKS kan systematiskt utföra en omfattande klinisk undersökning av patienten och utreda patientens häsohistoria och häsobehov. Utifrån denna kliniska bedömning ska hon kunna fastställa patientens häsobehov och utföra de omvårdnadsbehandlingar och behandlingsinsatser som krävs. AKS ska även ordinera undersökningar och medicinering, remittera samt skriva in och ut patienter på vårdavdelning. (Fagerström, 2011). AKS ska även arbeta med planerad verksamhet och uppföljning av patienter med kroniska sjukdomar enligt väl utarbetade vårdplaner och program.

2. Team Work:

AKS är en nyckelperson, detta framkom tydligt i studien. AKS ska samarbeta med de personer som behövs för att patienten ska få ett så bra omhändertagande som

möjligt. Inom den egna organisationen innebär det ett tätt samarbete med främst läkaren. Läkaren ska kunna känna tillit till kompetensen hos AKS. AKS ska kunna begära konsultationer och "bolla" funderingar kring diagnosticering och behandling kring de aktuella patienterna. Ett nära samarbete sparar både tid och resurser för verksamheten och gynnar patienterna. Det finns många andra professioner som AKS också behöver kunna samarbeta med och det innefattar all övrig personal som sjuksköterskekollegor, Röntgen- och labpersonal samt paramedicin med sjukgymnaster och arbetsterapeuter (Hamric & Spross, 2009). För att patienterna ska kunna erbjudas så bra vård som möjligt behöver ett samarbete med kommunens personal ske i högre grad än tidigare. Det ska finnas ett nära samarbete kring hemsjuksköterskor och hemtjänstpersonal som känner till patienten väl.

3. Rådgivare och Undervisare:

Den ökade kompetensen hos AKS ska även kunna utnyttjas av andra. I studien framkom önskemål av de deltagande sjuksköterskorna om att AKS ska finnas tillgänglig som en professionell rådgivare, någon de kan ringa till då de behöver rådgöra angående en patient eller någon behandling. Det fanns även önskemål om utbildning för den övriga personalen, att AKS skulle fungera som undervisare kring ny forskning och vetenskap kring vård, omvårdnad och nya tekniker (Donnelly, 2005).

4. Ledarskap:

I rollen som AKS ingår även uppgifter som ledarskap. I studierna nämndes AKS som en "supervisor", någon som kan fungera som ledare inom verksamheterna, som enhetschefer eller platschefer både i mindre och större sammanhang. Inom AKS kompetensområden är funktionen som ledare tydlig även i andra studier (Donnelly, 2005; Krejci & Malin, 2010; Hamric, Spross & Hanson, 2009).

5. Forskning och Utveckling:

AKS ska ansvara för att själv ta del av men också sprida vidare aktuell forskning inom vård och omvårdnad. Hon ska även försöka driva egna utvecklings- och förbättringsarbeten inom organisationen för att driva verksamheten framåt.

Dessa 5 områden är de största inom den nya modellen, men utöver dessa så finns det även mindre områden som AKS funktionen ska ansvara för och det är exempelvis etiskt beslutsfattande, coaching eller vägledning och case management. Dessa områden ingår i de större och löper igenom hela AKS

arbets sätt. Det går ut på att AKS ska arbeta på en högre nivå och kunna se etiska problem eller dilemman på ett annat vis. AKS ska även arbeta med coaching och vägledning av patienter i hälsofrämjande arbeten både på kort- och lång sikt.

Inom case management innebär AKS arbete mer ett patientuppföljande och vårdförloppstänkande jobb. AKS ska kunna planera och följa upp långsiktiga åtgärder och förlopp som påverkar vårdarbetet.

8.2 AKS modell inom primärvården:

Avancerad klinisk sjuksköterskemottagning är tänkt som en del av primärvårdsmottagningen. Verksamheten är för patienter med både akuta och kroniska besvär.

Målsättning med AKS modellen

- Omhändertagande av patienter som söker för akuta besvär
- Omhändertagande av patienter med kroniska besvär för uppföljning och behandling enligt vårdprogram.
- Planering och utveckling av vårdarbete på hälsomottagningen.
- Undervisning och rådgivning för personal på hälsomottagningen och inom hemsjukvården

Arbetsbeskrivning för en AKS

- Patientbesök med anamnes, klinisk undersökning, provtagning och diagnosticering.
- Konsultation med läkare eller övrig personal.
- Utarbeta en behandlingsplan för patienten, eventuell remiss vidare.
- Uppföljningar och utvärdering av patienter.
- Administrativa uppgifter, telefonkontakter.
- Samordnade vårdplaneringar för patienter i riskgrupper.
- Fungera som rådgivare och konsult för annan personal.
- Hembesök om behov föreligger hos patienter tillsammans med hemsjukvårdspersonal.
- Hälsofrämjanden arbete för vissa patientgrupper.
- Utvecklings och förbättringsarbeten på verksamheten.

9. Diskussion

9.1 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att belysa dagens problematik inom vården av äldre i Norden sett ur sjuksköterskors perspektiv samt att utröna hur en AKS skulle kunna arbeta för att förbättra vården för de äldre. Problematiken kring ökad andel äldre i befolkningen ser likadan ut i alla de nordiska länderna, vilket även framkom i studien. Många har börjat uppmärksamma den kommande situationen där de äldre ökar i samhället och därmed ställer krav på en förbättrad vård och omsorg (Aknér 2004, 2010; Butler & Volkov, 2010; Schober & Affara, 2006)

De främsta problemen eller bristerna inom vården av äldre är bland annat upplevelsen av bristande kontinuitet och känslan av att de äldre inte alltid får den bästa vården. De äldre får ofta åka fram och tillbaka mellan olika institutioner för vård och behandling samtidigt som brister i kommunikation och dokumentation kan leda till försämrad vård enligt de deltagande sjuksköterskorna i studien. Även minskade ekonomiska resurser och bristen på läkare påverkade vården kring de äldre. Enligt studier gjorda i Europa ser trenden likadan ut i de flesta länder, den allmänna läkarbristen gör att politiker och myndigheter behöver börja se sig om efter nya lösningar (Harrocks, Anderson & Salibury, 2002; Fagerström, 2008; Schober & Affara, 2006).

Vikten av att äldre patienter har kontinuitet och en ansvarig kontaktperson för att skapa trygghet och minska känslan av oro hos den äldre och dennes anhörig beskrivs bla av Aknér (2004) i hans bok om multisjuklighet bland äldre. Även i resultaten från Botnia-projektet som bedrevs i Sverige och Finland finns tydligt beskrivet hur de äldre kan känna oro och otrygghet i sin vardag (Jungerstam et al, 2012). Sjuksköterskorna i studien beskriver även hur de anser att de äldre i högre grad har fler och mer komplexa sjukdomsbilder idag jämfört med tidigare. Patienter får åka hem snabbare från sjukhusen och ska sedan tas om hand på äldreboendet eller i hemmet av hemsjuksköterskor och hemsjukvårdare vilket leder till ett behov av utökad kompetens inom vården av äldre (Frilund & Fagerström, 2009). Problematiken inom kompetensförsörjningen ligger även i att det är ett bristande intresse hos sjuksköterskor att arbeta inom äldre vården (Szebehely, 2005).

Inom forskning och studier kring vård av äldre och den åldrande människan beskrivs ofta hur viktigt det är för den gamla människan med trygghet och god omvårdnad i det dagliga livet (Aknér 2010; Jansson & Almqvist, 2011; Gustavsson, 2010). Förhoppningarna var stora hos de deltagande sjuksköterskorna att denna nya AKS funktionen skulle kunna vara någon som kunde representera helheten hos de äldre. Ett behov av en sjuksköterska med

större kompetens inom såväl klinisk undersökning som farmakologi och geriatrik som kan ha ett helhetsperspektiv kring den äldre och dennes vård. Redan när den avancerade kliniska specialistsköterskan möter patienterna och gör en kartläggning över dennes hälsa är det viktigt att fokusera på hur patienten förstår och hanterar sina hälsoproblem. Bedömningen av patientens förmåga att fungera i dagliga livet och i sina relationer har stor betydelse för patientens hälsa. Det kan vara många olika faktorer som påverkar patientens hälsa som exempelvis sociala, fysiska, ekonomiska, miljömässiga eller andliga som spelar in och påverkar patientens förmågor till hälsa och välbefinnande (Tracy, 2009). Omfattande studier för att se om AKS verkligen bedriver helhetsorienterad vård är utförda med bekräftande resultat (Burman, Stephens, Jansa et al. 2002). AKS har denna förmåga till helhetsförståelse utifrån sin omvårdnadsbakgrund samt den kliniska kompetensen (Hamrick et al, 2009).

För patienter kan hälsa uppfattas på helt olika vis beroende på i vilken livssituation han/hon befinner sig i. När AKS arbetar med en frisk patient kan samtal om hälsa handla om förebyggande faktorer och bevarande strategier för hur hälsan ska upprätthållas. Medan det i samtal med den sjuka patienten kan handla om att identifiera och försöka lösa sådant som patienten uppfattar som problem för att uppnå tillfredställelse i det dagliga livet här och nu (Hamrick et al, 2009).

Holism eller helhetssyn innebär en bred förståelse för den unika individen och den komplexa situation som denne befinner sig i. I den utbildning och erfarenhet som AKS har finns goda möjligheter att utöva holistisk vård för patienterna (Burman et al, 2002). Sjuksköterskorna i studien bekräftar behovet av någon med helhetsperspektivet inom vården av äldre. Ofta behövs en person som kan se omvårdnaden men även den kliniska biten med patientens fysiska tillstånd och inte minst kunskaper inom läkemedlen kring de äldre, och utifrån detta sedan kunna hjälpa till att föra den äldres talan inom systemen. De avancerade kliniska sjuksköterskorna anses ha en bredare vidd i sin kompetens och mer utvecklade förmågor. Deras färdigheter medför ett annat tillvägagångssätt inom patientvården jämfört med grundutbildade. Deras arbetsområde ligger någonstans mellan medicin och omvårdnad. Detta kan ibland medföra osäkerhet hos kollegor och dem själv, då sjuksköterskors huvudområde alltid varit främst omvårdnad (Donnelly, 2005).

Benner mfl skrev redan 1996 en bok om expertkunnade i omvårdnad. Denna bok byggde på flera års studier av sjuksköterskor och på hur deras kliniska kompetens och expertkunnande utvecklades. Kännetecknande för sjuksköterskans expertkunnade i omvårdnad är att omvårdnaden är expertmässig vid utövande, bedömning och åtgärder, såsom att använda sin kliniska kompetens på olika sätt för att tillgodose patientens behov. Enligt Patricia Benner befinner sig sjuksköterskan i expertstadiet när hon besitter

speciella färdigheter och snabbt kan fokusera på vad som är mest centralt i situationen och inte ödslar tid på att fundera över andra framträdande och icke framträdande element. Experten arbetar från en djup förståelse av den totala situationen och har en vision av vad som är möjligt (Benner, 2001). Det har diskuterats om främst 3 faktorer som är utmärkande för en sjuksköterska med expertkunnande. Det är graden av autonomi, sjuksköterskans kunskapsbas och färdigheter samt sjuksköterskans personliga egenskaper (Fagerström, 2011). Enligt resultatet i studien framkommer just att en AKS bör vara någon med bredare och större kunskap, någon som kan fungera som rådgivare och stöd i vårdarbetet med patienterna.

När det gäller de kliniska arbetsuppgifterna ansåg sjuksköterskorna i studien att det är viktigt att AKS får vara delaktig i det nära patientarbetet. Den viktigaste funktionen som framkom enligt resultatet var att AKS skulle kunna utföra bedömningar på patienter som försämrats i sitt tillstånd. Detta var främst önskemål inom hemsjukvården. Där upplevdes att de äldre patienterna ofta fick fraktas fram och tillbaka för att behöva genomföra bedömningar och undersökningar. En AKS som gör hembesök i hemmet eller på institution där de äldre befinner sig för att utföra en första bedömning och diagnosticering, samt konsultera läkare för behandling på plats ansåg vara värdefullt. Farhågor fanns att denna kompetens fastnar bakom mängder av administrativa uppgifter, och därför poängterade de att klart definierade arbetsbeskrivningar bör finnas så att inte AKS utnyttjas till fel saker.

Studier har visat att det inte alltid är så lätt att införliva rollen som AKS, många färdigutbildade AKS fortsätter ibland arbeta med samma arbetsuppgifter som innan, det kan bero på bristande behörigheter och/eller en organisation som inte hunnit fastställa arbetsuppgifter. De AKS som arbetar på sin gamla arbetsplats anser dock att de trots allt arbetar på ett utvecklat vis. Arbetet uppfattades annorlunda, de kunde och vågade mera. Deras kunskaper medförde en ökad skicklighet vid patientundersökningar och att samarbetet med läkarna kunde ske på en mer jämnställd nivå (Glasberg, Fagerström, Rähä & Jungerstam, 2009). I allmänhet upplever sjuksköterskor med AKS utbildning att de har fått en större autonomi och ett utökat ansvar. Deras kunskap efterfrågas av kollegor och annan personal, men uppskattas även av läkarna (Donnelly, 2005; Glasberg et al, 2009; Nieminen, Mannevaara & Fagerström 2011).

Studien visade att de flesta sjuksköterskor tror att AKS skulle få gott mottagande av de andra sjuksköterskekollegorna. Fördelen med att kunna konsultera och kunna använda sig av AKS kunskap var stor. Emellertid fanns det en tydlig ambivalens kring införandet av den nya AKS rollen. Många var positiva men ändå frågande till AKS kompetens. Mestadels med tanke på att utbildningen till sjuksköterska skiljer sig så stort från läkarutbildningarna och att sjuksköterskors huvudämne är omvårdnad. Nyfikenhet fanns även över den utökade kliniska kompetensen och hur AKS skulle klara av att hantera den ute i patientvården.

En annan tveksamhet var hur dessa AKS skulle bli bemötta ute på arbetsplatserna och då var i det första hand tankar kring kvinnlig avundsjuka och missunnsamhet sjuksköterskorna i studien syftade till. Studier på kvinnliga arbetsplatser har visat att det är relativt vanligt förekommande att kvinnor drabbas av avund och kan utsättas för både mobbning och kränkande kommentarer av sina kollegor (Heim, Murphy & Golant, 2003; Chresler, 2009). Cullberg Weston (2010) beskriver i sin bok Avund och konkurrens hur kvinnor på olika arbetsplatser men framför allt inom sjukvården ofta kämpar i en icke stöttande organisation. Hälso- och sjukvården är en kvinnodominerad arbetsplats som ingår i en traditionell hiarkisk struktur, vilket kan vara en orsak till den rådande kulturen där kvinnor motarbetar andra kvinnor som försöker avancera i hiarkin (Cullberg Weston, 2010 s 110.)

En studie gjord i Finland 2009 bekräftar upplevelsorna av denna negativa attityd. Här ansåg man främst att negativa attityden och avundsjukan bottnade i okunskap om den nya rollen. Ofta var det kollegor som inte arbetade direkt med AKS som hade en mer negativ attityd, vilket bekräftar hur stor påverkan okunskap kan ha för attitydhållning (Altersved et al 2011). Den förändrade arbetsrollen och den högre lönen kunde ifrågasättas av kollegor i andra specialistfunktioner som tyckte att de utförde liknande arbete. Sarkastiska kommentarer eller till och med känslan av att uteslutas ur arbetsgemenskapen beskrevs av AKS som arbetat några år (Glasberg et al 2009). Stöd, uppmuntran och en positiv attityd av arbetskamrater och ledning är viktigt för att kunna utveckla AKS rollen.

Detta innebär dock inte att det inte finns kvinnor som är beredda att stötta sina kvinnliga medarbetare och som gläds över deras framgångar. Som sjuksköterskorna i studien upplevde det verkade de flesta enbart positiva över att få kollegor med AKS kompetens till deras arbetsplats och det överensstämmer överlag med hur AKS uppfattas överlag av sina kollegor enligt forskningen (Bryant-Lukosious, 2004; Altersved et al 2010; Marsden & Street, 2004).

Information och tydlig beskrivning av den nya AKS rollen efterfrågades vid flera tillfällen som ett led i implementeringen och för att kollegor på de kommande arbetsplatserna skulle kunna vara mer förberedda på vad den innebär. Vid stora förändringsarbeten och införandet av nya arbetsmodeller krävs alltid att hela verksamheten och dess ledande strukturer är involverade. (Fixsen mfl, 2008). Förändring innebär att ta in nya idéer, uppslag, och kreativa lösningar till att etablera något nytt, men förändring innehåller även ambivalens kring känslor som intresse, stolthet, rädsla, ledsenhet och sorg. För att kunna genomföra en förändring krävs en förståelse för de involverade personerna och deras reaktioner. Så även om personerna har full förståelse för den kommande

förändringen så kan de ändå reagera med att känna ett motstånd (Ahrenfelt 2001; Jacobsen 2005; Norbäck & Targama 2009).

Som tidigare nämnts kommer det största motståndet oftast av okunskap (Altersved et al 2011), men även om information och kunskap finns så styrs den enskilda människans upplevelser även av bakgrund, tidigare erfarenheter, personlighet och känslor. Detta kan skapa drivkrafter, i både positiv och negativ riktning i förändringsarbetet och kan variera över tid. Implementering tar tid, ibland kan det ta flera år innan en ny metod har integrerats och blivit en del av det ordinarie arbetet. Implementeringsprocessen går att beskriva som 6 steg: Utforskande, installerande, inledande funktion, full funktion, innovation och bevarande. Under dessa steg är det viktigt att dokumentera och arbeta med att överbygga eventuella hinder eller brister. Det är även viktigt att under det sista steget ha fortsatt stöd utifrån av ledning och organisation för att fortsätta med den nya arbetsmodellen då hela processen kan ta uppemot 2-4 år (Fixsen et al, 2009).

Det är inte enkelt att införa och implementera AKS rollen. Och få länder har fullt ut lyckats bygga upp en stabil plattform för arbetsmodellen. Det har visat sig att konflikter i rollerna mellan läkare och AKS eller mellan AKS och andra sjuksköterskekollegor, AKS egen brist på självförtroende i sin roll och på sin kompetens, begränsningar i AKS behörigheter och acceptansen bland vänner, kollegor och patienter påverkar AKS och kan inverka negativt i utvecklingen av professionen (Schober, 2010).

I studien uttryckte de deltagande sjuksköterskorna önskemål om att speciella tjänster för AKS skulle skapas inom organisationen. Det skulle underlätta definieringen och skapa en större tydlighet i vad AKS rollen innebär. Just bristen på tydligt definierade arbetsuppgifter och en standardiserad arbetsbeskrivning för AKS efterfrågas även internationellt (Nardi & Diallo, 2014; Schober, 2010). AKS behöver få en stärkt yrkestitel och för att kunna genomföra det krävs att insatser sker även inom den egna organisationen som fackförbunden för sjuksköterskor. Fackförbunden behöver börja arbeta för att sjuksköterskor kan avancera i kompetens och kunna få titulera sig och få en högre status inom sin egen kår (Bryant-Lukosius et al 2010; Stark, 2006).

Framtiden för AKS ser ljus ut och ansträngningar för att säkra och förtydliga den avancerade klinisk omvårdnadens betydelse är högt prioriterad hos ICN (international council of nursing) vilket framkom vid deras konferens 2012 i London där över 31 deltagande länder fanns representerade. AKS erkändes nu i allt högre grad vara den som huvudsakligen ansvarade för att ge alla människor lika vård oavsett inkomst social status eller bakgrund och detta gällde i Europa, Amerika, Asien, Australien, Africa och Mellanöstern trots stor variation i

politiska, kulturella, ekonomiska eller fysiska förhållanden i länderna (Nardi & Diallo, 2014.)

9.2 Metoddiskussion

Inom forskning kan processen med att ta fram evidensbaserad kunskap se ut på olika sätt. Verksamheten har ett behov av information som forskaren formulerar i fokuserade, strukturerade frågor. Dessa frågor används som utgångspunkt för att samla kunskap och identifiera forskningsbevis genom litteraturgranskning och/eller insamlande av forskningsmaterial. Inom omvårdnadsforskning har den kvalitativa metoden störst utbredning. Det beror främst på att den har ett humanvetenskapligt perspektiv och att forskarens avsikt är att nå förståelse. Forskningen är helhetsinriktad och man har en induktiv ansats (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Med en induktiv ansats utgår forskaren från innehållet i texten utan en given modell eller teori (Lundman & Graneheim, 2008). Detta gör att resultatet bildar sin egen teori eller modell.

I en kvalitativ studie är det viktigt att bedöma tillförlitligheten. Tillförlitligheten består av fyra begrepp, trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Enlig Holloway & Wheeler (2002) handlar trovärdighet om att forskaren ska fånga och beskriva den sanna verkligheten. Inom forskning används även begreppen validitet och reabilitet för att visa på trovärdighet och pålitlighet i studier. Validitet innebär att forskaren verkligen studerar det han/hon hade för avsikt att studera, att metoden som används är trovärdigt instrument för att få fram relevant data. Med reabilitet syftar man på pålitligheten i forskningsdatat (Polit & Beck, 2012).

En styrka för denna studie när det gäller dessa begrepp är att studien ingår i en större helhet av olika forskningsstudier, där planering och seminarier gällande metoder, analys och diskussion kring intervjumaterialet skett gemensamt. Svagheter gällande studien är att 3 av 5 intervjuer är utförda på andra nordiska språk. Detta kan medföra att en del av innehållet kan misstolkas eller tappa sina nyanser i samband med översättning. Ett försök till att stärka upp detta har skett i samband med de gemensamma seminarierna där delar av text som varit svår att förstå har fått hjälp med tolkning av de andra deltagarna eller handledare. En annan aspekt som måste beaktas är att materialet anses vara lite knäppt. Endast 5 intervjuer från olika nordiska länder räcker inte för att kunna dra några större slutsatser eller bilda teorier. Det kan däremot ses som en inblick i de olika ländernas organisation och hur deras problematik kring äldrevården ser ut samt deras bild av den nya AKS rollen.

När det gäller den teoretiska analysen av vetenskapligt material som ligger som grund för utvecklandet av den nya arbetsmodellen har kvalitetsgranskning skett utifrån en granskningsmall för kvalitativa studier som beskrivs av Willman et al.

(2011). Sökandet efter vetenskapliga artiklar och annat material har främst skett i databaserna medline och cinahl, men även sökmotorn google har använts flitigt. Referenslitteratur i form av andra tidskrifter och böcker har lånats på bibliotek eller inom den egna organisationen.

När det gäller själva urvalet av deltagare till studien kan man diskutera i om underlaget hade gått att bredda på något vis med deltagare av olika kön och en större differens i ålders- och erfarenhetsaspekter. När det gäller studier av detta slag används ibland urvalsmetoden convenience. Det innebär att forskaren använder sig av lämpliga deltagare till sin studie personer rent ur bekvämlighetsaspekt. Det kan vara personer som finns lättillgängliga i forskarens närhet och som passar för just den sortens studie som ska utföras (Polit & Beck). Så har urvalet även skett till denna studie vilket kan vara en svaghet, men som på grund av det knappa materialet med 5 deltagare kan accepteras.

Själva analysarbetet har skett utifrån Graneheim & Lundmans(2004) metod för kvalitativ innehållsanalys med influenser av Kvale & Brinkmann (2009). Dessa analysmetoder är speciellt lämpade för kvalitativ forskning och har visat sig kunna ge studier en bra reabilitet (Polit & Beck, 2012).

9.3 Slutsatser och förslag på fortsatt forskning

Denna studie visar tydligt hur stor okunskapen om den avancerade kliniska sjuksköterskan fortfarande är. Vissa länder har kommit längre i sin utveckling av denna nya roll medan upplevelsen är att de deltagande nordiska länderna (Sverige, Danmark, Norge och Färöarna) fortfarande befinner sig i början av processen. Studien visade även att en av de viktigaste faktorerna för införandet av en ny yrkesroll och arbetsmodell är information. Informationen måste fördelas inom hela organisationen från ledning dvs styrande politiker ända ned till samtliga yrkesgrupper på de innefattande enheterna. Forskning visar att införandet av AKS har positiva effekter på vården för alla kategorier som patienterna, kollegor, ekonomin och utveckling men den positiva attityden åtföljs emellertid av ett outtalat men kraftfullt frågetecken. Orsaker till mistro och skepticism vilar oftast på basen av bristande kunskap och om AKS ska kunna få ett gott emottagande och en positiv start på den nya arbetsmodellen måste hinder som detta försöka motarbetas tidigt i implementeringsprocessen.

Utvidgad forskning bör genomföras i de nordiska länderna på basen av några år efter genomförandet av den nya arbetsmodellen med AKS. Främst för att se hur de nyutbildade AKS upplever att deras arbete fungerar men även för att se hur attityder och trender för AKS utvecklas. Ser med tillförsikt på framtiden med AKS och hoppas på en positiv utveckling.

Referenslista

- Ahrenfelt, B. (2001). *Förändring som tillstånd: att leda förändrings- och utvecklingsarbete i företag och organisationer*. Lund: Studentlitteratur
- Akner, G. (2004). *Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om Åldrevårdscentral*. Liber.
- Aknér, G. (2010). "Obotlig optimist vill se nytt tänk". Intervju av Lisa Thorsén, *Tidskriften I Vården* nr 2: sid 9-10.
- Altersved, E., Zetterlund, L., Lindblad, U & Fagerström, L. (2010). Advanced practice nurses: A new resource for Swedish primary health-care teams. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 174-180.
- Benner, P. (2001). *Från Novis till Expert- mästerskap och talang I omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Bryant-Lukosius, D. & Di Censo, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing* 48(5), 530-540.
- Bryant-Lukosius, D., Vohra, J. & DiCenso, A. (2009). Resources to facilitate APN outcomes research I: Kleinpell, R (Ed.). *Outcome assessment in advanced practice nursing*, 2nd Ed.s.267-286. NY: Springer Publishing Company.
- Burman, M., Stepan, M., Jansa, N., & Steiner, S. (2002). How do NPs make clinical decisions?. *Nurse Practitioner*, 27(5), 57.
- Butler R.N. & Volkov O. (2010) The elderly in society: an internationalperspective. In Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology (Fillit H.M., Rockwood K. & Woodhouse K. eds).Saunders, an imprint of Elsevier Inc, Brocklehurst, pp. 988–996
- Callaghan, L.(2008) Advanced nursing practice: an idea whose time has come. *Journal of Clinical Nursing*. 17: 205–213
- Carlberg, A. (2009). *Patientens bästa – en kritisk introduktion till läkaretiken*. Lund:Nordic Academic Press.
- Chresler, P. (2009). *Woman´s inhumanity to woman*. Chicago: Chicago Review Press
- Cullberg Weston, M. (2010). *Avund och konkurrens- känslor i vardagen*. Stockholm: Natur och kultur.
- Dehlin, Ove & Rundgren, Åke. (2007) *Geriatrik*. Lund: Studentlitteratur

Donald F, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Kilpatrick K, Carter N, Harbman P, Bourgeault I, DiCenso A. (2010). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: title confusion and lack of role clarity *Nursing Leadership* (Tor Ont). Dec;23 Spec No 2010:189-201

Donnelly, G. (2006). The essence of advanced nursing practice. *Internet Journal Of Advanced Nursing Practice*, 8(1).

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

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

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

Finnbakk, E., Skovdahl, K., Störe Blix, E., & Fagerström, L. (2011). Top-level managers' and politicians' worries about future care for older people with complex and acute illnesses – a Nordic study. *International Journal of Older People Nursing*, 7(2), 163-172.

Fixsen, D., Blase, K., Naoom, S. & Wallace, F (2009) Core Implementation Components *Research on Social Work Practice* 2009 19: 531 originally published online 27 May 2009.

Frilund, M., & Fagerström, L. (2009). Oulu Patient Classification instrument within primary health care. *Stud Health Technol Inform*, 2009;146:30-5.

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

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

Gustafson, Y. (2010). "Medicinering av riktigt gamla rena rama experimentverksamheten" Intervju av Sara Gunnarsdotter. *Läkartidningen nr 6: 2010* volym 107.

Hamric, A., Spross, J & Hanson, C. (2009). *Advanced nursing practice: An integrative approach. (4th ed.)* St. Louis, Mo: Saunders/Elsevier

Heim, P., Murphy, S & Golant, K. (2003). *In the company of women- Indirect Agression Among Women, Why We Hurt Each Other and How to Stop*. Los Angeles: Jeremy P Tarcher

Holloway, I & Wheeler, S. (2002) *Qualitative Research in Nursing (2nd ed)*. Oxford: Blackwell

- Holmdahl, Barbro (2007). *Sjuksköterskans historia. Från siukwacterska till omvårdnadsdoktor* (utgåva 2. uppl.). Stockholm: Liber
- Horrocks, S., Anderson, E & Salibury, C. (2002) Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002; 324 :819
- Hukkanen, E & Vallimies-Patomäki, M. (2005). Cooperation and division of labour in securing access to care. A survey of the pilot projects on labour division carried out within the National health Care Project: The ministry of Social Affairs and Health in Finland: Helsinki
- Jacobsen, D. (2005). *Organisationsförändringar och förändringsledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Jansson, A & Almqvist, B. (2011). *Gerontologi och geriatrik*. Stockholm: Liber AB
- Jungerstam, S., Nygård, M., Olofsson, B., Pellfolk, T & Sund, M. (2012). *Äldres värdighet, delaktighet och hälsa: Resultat från GERDA Botnia-projektet*. Vasa: Novia publikation och produktion.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier-analys och utvärdering. (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur
- Krejci, J., Malin, S. (2010). In M.P. Mirr Jansen and M. Zwygart-Stauffacher (Ed.), *Leadership competencies for APNs*. New York, NY: Advanced Practice Nursing: A Guide to Professional Development/Springer
- Kvale S. & Brinkmann S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund. Studentlitteratur
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Marsden, J & Street, C. (2004). A primary healthcare team's views of the nurse practitioner role in primary care. *Primary Health Care Research and Development* 5: 28-39.
- McAiney, C.A., Haughton, D., Jennings, J., Farr, D., Hillier, L., & Morden, P. (2008). A unique practice model for nurse practitioners in long term care homes. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 562-571.
- Nardi, DA. & Diallo, R. (2014). Global trends and issues in APN practice: engage in the change. *Journal of Professional Nursing* May-June; 30(3): 228-32.
- Nieminen, A.-L., Mannevaara, B. and Fagerström, L. (2011), Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25: 661-670
- Norbäck, L-E. & Targama, A. (2009). *Det komplexa sjukhuset: att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

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

Robarts, S., Kennedy, D., MacLeod, A.M., Findlay, H. & Gollish, J. (2008). A framework for the development and implementation of an advanced practice role for physiotherapists that improves access and quality care for patients. *Healthcare Quarterly*, 11(2), 67-75.

Salisbury, C & Munro, J. (2003). Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *British Journal of General Practice*. 53 :53-59

Schober, M. (2010). APN role development: Strategies to conquer the challenges. *Singapore Nursing Journal Volume 37 No. 2 April – June*.

Stark, S. (2006). The Effects of Master's Degree Education on the Role Choices, Role Flexibility, and Practice Settings of Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners. *Journal of Nursing Education January, Vol. 45, No. 1*

Szebehely M (2005): Care as employment and welfare provision - child care and elder care in Sweden at the dawn of the 21st century. In: Dahl HM och Rask Eriksen T, Eds., *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State*. Aldershot: Ashgate

Schober, M & Affara, F. (2006). *Advanced Nursing Practice*. London: Blackwell Publishing

Tracy, M.F. (2009). Direct clinical practice. Hamric, A., Spross, J & Hanson, C. (red). *Advanced nursing practice: An integrative approach. (4th ed.)* St. Louis, Mo: Saunders/Elsevier

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

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.

Bilaga 1



AVANCERAD KLINISK GERIATRISK SJKSKÖTERSKA

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

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

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

Den nordiska modellen för Avancerad klinisk sjuksköterska är beskriven av professor Lisbeth Fagerström (2011):

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

International Council of Nurses definition:

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

REFERENSER:

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

INTERNETSIDER:

INTERNATIONAL COUNSEL OF NURSES:

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

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

WIKIPEDIA: http://en.wikipedia.org/wiki/Geriatric_nursing

Bilaga 2



Informationsbrev till verksamhetschef

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

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

Vårt examensarbete är tänkt att genomföras som en gemensam nordisk kvalitativ studie för att kartlägga behovet av avancerad kliniskt sjuksköterska för äldre inom kommun och primärvård. Vi vill även genom studien få fram en arbetsmodell för den avancerade kliniska geriatriska sjuksköterskan.

Vi önskar därför få tillstånd att genomföra intervjuer med personer inom er organisation/verksamhet. Datainsamling är planerat inledas i februari.

För mer information om studien ta kontakt med nedanstående personer.

Med vänliga hälsningar

Mari Huhtanen

Maria Rännare

Ann-Louise Glasberg

Leg Sjuksköterska

Leg. Sjuksköterska

Handledare

maakku@hotmail.com

maria.raennare@hotmail.com

ann-louise.glasberg@novia.fi

0730570935

0730818752

+358(0)44 7805328

Bilaga 3



Information och förfrågan om deltagande i forskningsprojekt

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

Vårt examensarbete kommer att genomföras som en gemensam nordisk kvalitativ studie för att kartlägga behovet av avancerad kliniskt sjuksköterska för äldre inom kommun och primärvård. Vi vill även genom studien få fram en arbetsmodell för den avancerade kliniska geriatriska sjuksköterskan.

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

Intervjuerna beräknas ta ca 60 min och kommer att spelas in för att sedan skrivas ut i text och analyseras. Deltagandet i intervjun är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Dina svar och resultat kommer att behandlas konfidentiellt så att ingen obehörig kan ta del av dem. Allt material kommer att förvaras konfidentiellt och förstöras efter studiens genomförande. Det är endast ansvariga för studien och handledare som kommer att ta del av materialet.

Önskar ni ta del av den färdiga studien, kontakta studerande.

Med vänliga hälsningar

Mari Huhtanen

Maria Rännare

Ann-Louise Glasberg

Leg Sjuksköterska
maakku@hotmail.com

Leg. Sjuksköterska
maria.raennare@hotmail.com

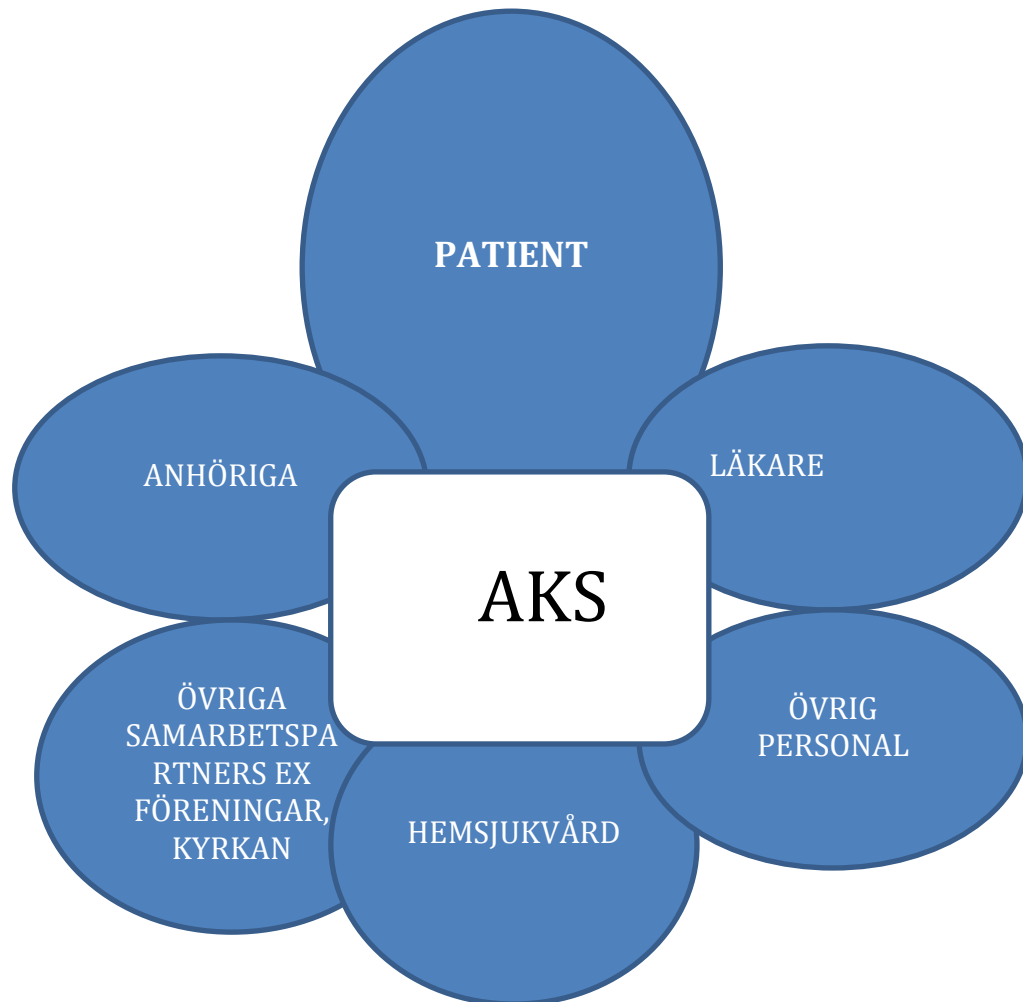
Handledare
ann-louise.glasberg@novia.fi

0730570935
+358(0)44 7805328

0730818752

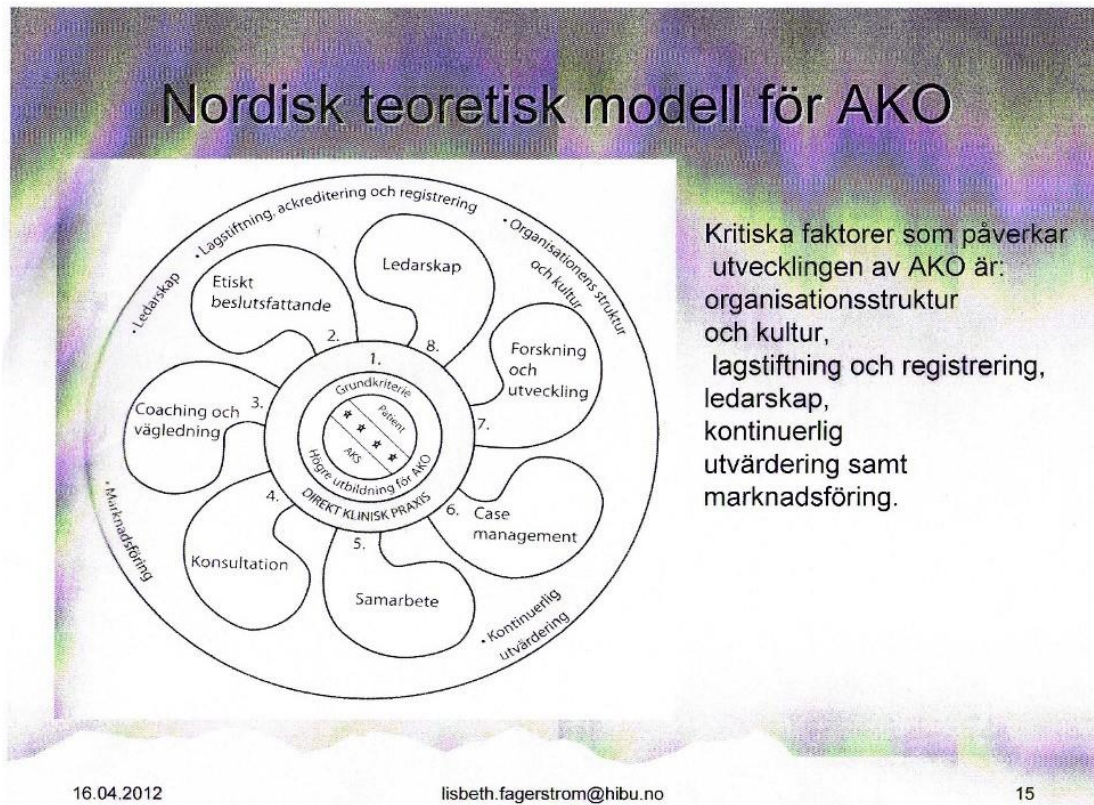
Bilaga 4

Schematisk figur för AKS modell



Arbetsmodell för AKS. Ska belysa hur AKS ska fungera som en nyckelperson för att knyta samman alla kontakter som behövs kring vården av patienter.

Bilaga 5



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