

Mottagningsskötarens arbetsuppgifter

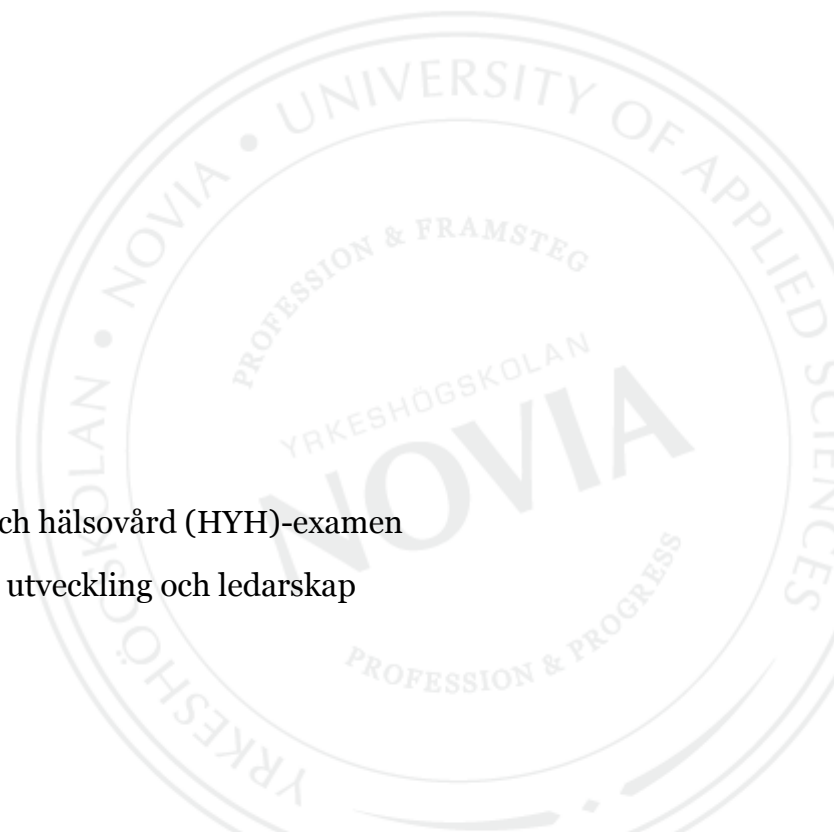
- en kartläggning innehållsmässigt och tidsmässigt

Annika Åkers

Examensarbete för social- och hälsovård (HYH)-examen

Utbildningsprogrammet för utveckling och ledarskap

Vasa 2016



EXAMENSARBETE

Författare: Annika Åkers

Utbildningsprogram och ort: Högre yrkeshögskoleexamen inom social och hälsovård, Vasa

Inriktningalternativ/Fördjupning: Utveckling och ledarskap

Handledare: Maj-Helen Nyback

Titel: Mottagningskötarens arbetsuppgifter – en kartläggning innehållsmässigt och tidsmässigt

Datum: Mars 2016

Sidantal: 52

Bilagor: 4

Abstrakt

Syfte med studien var att kartlägga mottagningskötarens uppgifter innehållsmässigt och tidsmässigt och utgående från resultatet skapa en fungerande modell. Frågeställningarna var; Vilka är mottagningskötarens uppgifter och tidsanvändning på poliklinikerna? Hur skall modellen för mottagningskötarna inom poliklinikerna utformas för att kunna ge patienten bästa möjliga vård? Kartläggningen gjordes i två delstudier. I del studie I användes kvalitativ metod och i del studie II användes kvantitativ metod. Datasamlingsmetod i del I var en öppen fråga och i del II ett tidsregistreringsformulär till sjukskötare som arbetade som mottagningskötare. En arbetsmodell för mottagningskötare utarbetades utgående från studiens resultat och tidigare forskning.

Resultat: delstudie I visar att mottagningskötarens arbetsuppgifter är planering och koordinering, information och handledning, rådgivning, åtgärder och vård, uppföljning och utvärdering. Huvudresultatet i delstudie II, kartläggningen av arbetstidens fördelning, visar att mottagningskötaren ägnade endast 32% av sin arbetstid åt direkt patientarbete, 51% till indirekt patientarbete och 17% till övrigt. Studien har visat att en stor del av mottagningskötarens arbetsinnehåll inte ligger i linje med utbildning och den kompetens mottagningskötaren står för.

Språk: Svenska **Nyckelord:** mottagningskötare, arbetsuppgifter, tidsanvändning, direkt patientarbete, indirekt patientarbete

BACHELOR'S THESIS

Author: Annika Åkers

Degree Programme: Master's degree in social and health services, Vaasa

Specialization: Development and leadership

Supervisors: Maj-Helen Nyback

Title: Reception nurse's duties – a survey content and timing

Date: March 2016

Number of pages: 52

Appendices: 4

Abstract

The aim of the study was to identify the reception nurse's duties content and timing, and based on the results create a working model. Questions were; what are the reception nurse's tasks and time use in outpatient clinics? How should the model for reception nurses, in outpatient clinics, designed to give the patient the best possible care? The mapping was done in two sub-studies. In study I used qualitative method and in study II used quantitative method. Data collection method in the study I was an open question and in the study II a time registration form to the nurse who was working as reception nurse. A working model for the reception nurse was drawn up on the basis of the study results and previous research.

Result: Study I show that the reception nurse's duties include planning and coordination, information and guidance, advice, measures and treatment, monitoring and evaluation. The main result of the study II, the mapping of the distribution of working, showing that the reception nurse spent only 32 % of their time on direct patient work, 51% to indirect patient work and 17 % to the rest. The study has shown that a large part of the reception nurse's work content is not in line with the education and skills reception nurse stands for.

Language: Swedish **Key words:** reception nurse, duties, use of time, direct patient-work, indirect patientwork

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Syfte och frågeställningar.....	2
3 Polikliniskt vårdarbete.....	3
3.1 Sjukskötarens arbetsbeskrivning	4
3.2 Kompetens.....	5
3.3 Lagar och förordningar som reglerar sjukskötarmottagningen.....	6
3.4 Den polikliniska modellen.....	7
3.5 Tidigare forskning relaterade till polikliniskt vårdarbete	11
3.6 Tidigare forskning relaterade till sjukskötarens användning av arbetstiden	12
4 Teoretisk referensram.....	14
4.1 God vård.....	15
4.2 Känsla av sammanhang en nödvändighet för att möjliggöra en god vård	16
5 Metod	19
5.1 Kvalitativ metod.....	20
5.2 Kvantitativ metod.....	21
5.3 Etiska överväganden.....	21
5.4 Delstudie I	22
5.4.1 Datainsamling.....	22
5.4.2 Dataanalys	23
5.4.3 Resultat.....	25
5.4.4 Koordinering av patientbesök och patientkontakter	28
5.5 Delstudie II.....	29
5.5.1 Datainsamling.....	30
5.5.2 Dataanalys	31
5.5.3 Resultat.....	32
6 Resultatdiskussion	37
7 Kritisk granskning	39
8 Diskussion	42
8.1 Mottagningskötarens arbetsuppgifter.....	42
8.2 En ny modell	46
Källförteckning.....	47
Bilagor	

Figurförteckning

Figur 1.Olika sjukskötarroller.....	8
Figur 2. Känsla av koherens.....	17
Figur 3. Studiens design.....	18
Figur 4. Fördelning av arbetsuppgifterna i kategorin indirekt patientarbete.....	31
Figur 5. Fördelning av arbetsuppgifter i direkt patientarbete.....	33

Figur 6. Fördelning av arbetstid i kategorin övrigt.....	34
Figur 7. Fördelningen mellan temaområdena indirekt, direkt och övrigt.....	34
Figur 8. Effektivare användning av resurs.....	42

Tabellförteckning

Tabell 1. Exempel på formande av kategorier.....	23
Tabell 2. Mottagningsskötarnas antal koordinerade patientbesök.....	27
Tabell 3. Antalet arbetade år på poliklinikerna.....	30

1 Inledning

Inom öppenvården eller på poliklinikerna finns olika typer av sjukskötmottningar. Sjuksköterna har olika roller beroende på utbildning och kompetens. Målsättningen med sjukskötarbesök är att förmedla kunskap, ge stöd, att vägleda patienten och att stärka patientens tilltro att kunna hantera sjukdom eller förändring av hälsa. Patienten har rätt att förlita sig på sakkunskapen hos den professionella sjuksköterskan inom hälso- och sjukvården. Med en tydligare bild av vilka arbetsuppgifter, arbetstidens innehåll och hur sjukskötmottningar fungerar hittar man enkla och meningsfulla förbättringsområden som kan maximera nyttan för patienterna.

För att få en helhetssyn över vad mottagningsverksamheten innehåller är det av betydelse att kartlägga sjuksköternas arbetsuppgifter innehålls- och tidsmässigt. Personalens tid är en viktig resurs i vården. Tid kan till exempel skapas genom att effektivisera arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper och genom att tydliggöra och beskriva innehållet i de olika sjukskötarrollerna. Det är även av vikt att synliggöra sjukskötarens arbetsuppgifter för att få rätt resurs på rätt plats. För att förstå det system vi arbetar i behöver vi se det som det verkligen är och hur det fungerar för att kunna utveckla verksamheten. På poliklinikerna arbetar även yrkesgrupper så som läkare, specialmedarbetare, sekreterare och anstaltsbiträden.

I detta arbete studeras endast mottagningskötarens roll på polikliniken. Genom att synliggöra mottagningskötarens roll och arbetsinsats på polikliniken finns det möjligheter till utveckling av arbetsbeskrivningen, fastställande av standarder och kliniska riktlinjer. Standarderna och kliniska riktlinjerna kunde fungera som ett redskap för evaluering av god vård samt beskriva önskad verksamhetsnivå inom denna specifika kontext.

Vallimäki-Patomäki, Kärkkäinen m.fl betonar vikten av att utnyttja sjuksköternas kunskap bättre och genom att utvidga arbetsbeskrivningen kan hälso- och sjukvårdstjänsternas tillgänglighet och patienthandledningen förbättras (Vallimäki-Patomäki m.fl 2003 s. 10,14; Kärkkäinen m.fl 2006, s. 2647-2652).

Fagerström påpekar också att det utifrån internationella erfarenheter, är möjligt att utnyttja kompetenta och kunniga sjukskötare på ett mera effektivt sätt (Fagerström 2011, s. 45).

Specialsjukvården bör utveckla verksamhetsmodellerna för polikliniskarbete på ett sådant sätt att vi kan trygga en högklassig och en patientcentrerad vård inom rimlig tid. Implementering av hälsofrämjande aktiviteter och sjukdomsförebyggande insatser bör man fokusera på för att motivera och stödja människor att hålla sig friska. En kostnadseffektiv åtgärd är en rätt fördelning och utnyttjandet av personalresurserna och personalens kunnande. Enligt Koivuniemi & Simonen (2011, s. 51-54) räcker det inte enbart att effektivisera processerna utan uppmärksamheten bör alltmer riktas mot patienten, bemötandet av patienten och relationen mellan patient och den professionella. Patienten måste ses som en resurs, genom att stöda patientens egna kunnande och motivation samt effektivisera teknologiska resurser, IT-program, kan resurser allokeras rätt, i syfte att främja patientens hälsa trots sjukdom.

2 Syfte och frågeställningar

Syfte med undersökningen är att kartlägga mottagningskötarens uppgifter och utgående från resultatet skapa en fungerande modell, som är kontext bunden till den polikliniska vården. Modellen skall basera sig på god vård och vara generaliserbar, så att den kan vara användbar på polikliniker där mottagningskötarverksamhet bedrivs.

Frågeställningar

- Vilka är mottagningskötarens uppgifter och tidsanvändning på poliklinikerna?
- Hur skall modellen för mottagningskötarerna inom poliklinikerna utformas för att kunna ge patienten bästa möjliga vård?

Kartläggning av den nuvarande situationen görs innehållsmässigt och tidsmässigt på poliklinikerna. Undersökningen förväntas bidra med ökad kunskap om mottagningskötarens arbetsuppgifter och hur arbetstiden fördelas på olika arbetsuppgifter.

3 Polikliniskt vårdarbete

I detta kapitel kommer följande att beskrivas; polikliniskt vårdarbete, sjukskötarens arbetsbeskrivning, kompetens, lagar och förordningar som reglerar sjukskötar-mottagningen, den polikliniska modellen, tidigare forskning relaterade till polikliniskt vårdarbete och tidigare forskning om sjukskötarens användning av arbetstiden.

Poliklinisk vård eller öppenvård är ett samlingsnamn för hälso- och sjukvård som utförs på icke inneliggande patienter. Det är idag en trend mot att allt mer av hälso- och sjukvårdande insatser bedrivs som öppenvård i kombination med allt kortare vårdtider på sjukhus.

Målsättningen med det polikliniska vårdarbetet är att hitta nya verksamhetsmodeller eller verksamhetsformer, som tillfredsställer patienternas vårdbehov. Vårdarbetets uppgift är att hjälpa patienten att upprätthålla och befrämja sin hälsa, att förebygga de krafter som bryter ner hennes hälsa, och att hjälpa henne att klara av sin sjukdom. Den centrala uppgiften är att hjälpa patienten i att själv delta i sin egen vård (Perälä, 1998, s. 7-8).

Vårdarbetet på poliklinikerna fokuserar starkt på patienthandledning och patientinformation, samt att säkerställa patientens diagnos med hjälp av olika undersökningar och små åtgärder (Fagerholm, 2014, s. 6).

Ökningen av öppenvårdsbesöken syns i statistiken så att vårdagarna minskat och poliklinikbesöken ökat. Enligt THL:s (2014, s. 49) statistik gjordes inom specialistsjukvården i Finland år 2013 cirka 8,5 miljoner öppenvårdsbesök. Detta är cirka 160 000 öppenvårdsbesök mer än år 2012 och cirka 2,8 miljoner fler besök än år 2000. Hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326) som trädde i kraft i maj 2011 preciserar vårdgarantin och betonar effektiveringen av öppenvården inom specialistsjukvården.

3.1 Sjukskötarens arbetsbeskrivning

Sjukskötare är en legitimerad yrkesutbildad person som utfört 210 studiepoäng på yrkeshögskolenivå. Kraven på sjukvårdspersonalens utbildning och kvalifikation föreskrivs i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (1994/559). Lagen innehåller även krav på yrkesetiska skyldigheter, tystnadsplikt, fortbildningsskyldighet och språkkunskaper.

Med yrkesutbildad person avses den som med stöd av denna lag (1994/559) har erhållit rätt att utöva yrke eller tillstånd att utöva yrke samt den som med stöd av denna lag har rätt att använda yrkesbeteckning för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Valvira övervakar yrkespersonernas verksamhet inom hälso- och sjukvården.

Enligt Sairaanhoidajaliitto och ICN:s etiska kod (2014) för sjukskötare finns fyra grundläggande ansvarsområden; att förbygga sjukdom, att återställa hälsa, att främja hälsa och att lindra lidande. I sitt arbete strävar sjukskötare efter att uppfylla ansvarsområdena och stöda och öka patientens egna resurser samt att förbättra livskvaliteten. Syfte med ICN:s etiska kod är att den vägleder alla världens sjukskötare till ett gemensamt förhållningssätt oberoende av nationella lagar. All vård har en etisk dimension och varje sjukskötare har ett moraliskt ansvar för sina bedömningar och beslut. Sjukskötare skall genom sitt etiska förhållningssätt och sin helhetssyn över patientvården tillvarata patientens kunskap och erfarenhet. I sin profession skall hon eller han bemöta såväl patient som anhöriga på ett respektfullt och lyhört sätt, ge stöd och vägledning och möjliggöra anhörigas delaktighet i vården. Sjukskötare skall ha en förmåga att ta tillvara patientens egna resurser, informera, handleda, undervisa och utvärdera samt använda system dit nämnda saker kan dokumenteras, så som en individuell vårdplan.

ICN:s kod tydliggör sjukskötarens yrkesutövning och profession. Det ställs krav på att sjukskötare skall ha ett vetenskapligt förhållningssätt, ett professionellt ansvar och ett självständigt arbete. Vårdarbetet skall bygga på vetenskap och evidensbaserad erfarenhet samt utföras enligt gängse vårdrekommendationer och förordningar. Sjukskötarens förmåga att söka och använda evidensbaserad kunskap är avgörande.

3.2 Kompetens

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården 2008-2011, Kaste, har varit en bidragande orsak till att sjukskötamottagningsverksamheten utvecklats inom öppenvården. Ett av Kaste 2008-2011 programmets huvudsyfte var att förbättra kvaliteten, effektiviteten och tillgängligheten på tjänsterna. Kaste syftar till att ordna hälso- och sjukvårdens strukturer och tjänster mot ett patientorienterat och ekonomiskt hållbart mål. Målen kan nås genom att säkerställa att det finns expertkunande och tillräckligt med personal och fungerande service- och verksamhetsmodeller. Programmet för social- och hälsovården 2012-2015 fortsätter det reform arbete som påbörjades under föregående programperiod. Hälso- och sjukvårdens utmaning är att befolkningen åldras, det blir vanligare med minnessjukdomar och andra långtidssjukdomar och antalet personer med fler sjukdomar kommer att öka. Det innebär växande utgifter för hälsovården och ett behov av mera personal, om tjänsterna inte blir mera produktiva och effektiva.

Flera nationella projekt har man gjort vad det gäller sjukskötarens kompetensutveckling och uppgiftsöverföring mellan sjukskötare och läkare. Hälsovårdsministeriet i Finland har sammanställt resultat från 31 pilotprojekt som berörde en omfördelning och en ny arbetsfördelning mellan sjukskötare och läkare (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, s. 5).

Yrkeskompetens som begrepp är sammansatt av kunskap och färdighet inom det egna yrket. Kunskapen är att veta något om det man skall utföra och själva utförandet är färdigheten. För att betraktas som kompetent bör man även ha förutsättningar att finna lösningar på de problem som uppstår i det dagliga arbetet. Rätt kompetens innebär att patienten får vård av en sjukskötare som har de kunskaper och förmågor som behövs för att kunna ta hand om patienten på bästa möjliga sätt. Beroende på verksamhetsmiljön betonas kraven på kompetensen olika. Utöver yrkeskompetens behöver sjukskötaren i sitt arbete arbetslivskunskap, samarbetsförmåga och en vilja att uppnå enhetens mål (Socialstyrelsen, 2006, s. 34, Benner 1993, 1999).

Sjukskötarens roll har ändrats från läkarens assistent till expert inom vårdarbetet. Hälso- och sjukvården har inte ännu lyckats utnyttja den ökade kompetensen som sjukskötare skaffat sig under de senare åren och inte heller den utveckling av

kunskapsbasen som vårdforskningen medfört. Det är ett ekonomiskt och kompetensmässigt slöseri om inte personernas kompetens används i det kliniska vårdarbetet. Sjukskötare med högre utbildning, används ofta till andra uppgifter. Det vore mer önskvärt att driva utvecklingen mot mera självständigt patient- och vårdarbete, både för professionen som sjukskötare och för den samhällsekonomiska utvecklingen (Leksell & Lepp 2013, s. 63, 338). Även Fagerström (2011) konstaterar att sjukskötarens assisterande roll lyckligtvis har förändrats mot en mera självständig och jämlik roll i relation till läkare.

Sjukskötarna har en rättighet och en skyldighet att upprätthålla och förbättra sina kunskaper och sin kompetens samt att sträva till god kvalitet i sitt arbete. Utan god yrkeskompetens kan inte god vård genereras. Utöver substansen bör sjukskötaren också kunna de bestämmelser och rekommendationer som reglerar verksamheten (ETENE 2001).

3.3 Lagar och förordningar som reglerar sjukskötarmottagningen

Lagar och förordningar reglerar hälso- och sjukvården både nationellt och internationellt. Syfte med lagen om yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (1994/559) är att förbättra patientsäkerheten och kvaliteten på hälso- och sjukvårdstjänster. Detta uppnås genom att säkerställa fortbildning, kompetens och färdigheter som sjuksköterycket förutsätter. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326, §5) bör sjukvårdsdistriktet säkerställa att personalen i tillräcklig utsträckning deltar i fortbildning inom hälso- och sjukvården. Sjukskötaren är skyldig att upprätthålla och utveckla sin yrkesskicklighet.

Lagen och förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (1994/559, 1994/564) definierar vem som är kvalificerad att utöva hälso- och sjukvårdstjänster. Enligt lagstiftning (1994/559) är det en legitimerad läkare som beslutar om patientens undersökningar, diagnos och behandling. Övrig vårdpersonals arbetsuppgifter är inte fastställda i lagen och inte nämns det heller hur arbetsuppgifterna kunde fördelas mellan läkare och sjukskötare. När arbetsuppgifter överförs till sjukvårdspersonal, som enligt lag hör till en annan yrkeskategori, kräver lagen (1994/559) att färdigheterna kontrolleras och att ett skriftligt beslut görs på överföringen av arbetsuppgifterna. I beslutsfattandet bör man beakta lagen om

patientens ställning och rättigheter (1992/785), som ger patienten rätt till god hälso- och sjukvård samt till ett gott bemötande.

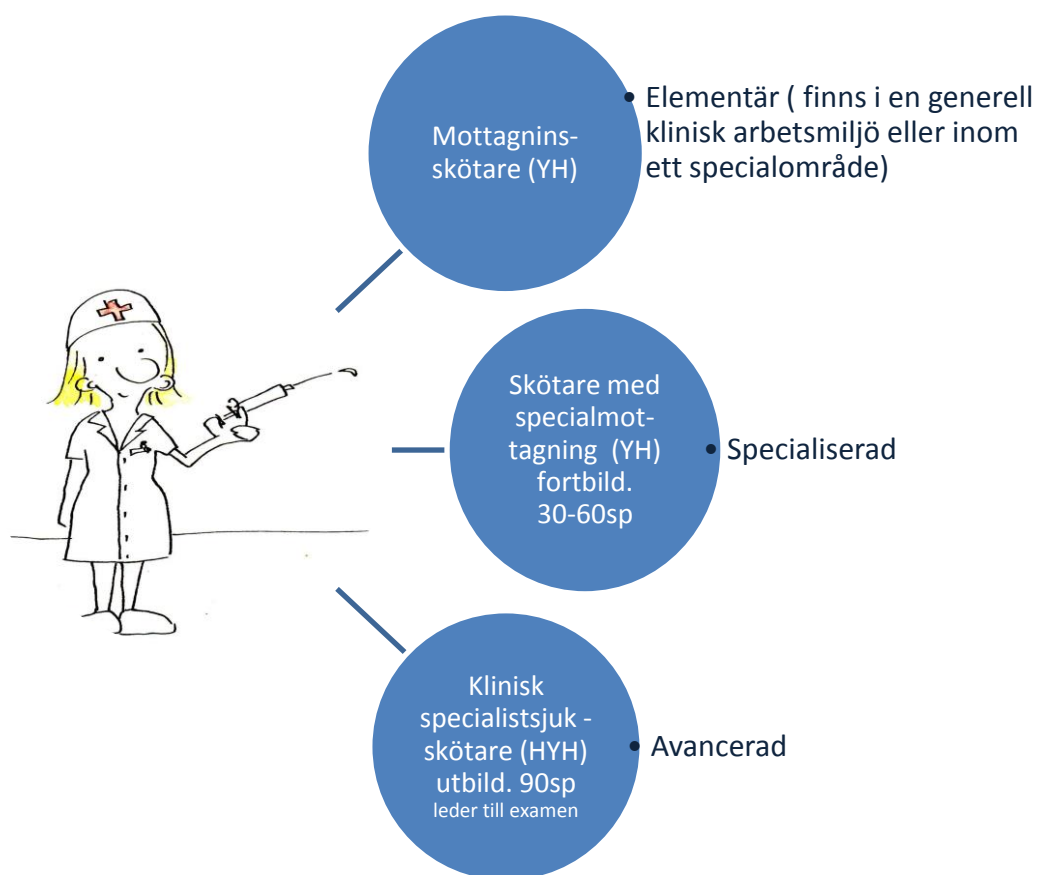
Sjukskötare, som gått en fortbildning, har i maj 2010 fått begränsad rätt att förskriva recept. Förutsättningarna är att sjukskötaren står i anställningsförhållande till en hälsocentral eller ett sjukhus, avlagt behövlig utbildning och ett skriftlig förordnande av den ansvariga läkaren på den enhet man arbetar. Lagen om yrkeutbildad person inom hälso- och sjukvården (1994/559 §23b) säger att en sjukskötare som har tillräcklig erfarenhet, avlagt den tilläggsutbildning som krävs har rätt till en begränsad förskrivningsrätt. Det gäller läkemedel som används i förebyggande syfte eller fortsatt medicinering.

3.4 Den polikliniska modellen

Fagerholm (2014) redogör för en poliklinisk modell, som föreningen American Academy of Ambulatory Care Nursing publicerade 2010, där patienten ses som en individ och en helhet. Det centrala är patientens och vårdarens vårdrelation. Patienten har kontroll över situationen och sjukskötaren fungerar som en rådgivare. På polikliniken agerar sjukskötaren i en klinisk-, organisatorisk- och i en yrkesroll. I den kliniska arbetet betonas processkunskaper och en bedömning av patientens vårdproblem på en begränsad tid. Sjukskötaren behöver ha en förmåga att kritiskt värdera och sammankoppla informationen till patientens vård och behandling. På polikliniken behöver sjukskötaren kunna vårdplanera och ha en förmåga att ge evidensbaserad vård och bedöma behandlingsresultat. I den organisatoriska rollen leder och samordnar sjukskötaren verksamheten, samt resurserna. Hon eller han ansvarar för de kliniska och organisatoriska aktiviteterna och att arbetet löper smidigt. I yrkesrollen ingår professionaliteten, etiken och organisationens verksamhetsprinciper. I yrkesrollen krävs evidensbaserat arbetssätt, och förmåga att bedöma resultaten av vårdspraxisen samt kunskaper och färdigheter som krävs i livets olika skeden, det vill säga att klara av olika övergångsskeden samt anpassa sig till förändringar i arbetslivet. Av poliklinik sjukskötaren krävs även en ledarförmåga, att kunna leda sig själv och andra.

Beroende på utbildning, erfarenhet, kompetens och yrkesroll finns det sjukskötarroller på olika nivåer. Figur 1 är inspirerad av Daly & Carnwell (2003, s.162) och omarbetad för att passa i den kontext som studien utförs i. Daly & Carnwell (2003) har gjort en struktur för de olika sjukskötarrollerna och rollerna benämns som elementär, specialiserad och avancerad.

Daly & Carnwell beskriver skillnaderna mellan de tre olika nivåerna enligt följande; den elementära nivån innebär en töjning (extension) av sjukskötarrollen, vilket innebär att rollen innefattas av en speciell kunskap eller ett speciellt ansvarsområde som inte tidigare varit förknippat med sjukskötarens roll. Ansvaret är utvidgat och rollen finns i en generell klinisk arbetsmiljö eller inom ett specialområde. Den specialiserande nivån innebär en expanderings av sjukskötarrollen, vilket innebär att sjukskötaren har förutom grunduppgiften en större autonomitet och ett redovisnings ansvar inom ett speciellt område. Sjukskötare med specialmottagning har större autonomitet till den grad att hen har rätt att självständigt ordinera, ändra och behandla eller utföra behandling enligt klinisk bedömning. En sjukskötare på specialiserad nivå har en vidareutbildning och en arbetserfarenhet på 3-5 år inklusive ½-1 års praktik. Den avancerade nivån innebär att sjukskötarrollen inte bara innefattar extension eller expanderings av rollen utan även en högre grad av klinisk självständighet och den väsentliga egenskapen och omfattningen i sjukskötarmottagningen förändras. Rollen innefattar en omfattande skolning, master- eller doktorsnivå, inom professionsområdet, 5-10 års arbetserfarenhet och specialiserad praktik (Daly & Carnwell, 2003, s. 158-167).



Figur 1. Olika sjukskötarroller.

Figur 1 kan förstås som en professionell utveckling från en grundnivå, till en specialistnivå för att slutligen uppnå en avancerad nivå. Figuren är också inspirerad av Benners teori (1993) som i sin modell från novis till expert anser att teoretisk kunskap tillsammans med praktisk erfarenhet utvecklar sjukskötaren i yrkesrollen. Erfarenheten i sig leder inte automatiskt till inläring och ett ökat kunnande. Det är när teoretisk kunskap och erfarenheten kombineras med en reflektiv förmåga och möjlighet att integrera innebörden med den egna personligheten som ett expertkunnande kan uppstå. Sjukskötaren ger inte en bättre vård direkt genom att definiera vad hon gör, men när hennes eller hans erfarenheter reflekteras mot tidigare likartade erfarenheter, bidrar det till en djupare förståelse och påverkar indirekt nästa vårdhandling. Av denna anledning är det väsentligt att det inom sjukvården skapas möjligheter för sjukskötare att i gemensamma sammankomster bearbeta och vidga sina egna erfarenheter, för att ge ökad möjlighet till att uppnå expertkunnande inom vårdarbetet (Benner 1993, s. 11).

I föreliggande studie passar Daly & Carnwells struktur väl in. I organisationen där studien är utförd finns på poliklinikerna följande sjukskötarroller; mottagnings-skötare, sjukskötare med specialmottagning och klinisk specialistsjukskötare som följer samma struktur, som jag illustrerat i figur 1.

Avsikten med en modell är att förtydliga vårdarbetet/-processen och delge hur man i enlighet med patienten skall kunna möjliggöra bästa möjliga vård. Enligt Ehrenberg & Wallin (2009) kan vårdprocessen ses som en besluts- och problemlösningsmodell. Modellen kan användas för att systematiskt identifiera behov, problem och resurser som är relevanta för vården. Vårdprocessen, som ram för patientens vård, är ett uttryck för ett kritiskt förhållningssätt och tänkande och synliggör även sjukskötarens insats i patientens vård. Sjukskötarens vård är ett viktigt komplement till andra professioners vårdinsatser. Vårdprocessens faser är bedömning, planering, genomförande och utvärdering.

När det gäller utvecklandet av verksamhetsmodeller är det viktigt att tydliggöra arbetsfördelningen mellan de olika sjukskötarrollerna och läkarna. Daily & Cornewell (2003) antyder att enbart en töjning av mottagnings-skötarens rollen innebär att vissa nya färdigheter eller ansvarsområden integreras i rollen.

En verksamhetsmodell möjliggör för mottagnings-skötarna att reflektera över sin arbetssituation och den vård som ges till patienten samt möjlighet att utveckla arbetsmetoder och den vård man ger. All vårdverksamhet skall utgå från målsättningen att befrämja patientens hälsa.

För att sjukskötarens skall kunna ge en god kvalitativ vård utifrån patientens perspektiv krävs det att hon eller han har en helhetssyn på människan. Varje människa är unik och vården bör ges utifrån varje individs behov och förutsättningar. Patienten skall mötas som kropp, själ och ande vilket innebär att vårdandet av patienten inte bara avser det aktuella hälsotillståndet, utan hela individen. Sjukskötarens uppgift är att skapa goda möjligheter utifrån den situation som patienten befinner sig i när vårdprocessens olika faser genomgås och planeras (Eriksson 1985, 1993).

3.5 Tidigare forskning relaterade till polikliniskt vårdarbete

Studier som utförts på somatiska polikliniker vad gäller vårdarbetet är studier gällande bland annat vårdkvaliteten och dess mätare, utökad arbetsbeskrivning, överföring av arbetsuppgifter, utveckling av mottagningsverksamheten och patienthandledning.

Kantelinen (2008) har i sin studie studerat innehållet i sjukskötarens arbete på en tidsbeställningspoliklinik. Enligt studien hör det till sjukskötarens arbetsuppgifter att vårdplanera, verkställa och utvärdera vården på polikliniken, i samråd med läkaren men även självständigt. I polikliniskt vårdarbete utgör handledning och undervisning en betydande del av sjukskötarens arbete, enligt studien 33% av arbetstiden. Sjukskötarna förmedlar information om sjukdomar och deras behandling, undersökningar, egenvård, olika stödformer och sociala förmåner. Sjukskötarna ansåg att mycket av arbetstiden gick till indirekt patient vårdarbete. Polikliniskt arbete är varierande och innehåller många olika arbetsuppgifter relaterade till patientvården och verksamheten på polikliniken.

Inom den polikliniska vården fattar sjukskötarna självständiga beslut. Det är inte alla gånger lätt att fatta besluten om man inte har gjort upp en klar ansvarsfördelning mellan sjukskötaren och läkaren. Professionaliteten och erfarenheten sätter medvetet gränserna för sjukskötarens beslutsfattande. Å andra sidan kan erfarenheten leda till överskattat ansvar. Ett bra samarbete med läkaren befrämjar sjukskötarens verksamhet och beslutsfattande. Ett bra samarbete bygger på förtroende, en öppen interaktion och ett flexibelt teamarbete. Kollegialitet ansågs vara en viktig sak för sjukskötarna, man betonade möjligheten att kunna konsultera sina kolleger i problemsituationer. En gemensam problemlösning och respons av sina kollegor stöder den professionella utvecklingen i teamet (Virtanen 2010, s. 48-49).

Säilä (2005) och Kantelinen (2008) konstaterar att den mest traditionella och vanligaste verksamhetsmodellen på poliklinikerna är läkar-sjukskötar-mottagningsmodellen. I denna modell är sjukskötarens uppgift att informera och handleda patienten, koordinera vården, assistera läkaren vid olika åtgärder och undersökningar.

Säilä (2005) antyder att sjukskötarens roll blir mer tydlig och självständigheten ökar i arbetet om man har tillgång till ett eget arbetsrum. Sjukskötaren och patienten kan föra konfidentiella samtal samt patientens integritet beaktas. Båda yrkeskategorierna, läkare och sjukskötare, dokumenterar i patientens vårdplan för att underlätta informationsflödet. I läkar-sjukskötar-modellen möter patienten ofta sekreteraren först, som vägleder patienten endera till sjukskötar- eller läkarmottagningen. Sjukskötarens roll i denna modell är koordinerande och rådgivande. Läkaren undersöker, planerar undersökningar, medicineringen och vården samt förklarar för patienten sjukdomens medicinska del, varefter sjukskötaren verkställer läkarens plan samt informerar och handleder patienten (Säilä, 2005, s. 30-31, 43-44).

Naukkarinen (2008) konstaterar också att patienterna hade lättare att kommunicera med övriga än med läkare. Patienterna upplevde att de blev hörda, fick tydlig och begriplig information av sjukskötaren.

3.6 Tidigare forskning relaterade till sjukskötarens användning av arbetstiden

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. De senaste decenniernas medicinska och tekniska utveckling har givit oss allt större möjlighet att diagnostisera och behandla, lindra och bota sjukdomar. Allt flere lever längre p.g.a förbättrade levnadsförhållanden och behovet av sjukvård ökar. Utmaningen för oss är att lösa uppgifter med begränsade resurser, förändra våra arbetssätt och använda oss av olika informationsteknologiska (IT) stödformer. För att bättre kunna planera tid bör man vet hur man för närvarande använder arbetstiden.

I Nordamerika utförde Urden & Roode (1997) en undersökning hur mycket av sjukskötarens och primärskötarens arbetstid som gick åt till direkt- och indirekt vårdarbete, till enheten och till sjukskötarens egen tid samt hur mycket arbetstid som gick åt till vårddokumenteringen. Undersökningen gjordes i Nordamerika på polikliniker, bäddavdelningar, operations-, anestesi- och dejourer. Tidsmätningen gjordes av en extern observatör. Av sjukskötarens arbetstid gick 37% till direkt patientarbete och 22% till indirekt patientarbete, 23% till vårddokumenteringen, 4% till enheten så som underhåll och olika beställningar och 14% till egen tid (kaffe-, matpaus, personliga saker).

Lundgren & Segesten (2001) har i två jämförande observations studier undersökt fördelningen av sjukskötarens tid och hur sjukskötarens aktiviteter är organiserade på en inremedicinsk-kirurgisk avdelning på ett universitetssjukhus i Sverige. Studierna gjordes med två års mellanrum. Första studien utfördes tio månader efter en omfattande omorganisering på avdelningen och efter införande av en mer patientcentrerad vård. Resultatet redovisade både tiden sjukskötarna använde på olika arbetsuppgifter och antalet gånger en uppgift utfördes. Av sjukskötarens arbetstid gick 33% till direkt patientarbete i första studien, men steg till 37% i den andra studien. Det indirekta patientarbetet minskade mellan de två observationsstudierna från 8% till 5%. Lundgren & Segesten (2008) antyder att studier visar att arbetstiden som används till indirekt patientarbete varierar från 14% till cirka 45% och tiden som används till direkt patientarbetet varierar från 21 till 60%.

Partanen (2002) redovisade i sin studie sjukskötarens användning av tid i relation till vårdtyngden och vårdresultaten. Studien producerade resultat för personaldimensioneringens planering och utvärdering. Vårdpersonalens tidsanvändning följdes i två veckor, sjukskötarna rapporterade själv sina arbetsuppgifter var tionde minut på en strukturerad blankett. Observationsperioderna var fyra timmar. Vårdarbetet var indelade i fyra huvudkategorier; direkt vårdarbete, indirekt vårdarbete, avdelnings specifika arbeten och personlig tid. Fyra bäddavdelningar och 92 sjukskötare deltog. Av sjukskötarens arbetstid gick 41% till direkt patientarbete, till indirekt patientarbete 35%, till avdelningens specifika arbeten 16% och till personlig tid 8%.

Magnusson mfl (2014) undersökte hur sjukskötarens disponerar sin tid i det patientnära arbetet efter implementering av patientnärmre vård på fyra vårdavdelningar på ett sjukhus i södra Sverige. Genom observationer registrerades tid för sjukskötarens olika arbetsmoment under en arbetstur. Andelen patientbundet arbetet under en arbetstur var 79,8% av den totala arbetstiden. Patientbundet arbete innefattade allt arbete som sjukskötarens utför både utanför och i patientrum som kan anknytas till en specifik patient. Arbete som inte var patientbundet utgjorde 20,2% av den totala arbetstiden. I arbetet som inte var patientbundet ingick pauser, möte, planering och annat avdelningsarbete. Tid som uppmättes som patientbundet tid utanför patientrum utgjorde 56% av den totala arbetstiden samt 70,2% av den patientbundna tiden.

Exempel på arbetsuppgifter utanför patientrum är rond, rapport, dokumentation och arbete av administrativ karaktär. Sjukskötarens patientnära arbete inne i patientrum utgjorde 23,8% av den totala arbetstiden.

En mindre studie gjord i Sverige av Anskär (2014) var ett syfte att beskriva hur distriktssköterskor och sjuksköterskor arbetstid var fördelad inom primärvården. Kartläggningen av arbetstidens fördelning visade att andelen direkt patientarbete var 45,4%, indirekt patientarbete 23,8% och övrigt arbete så som möten, utbildning, e-posthantering, schemaläggning och övrigt skrivarbete 30,8%.

Sjukskötarens användning av arbetstiden inom polikliniskvårdarbete visar sig vara lite utvärderat. Studier visar att inom sjukvård där patienten är intagen på sjukhus, bäddavdelningsvård, varierar det direkta patientarbetets andel som sjuksköterna utför mellan 21-60% . Resten av arbetstiden utgörs av patient- och verksamhetsrelaterad administration där även dokumentationen ingår. Studierna gällande arbetstidens användning kännetecknas av fördelningen mellan direkt och indirekt patientarbete.

4 Teoretisk referensram

Som teoretisk utgångspunkt har respondeten valt att utgå från Vasa centralsjukhus kriterier för god vård samt från Antonovsky teori (2005) där begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är centrala begrepp för individens känsla av sammanhang (KASAM) och bibehållande av hälsa.

För att på bästa sätt tillgodose patientens behov och ge en god vård krävs en kompetent vårdpersonal. Sjuksköterna på poliklinikerna har olika roller, utbildning och kompetenser. För att utveckla och effektivisera verksamheten på poliklinikerna är det av vikt att få en helhetsyn av innehållet i skötarmottagningarna. En hög tillgänglighet och ett bra bemötande av sjukskötaren är grunden för en bra kontakt och goda relationer. Sjukskötaren har en betydande roll i att förmedla kunskap, stödja och vägleda patienter. När patienter ses som en resurs i vården, motiveras och uppmuntras att delta och påverka sin egen vård ökar deras motivation att göra vad de kan för att förbättra sin situation. Delaktigheten och egenvården skall vara en självklar och integrerad del i vårdprocessen.

KASAM kan fungera som en pedagogisk modell i sjukskötarens vardag för att leda så att människor vill, kan och orkar bidra både i vardagens rutiner och i förändringsarbete. Viljan att bidra ökar när något är meningsfullt. Att kunna något är till en del frågan om begriplighet, yrkeskunskapen. Begriplighet i arbetet innebär att individer har tillräcklig och gripbar information om arbetet. Att kunna hantera sitt arbete är det av betydelse att ledaren säkerställer att medarbetaren har de resurser som krävs. Hanterbarheten i det dagliga vårdarbetet kan finnas bland annat i yrkesskickligheten, rutinerna och verktygen (Hansson, 2010, s. 73). Personliga egenskaper som initiativförmåga, kreativitet och mod har stor betydelse för hur människan hanterar en situation (Hansson, 2010, s. 153).

4.1 God vård

Vasa centralsjukhus har utarbetat kriterier för god vård som finns i Verksamhets- och ekonomiplanen 2014-2017. Planen finns tillgänglig för alla anställda på sjukhusets intranet. Sjukhuset erbjuder vård av hög kvalitet, man arbetar målmedvetet för en god patientsäkerhet. Säker vård sätts in på rätt sätt och i rätt tid och den utnyttjar befintliga resurser på bästa möjliga sätt. Inom en säker vård används effektiva metoder så att patienten inte förorsakas onödig skada. För att kunna säkerställa hög kvalitet i vården görs kontinuerliga uppföljningar och utvärderingar av verksamheten, och respons av patienterna värdesätts. Kvalitet i vården ska genomsyra alla verksamheter.

Vården som ligger till grund för Vasa centralsjukhus verksamhet är respekt för människovärdet, ansvarsfullhet och rättvisa. Patienterna garanteras en jämbördig tillgång på service och på det egna modersmålet. Vårdarbetet utgår från ett människonära, evidensbaserat och patientcentrerat verksamhetssätt. Med ett evidensbaserat verksamhetssätt bedömer man hela tiden om vården vilar på bästa tillgängliga vetenskapliga grund eller gängse vårdrekommendation. Patientcentrerat verksamhetssätt innebär att patienternas erfarenheter om vård och bemötande värdesätts och verksamheten utvecklas utgående från inkommen respons. Målet för allt vårdarbete är att arbeta för en bibehållen och återvunnen hälsa. Ett hälsofrämjande förhållningssätt är en självklar del i all vård. Personalen stöttar patienten att ta ansvar för sin hälsa och vård. Vården ges i rätt tid, har patientens

fokus, är effektiv och jämlik med kompetens och kontinuitet i servicekedjans alla delar. En hög tillgänglighet och ett bra bemötande av personal är grunden för en bra kontakt och goda relationer. Patienten är en medskapare i den egna vårdprocessen. I kommunikationen respekteras individen. Alla har ett personligt ansvar och förutsätts att ge vård av hög kvalitet (Ekonomi- och verksamhetsplan 2014-2017, s. 1-6).

När vårdprocessen följs så skapas goda möjligheter att uppnå en kvalitativ god vård. Eriksson (1985) beskriver att vårdprocessen är en process där kärnan utgörs av relationen mellan patienten och vårdaren. Vårdprocessen utgör grunden för vårdplanens uppbyggnad och är ett professionellt redskap. Processen startar när patienten visar klara tecken på ohälsa. Processen är en interaktiv process och innefattar följande faser; patientanalys, prioritering av vårdområde, val av vårdhandling, vård och vårdhandling samt klargörande av sambandet mellan de olika faserna. Faserna påpekar Eriksson att ingår i vilken som helst problemlösningsprocess. I varje fas av processen värderas aktiviteterna mot den optimala hälsan. Vid olika vårdformer bör man utgå från det friska hos patienten och stödja det vid sidan om eliminerandet av olika hälsohinder.

4.2 Känsla av sammanhang en nödvändighet för att möjliggöra en god vård

Aaron Antonovsky (1923–1994) var professor i medicinsk sociologi vid Ben Gurion University i Israel. Där studerade han bl.a. hälsotillståndet hos kvinnor som hade överlevt förintelsen. Han fann att många av dem var vid god hälsa, och utvecklade en teori som försökte förklara hur det kunde förhålla sig på detta sätt. Denna teori fokuserar på begreppet salutogenes, som ungefär betyder ”hälsans ursprung”. Enligt Antonovsky beror en individs hälsa ofta på densammans känsla av sammanhang, en faktor som brukar förkortas KASAM (Antonovsky, 2005).

Centrala begrepp i KASAM (Känsla Av SAMmanhang) är: **begriplighet** som handlar om hur individen upplever tillvarons stimuli som förnuftmässigt gripbara, ordnade, strukturerade och tydliga. Individen förväntar sig att stimuli går att förutse. **Hanterbarhet**, syftar till i vilken grad man upplever att de resurser man har står till ens förfogande, och att man med hjälp av dessa resurser kan möta de krav som ställs av det stimuli som man stött på. Man har en upplevelse av att kunna vara med och påverka. **Meningsfullhet** i livet, vilket man upplever om det känns som de

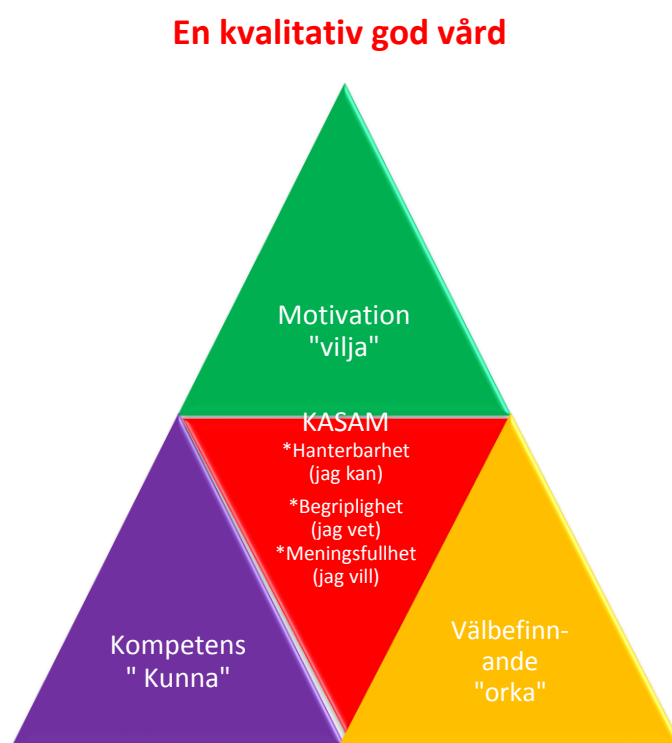
utmaningar man möter är värda att engagera sig i. Känner man hög meningsfullhet har man ofta en stark motivation inför viktiga delar i livet. Händelser ses mer som utmaningar än bördor (Antonovsky, 2005, s. 42-45).

Graden av KASAM går att mäta. Höga värden indikerar att en individ har en förmåga att hantera utmaningar av olika typ, och därmed också har en bättre hälsa. De tre delarna ska inte ses som separata enheter, utan det är i samspelet mellan dem som KASAM skapas. Enligt Antonovsky själv var det dock meningsfullheten som var allra viktigast. En person som upplever att livet är meningsfullt kommer att kämpa på i svåra situationer, även i situationer som det är oklart hur man bör handskas med. I bästa fall kan de se livets påfrestningar som stimulerande utmaningar (Antonovsky, 2007, s. 47). Meningsfullheten blir på så vis även en nyckel till att utveckla sig både personligt och kompetensmässigt. När det finns en uppgift ökar menings upplevelsen eftersom min arbetsinsats som sjukskötare får en betydelse (Hansson 2010, s. 99-100).

Känslan av meningsfullhet i arbetet påverkas positivt av att man får upplevelser av att man medverkar i en socialt värdesatt verksamhet. Den sociala värderingen finns enligt Antonovsky på två nivåer; den sociala värderingen av verksamheten som man är engagerad i, att känna sig stolt och uppskattad i sitt arbete, och dels att individen känner att den sociala värderingen av arbetet motsvarar ens kriterier på rättvisa.

För att det skall vara möjligt att förstärka människans känsla av begriplighet är det enligt Antonovsky viktigt att med jämna mellanrum uppleva att saker och ting passar ihop och hur ordnande mönster uppstår. Alla måste veta vilka mål och delmål som man gemensamt försöker nå och arbeta emot. Det är väsentligt att arbetstagarens arbetsuppgifter har tydliga syften och är kopplade till organisationens övergripande mål. Genom förståelse utvecklar individen sin kompetens, det vill säga de kunskaper och färdigheter som används i arbetet. Hanterbarheten utvecklas också genom erfarenheter av hög och låg arbetsbelastning. För att få en rimlig balans i arbetet måste verksamheten organiseras så att det finns tid för diskussion och reflektion. Medarbetarna måste ha möjlighet att styra och påverka sitt arbete. Det gör att alla känner sig delaktiga i processen som för enhetens eller organisationens utveckling framåt (Antonovsky, 2005, s. 152-160).

Det finns vissa grundläggande mänskliga behov som behöver uppfyllas för att en människa ska känna välbefinnande. Detta kan sammanfattas i begreppet KASAM, som stöder sig på tre byggstenar hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet. I meningsfullheten finns grunden till människans motivation och vilja – jag vill. Syftet med den enskildes arbetsuppgifter bör vara tydliga och kopplade till enhetens mål. På så sett ser arbetstagaren sin roll i helheten och känna känsla av att bidra med något till enheten. Begripligheten handlar om att ha kunskap om hur man skall göra, skapa en förståelse som behövs för att man skall vara trygg och delaktig i sitt arbete – jag förstår och vet. I det dagliga arbetet innebär det att jag förstår vilka krav som ställs på mig och hur jag skall bemöta dessa. Genom förståelse för vad arbetet går ut på och hur det bör utföras, utvecklar individen sin kompetens. Hanterbarhet är en fråga om att orka med och att hantera min tillvaro – jag kan. En förutsättning för hanterbarhet är att jag upplever mej ha tillgång till tillräckliga resurser och att ja kan använda dem på ett effektivt sätt. Genom att arbeta utifrån kasamteorin med medvetna mål påverkas arbetatagarnas känsla av sammanhang som i sin tur påverkar hälsan. Ju mer begripligt, hanterbart och meningsfullt livet och förhållanden på arbetsplatsen är, desto bättre rustade är vi för att hantera och tillfredsställa patienternas behov samt ge en god vård på rätt sätt och vid rätt tidpunkt. Detta visualiseras nedan i figur 2. som är en syntes av teoretiska referensramen.

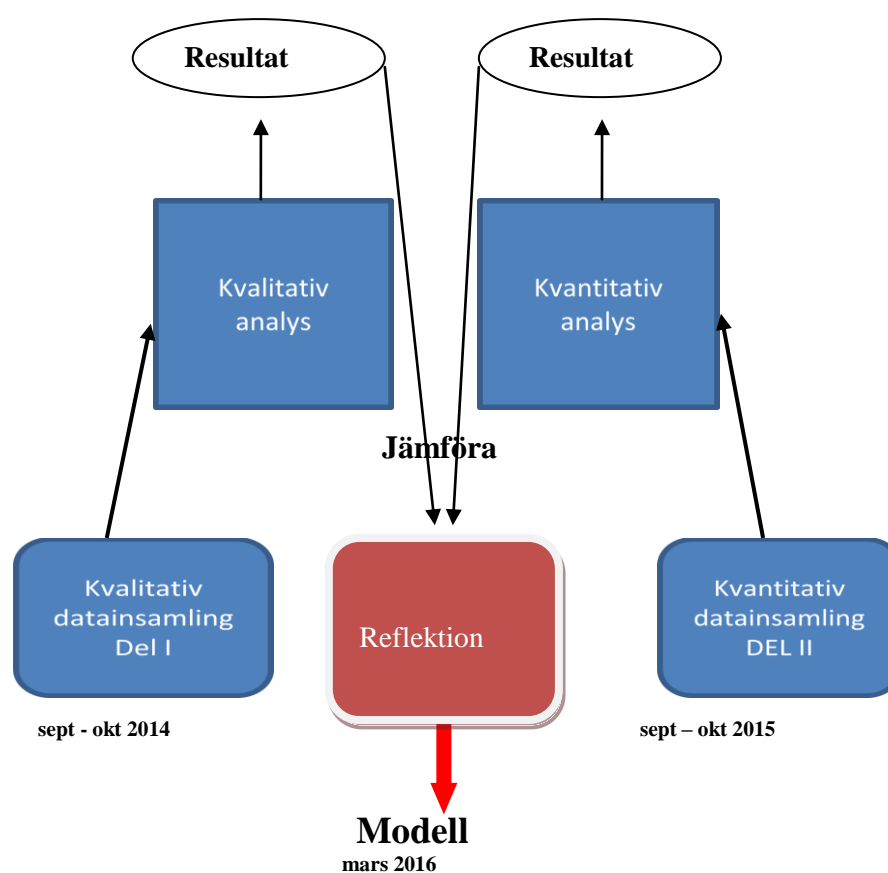


Figur 2. Känsla av koherens

För att man skall ha en känsla av sammanhang krävs det ett stöd av organisationens ledning och förman. Enhetens förman bör uppmuntra och stötta arbetsgruppens känsla av sammanhang och stärka motivationen, kompetensen och välbefinnandet. Vi lever i en sjukhusvärld som präglas av ett ökat förändringstryck, kombinerat med en upplevelse av ökade krav samtidigt som resurserna krymper. Det är viktigt att rätt person finns på rätt plats. Förändringarna sker snabbt och det gäller att skapa hälsa i de förändringar som sker.

5 Metod

I avsnittet beskrivs hur studien är upplagd samt valet av metod. För att besvara syftet och frågeställningarna har det valts både kvalitativ och kvantitativ metod, detta för att få en bred och tillförlitlig grund att bygga studien på. Hela studien består av två delstudier. I del I användes som verktyg en öppen fråga och i del II användes ett tidsregisterings formulär. Valt att använda både kvalitativ och kvantitativ metod för de kompletterar varandra och förstärker trovärdigheten samt ökar kunskapen stegvis. I figur 3 visualiseras studiens design.



Figur 3. Studiens design

För att kunna genomföra en studie är ett väl planerat och genomtänkt tillvägagångssätt viktigt. Metod är ett redskap, en arbetsmodell som ska användas som ett hjälpmedel i strävan efter att hitta en lösning på problem samt hitta ny kunskap (Holme & Solvang 2008, s. 13).

5.1 Kvalitativ metod

I del I användes **kvalitativ metod**. Kvalitativ ansats har sitt ursprung i den holistiska traditionen och avser att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen. Det finns ingen total sanning och heller inget som är fel i en erfarenhet. Den kvalitativa forskningen äger rum i fenomenets naturliga miljö. Studien formas av det kontext som den utförs i (Henricson & Billhult, 2012, s.130).

Det centrala i kvalitativa metoder är att man söker finna de kategorier, beskrivningar eller modeller som bäst beskriver något fenomen eller sammanhang i omgivningen eller i någon specifik kontext. Att en metod är kvalitativ innebär att den handlar om hur man ska karaktärisera och åskådliggöra något. Man vill redogöra för egenskaper hos något, hur någonting är gjort eller utformat. Man studerar enbart en eller några få miljöer och dessa studeras som en helhet med alla deras konkreta nyanser. Den kvalitativa metoden besvarar frågor som hur och varför. Allmänt kan sägas att en nackdel med kvalitativa metoder är att de är relativt dyra att genomföra i en sådan omfattning att det går att dra generella slutsatser från resultaten. Därför kan det vara bra att komplettera en kvalitativ undersökning med en kvantitativ. Forskarens närhet till objektet kan dessutom vara svårt och även att forskarens tolkning av datan kan påverkas av hennes eller hans bakgrund och egna uppfattningar (Denscombe, 2009, s. 321- 325).

Utgångspunkten för val av inriktning vid en studie är fenomenet. I detta fall är fenomenet att forskaren söker en uppfattning om innehållet i mottagningsskötarens arbetsuppgifter. I del I av studien var kvalitativ metod ett självklart val, då syftet var att kartlägga mottagningsskötarens uppgifter.

5.2 Kvantitativ metod

I del II användes **kvantitativ metod**. Kvantitativ ansats betyder användning av någon form av strukturerade mätningar eller observationer för att få svar på forskningsfrågor. Det finns olika utgångspunkter i kvantitativa studier och avsikten kan vara; att beskriva eller kartlägga något, att se om det finns samband mellan olika saker och att jämföra olika saker (Billhult & Gunnarsson, 2012, s. 116).

Denna metod bygger på siffror och resultaten ges ofta i form av diagram och tabeller. Metoden syftar till att svara på hur många eller hur mycket. Ett kännetecken för metoden är den exakta utformningen av forskningsdesignen innan undersökningen inleds. Fördelar med kvantitativ metod är bland annat att det har hög vetenskaplig tilltro och hög tillitsfaktor. Stora mängder data kan analyseras ganska snabbt och framställningen av resultaten är ofta lätt överskådliga. Nackdelar med kvantitativ metod kan vara att man ställt frågorna på fel sätt och får ett dåligt resultat (Denscombe, 2009, s. 321- 325).

Denna metod valdes till del II för att kunna åskådliggöra den strukturerade mätningen av tidsanvändningen i olika former av siffror, det vill säga att data som samlats in översätts till mätbara siffror.

5.3 Etiska överväganden

I genomförandet av studien följs Forskningsetiska delegationens etiska principer för humanistik, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning (TENK, 2012). Forsknings delegationen framhåller att vetenskaplig forskning är etiskt godtagbar, tillförlitlig och resultatet trovärdigt endast när forskningen bedrivs i enlighet med god vetenskaplig praxis, vilket innebär att forskaren följer fastställda tillvägagångssätt. Forskaren bör vara ärlig, omsorgsfull och noggrann i studiens alla skeden, hålla sig till etiskt beprövade metoder för datainsamling och bearbetning av resultat samt vara öppen vid presentation av sitt resultat (TENK, 2012).

Det finns en etisk dimension i varje handling som utförs i arbetet och en etisk känslighet är genomgående. Forskaren skall undvika att informanterna utnyttjas, skadas eller såras (Kjellström, 2012, s. 71).

Respondenten har tagit hänsyn till de etiska riktlinjerna och utgått från god etisk praxis. Informanterna har fått muntlig och skriftlig information om studiens syfte av deras förmän. Informanternas integritet har bevarats genom att enkäterna och tidsregistrerings formulärena varit anonyma. Resultatredovisningen skett på gruppnivå så att ingen enskild informant kan identifieras eller såras.

Godkännande till studien från medicinska klinikgruppens överskötare erhöles. En skriftlig ansökan tillsammans med godkänd plan för utvecklingsarbetet skickades till överskötaren.

5.4 Delstudie I

I detta kapitel redogörs för delstudie I datainsamling, dataanalys och resultat. Delstudie I är av kvalitativ karaktär och fokusera på kartläggningen av mottagningskötarens uppgifter.

5.4.1 Datainsamling

Materialet i del studie I består av ett färdigt insamlat material från fem olika polikliniker. Studien hade genomförts med en öppen fråga. Informanterna skulle beskriva innehållet i deras mottagning utgående från besökstyperna som används på poliklinikerna.

Öppna frågor är sådana som låter respondenten själv formulera svaret, bestämma svarets längd och den typ av innehåll som svaret tar upp. Fördelen med öppna frågor är att den information som samlas genom svaren kommer med stor sannolikhet att återspegla komplexiteten i respondentens synpunkter. Respondenterna får möjlighet att uttrycka sig med sina egna ord, men det kräver även en större ansträngning av respondenten, som kan minska viljan att medverka i studien. Forskaren får mycket rå data som ofta kräver tidsödande analyser innan de kan användas (Denscombe 2009, s. 221).

Ett strategiskt urval hade tillämpats, vilket innebar att man medvetet gjorde vissa begränsningar av vilka som skulle delta i studien. Detta för att få personer med erfarenhet av mottagningsverksamhet som studien tar upp. Informanterna till studien

valdes av poliklinikernas förmän. Alla utvalda var sjukskötare och hade någon form av mottagningsverksamhet.

Informanterna ombads beskriva innehållet i deras mottagning utgående från öppenvårdens besökstyper inom specialsjukvården. Alla vårdkontakter där individuella vårdanvisningar ges kodas samt dokumenteras i patientjournalhandlingarna. Besökstypernas namn är förstabesök, återbesök, seriebesök, konsultation, rehabiliteringsbesök, annat besök, telefonkontakt och brev, tilläggsbesök samt uppföljning och planering. Beroende på besökstypen och innehållet i besöket betalar patienten en poliklinikavgift eller serieavgift. Besöket kan även vara gratis för patienten när det betraktas som en del av ett poliklinikbesök, men hem kommunen faktureras. Det finns även avgiftsfria besök. Exempel på helt avgiftsfria besökstyper är tilläggsbesök, uppföljning och planering.

Datainsamlingen gjordes i september - oktober 2014. Sjukskötarna som svarat representerar olika sjukskötarroller. Sjukskötare som arbetar som mottagningskötare var 21 till antalet, sjukskötare med specialmottagning var 6, var av en arbetade 50% och klinisk specialistsjukskötare var 4. Avancerade sjukskötarpåbjudningar utförs främst av sjukskötare med specialmottagning och av kliniska specialistsjukskötare, med detta avses bland annat att arbetsuppgifter överflyttats från läkare till sjukskötare och att skötarna gör klinisk status, tolkar, utvärderar och bedömer vårdbehovet. En klinisk specialistsjukskötare har en högre formell utbildning inom avancerad klinisk vård och examen på masternivå. I bilaga 1 redogörs för de olika sjukskötarmottagningarna och innehållet i arbetet. Figuren som finns i bilaga 1 har inspirerats av Fants (2013) figur 1. Kriterier för de olika sjukskötarrollerna.

Den öppna frågan skickades till inremedicinska poliklinikens förmän som distribuerade frågan till övriga förmän. Hon koordinerade att alla svar inkom inom utsatt tid till klinikgruppens överskötare.

5.4.2 Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys ansågs lämplig för delstudie I, då intresset var att kartlägga och beskriva sjukskötarnas arbetsuppgifter på deras mottagningar. Enligt Elo & Kyngäs (2008) är innehållsanalys en metod som lämpar sig för både

kvalitativa och kvantitativa studier. Analysen kan göras med en induktiv eller deduktiv ansats. Gemensamt har de båda ansatserna att de genomgår tre faser; förberedelse, organisering och rapportering. Förberedelsefasen börjar med att besluta vad av materialet som ska tas ut och analyseras. En tolkning och reflektion genomfördes av sjukskötarens beskrivningar. Innehållet analyserades med kvalitativ innehållsanalys då intresset var att kartlägga innehållet i skötarmottagningarna. Induktiv ansats tillämpades i denna studie eftersom det saknades exakt vetskap om innehållet i skötarmottagningarna. Specifika beskrivningar fördes samman till generella antaganden, kategorier.

Vid analys av material är det viktigt att analysprocessen är strukturerad för att man ska få fram ett så trovärdigt resultat som möjligt. Material kan analyseras på många olika sätt men det vanligaste tillvägagångssättet är att man gör en kvalitativ innehållsanalys (Borglin, 2012, s. 204-205). För att urskilja likheter och skillnader i det insamlade materialet för studiens första del ett lästes texterna flere gånger. Åter upprepade genomläsningar krävdes för att få en djupare förståelse och för att få en känsla för helheten. Valde att analysera data med induktiv ansats och därav var nästa steg att organisera data vilket innebär kategorisering.

Ursprungliga uttalanden som var relevanta i förhållandet till syftet lyftes ur materialet. Uttalandena grupperades i underkategorier, som sammanfördes till huvudkategorier. Syfte med kategoriseringen var att beskriva vad som framkommit, öka förståelsen och kunskapen om hur arbete kan utvecklas (Elo & Kyngäs 2008, s.109-111).

Tabell 1 nedan visar hur forskaren genom en induktiv ansats kategoriserat data, genom att lyfta ut ursprungliga uttalanden som var relevanta till syftet och gruppera i underkategorier som sammanfördes till huvudkategorier.

Tabell 1. Ett exempel på formande av kategorier.

<u>Ursprungligt uttalande</u>	<u>Underkategori</u>	<u>Huvudkategori</u>
egenvårdens betydelse		} <u>Information och handledning</u>
levnadsvanor		
nya patienter – handledning	Livstilshandledning	
vikt kontroll	(förbyggande vård)	
kost – handledning		
läkemedel		
injektion – och inhalationsteknik	Information / undervisning	
uppföljning av blodtryck	om sjukdom och vårdformer	
hudvård	(muntligt och skriftligt)	
glukossensorering		
diabetiker		
MS patienter	handledning av specifika	
epilepsi patienter	patientgrupper	

5.4.3 Resultat

Datamaterialet har bearbetats med kvalitativ innehållsanalys och redovisas utgående från intresseområdet som utgjorde utgångspunkten för uppgörandet av enkäten. Intresset var att få kunskap om vilka mottagningsskötarens arbetsuppgifter är på polikliniken. Analysen av datamaterialet resulterade i huvudkategorier och därtill hörande underkategorier. Huvudkategorierna är *planering och koordinering, information och handledning, rådgivning, åtgärder och vård, uppföljning och utvärdering*. Huvudkategorierna skrivs med *fet kursiverad stil* i texten, se bilaga 2.

Sjukskötarna har beskrivit arbetsinnehållet i mottagningar med korta meningar och enstaka ord utgående ifrån besöktyperna. I materialet skrivs citat med kursiverad stil. För att åtskilja citaten används citationstecken ”. Respondenten har valt att inte översätta citaten utan redovisar dessa på informantens eget modersmål, eftersom sjukhuset är tvåspråkigt. Arbetsuppgifterna på sjukskötarmottagningarna är i grunden den samma.

Planering, koordinering

I innehållsanalysen av den öppna frågan steg ***planering och koordinering*** fram som en omfattande kategori. I kategorin fanns underkategorierna tidsplanering, kontroll och uppföljning av genomgångna undersökningar och koordination mellan olika enheter.

Mottagningsskötaren planerar och koordinerar läkarmottagningen, detta är indirekt vårdarbete för patienten. Det är arbetsmoment som är kopplad till enskild patient, men där ingen direkt patientkontakt förekommer men är nödvändig för en god vård. Mottagningsskötaren bokar patienten till läkarmottagningen direkt på basen av remissen om det är möjligt, via aktuell remiss kö eller aktuell vårdreservation. Vårdokumentation, läsning av patientjournal, enskild vårdplanering utan patient, kontakter med till exempel apotek, specialmedarbetare m.fl., beställning och uppföljning av laboratorie- och undersökningssvar ingår även i det indirekta vårdarbetet. Informantena beskriver planering och koordinering med följande citat;

”Ajanantoa”

”Bokar undersökningstider och följande vårdtider”

”Förmedla specialremisser till laboratoriet”

”Kontroll av laboratorie svar”

”Bevakning av olika tider om pat. fått tid till samarbetskliniker”

”seuraan jonkin lähetteen etenimistä ja varaan sen perusteella esim. soittoajan”

”Bokar patienter, skickar tidsbeställningsbrev”

” ringer om olika svar, röntgensvar från Jakobstad”

Information, handledning

Följande stora kategori i innehållsanalysen är ***information och handledning***, vars underkategorier är förebyggande handledning och direkta patient kontakter.

Direkt vårdarbete är situationer där sjukskötaren är i direkt kontakt med patienten. Patientinformation och patienthandledning är en väsentlig uppgift i mottagnings-skötarens arbete. Vid besöket ger mottagnings-skötaren information, handledning och/ eller undervisning om sjukdom och olika vårdformer samt verkställer

läkarordinationen och planerar uppföljningen / utvärderingen. Informanterna beskriver information och handledning med följande citat;

- ”Ger information om behandlingen, biverkningar och hur sköta dessa”*
- ”tar patienten in till skötarrummet efter läkarmottagningen ger ytterligare läkemedelsinfo”*
- ”ohjaa yskösnäytteiden keräilyt”*
- ”informerar patienten om kommande undersökningar och prover”*
- ”Injektionsteknik skolning till patient/anhörig samt läkemedelsinfo.”*

Rådgivning, uppföljning, utvärdering

Följande kategori från innehållsanalysen är ***rådgivning, uppföljning, utvärdering***.

Telefonkontakten med patienten och/eller anhörig är även en del av mottagnings-skötarens arbetsuppgift. Rådgivning ges dagligen per telefon. Uppföljning och utvärdering av patientens vård sker även till en del via telefonsamtal. Telefon samtalet kan vara planerat eller oplanerat. Informanterna beskriver rådgivning och uppföljning med följande citat;

- ”rådgivning per tel., sk symptomtriage....”*
- ”telefonkontakter där ges vårdhänvisning, kollas undersökningssvar etc.”*
- ”Allmän uppföljning av patient, telefonsamtal om hur det går för patienten”*
- ”puhelu potilaalle, jolloin tarkistetaan esim. lääkityksen vaikutus ja sivuoireet.”*
- ”lääkäri aloittaa uuden lääkityksen potilaalle tai vaihtaa lääkityksen, jolloin sairaanhoitaja soittaa potilaalle antaa ohjeet puhelimesta uudesta lääkityksestä ja perustelee potilaalle lääkityksen vaihdon lääkärin ohjeen mukaisesti.”*
- ”puhelinajalla – ottaa vastaan puheluita ja hoitaa nämä esille tulleet asiat”*
- ”soittaa puhelin ajalle varatut puhelut”*
- ”samtalet kan vara långa när patienten informeras om.... hur gå vidare att ej behöver komma till läkare”*

Åtgärder, vård

I innehållsanalysen steg även kategorin ***åtgärd och vård*** fram med underkategorier åtgärd förknippat med direkt patientvård, åtgärd förknippat med apparatur och direkt vård åt patienten.

Mottagningsskötarna deltar i och gör olika åtgärder så som till exempel fysiologiska mätningar, provtagningar, administrerar läkemedel, assisterar vid lumbalpunktioner, tar bort stygn, katetriserar. Direkt vård ges också så som sårvård, ljusbehandling, injektioner av olika slag, läkemedelsinhalationer, blodtransfusioner. På en del av poliklinikerna görs åtgärder som är förknippade med apparatur, man kontrollerar att allt är som det skall vara. Informanterna beskriver åtgärd och vård med följande citat;

”potilaalle tehdään toimenpide, jossa hoitaja on avustamassa....”

”uppstart av specialmedicin som kräver övervakning av vitala funktioner...”

”ortostatiskt test”

”olika vitamin injektioner, samt andra läkemedel...”

”kollar syreberikaren... ger tillbehör”

5.4.4 Koordinering av patientbesök och patientkontakter

Efter att respondenten hade kartlagt mottagningsskötarens uppgifter fanns även ett intresse att få veta om hur många patienter en mottagningsskötare klarar av att koordinera per år samt hur många patienter per dag mottagningsskötaren klarar av att ta hand om. För att poliklinikerna skall uppnå rekommendationen för tillgången till vård (2004/ 856 §31) krävs planering och koordinering av patientflödet.

Patientbesöken som mottagningsskötaren planerar och koordinerar inom de olika specialområdena varierar beroende på specialområde, tabell 2.

När beräkningen gjordes på patientvolymen som koordinerades och planerades av mottagningsskötaren adderades antalet läkarbesök och mottagningsskötarens egna besök och resultatet delades med antalet sjukskötar resurser. Vid beräkningen av antalet patienter per dag per sjukskötare har respondenten räknat med 197 arbetsdagar per år, vilket gör att semesterdagar, skolningsdagar samt sjukfrånvaron

är beaktade. Respondenten kontaktade organisationens HR-enhet för att få veta det korrekta antalet arbetsdagar per år.

Tabell 2. Mottagningskötarens antal koordinerade patientbesök

Special-område	Antal sj.sk som koordinerade	Läk.besök som koordinerades	Sj.sk egna patient besök	Besök som koordinerades per 1 sj.sk	Antalet patienter/dag/sj.sk
INREMED.PKL					
*CARD...	1,80	4241	120	1981	10
*ENDO,DIAB.	1,20	3833	0	3066	15,6
*GENT	1,00	2818	0	2818	14,3
*HEMA	1,00	2142	385	2527	12,8
*NEFRO	1,10	2785	0	2261	11,5
*REUMA	1,00	2132	0	2132	10,8
*INFEKT	0,80	1087	0	1087	5,5
NEUR.PKL	1,75	4856	1261	2622	13,3
LUNG PKL	3,10	6119	0	1836	9,3
HUD PKL	2,10	7331	0	3142	15,9
ONK PKL	2,00	4414	0	2207	11,2

Antalet besök som koordinerades år 2013, **minimi antal besök 1836 – max antal besök 3142** och i **medeltal 2382** besök. I det dagliga vårdarbetet har det bland organisationens förmän på poliklinikerna konstaterats att en mottagningskötare klarar av att koordinera 2500 patient och läkarkontakter per år, överkriids denna volym borde mottagningskötarens få hjälp med planeringen och koordineringen. Antalet patienter/dag/mottagningskötare varierar beroende på specialområde; **minimi antal patienter 9 (9,3)– max antal patienter 16 (15,9)** och i **medeltal 12 (11,8)** patienter.

5.5 Delstudie II

I detta kapitel redogörs för delstudie II datainsamling, dataanalys och resultat. Delstudie II är av kvantitativ karaktär och fokuserar på kartläggningen av mottagningskötarens tidsanvändning.

5.5.1 Datainsamling

Materialet för delstudie II består av ett tidsregistrerings formulär indelat i tre temaområden. För att få mera innehåll och bekräftelse på vad mottagningsskötare gör under en arbetsdag utfördes en tidsregistrering, där kartläggs arbetstidens innehåll och fördelning.

En diskussion med överskötare, avdelningsskötare från inre medicinska polikliniken och medicinska klinikkgruppens sakkunniga i vården fördes för att finna felformuleringar samt eventuella saker som fattades i formuläret för arbetstidens innehåll.

Urvalet har varit parallellt i denna studie, vilket innebär att deltagarna varit med antingen i den ena delen av studien eller i den andra men alla deltagare har valts utifrån en population som är likvärdig.

Tidsregistrerings formuläret skickades per mail åt enheternas förmän, som distribuerade formuläret till alla mottagningsskötare på poliklinikerna. Förmännen på enheterna informerade mottagningsskötarna om studien. Registreringen i tidsformuläret gjordes dag för dag i 5 dagar. Informanterna uppskattade sin arbetstid och innehåll i timmar och minuter per dag. Alla som deltog i undersökningen arbetade dagtid enligt allmän arbetstid, 7 timmar och 39 minuter per dag (459 minuter). Begreppet arbetstidsfördelning innefattar hur arbetsdagens tid är disponerad mellan olika arbetsmoment.

Datainsamlingen utfördes i september – oktober 2015. Informanterna registrerade hur arbetstiden fördelades på ett strukturerat formulär samt hade möjlighet att svara med ord på frågor som var relaterade till tidsregistrerings formulärets temaområden. Detta formulär användes som ett komplement till enkäten som skötarna svarade på hösten 2014, det vill säga delstudie I.

5.5.2 Dataanalys

Tidsregistrerings formuläret var indelat i tre temaområden; **indirekt patientarbete**, **direkt patientarbete och övrigt arbete**, bilaga 3. Med indirekt patientarbete avses remisshantering, läsning av patientjournal, vårddokumentation i journal och vårdplan, enkel tidsbokning, tidsbokning ”monivaraus”, läkemedelshantering, kontakt med specialmedarbetare, uppföljning av tagna laboratorie prover, röntgen svar och övriga undersöknings svar, tiden som går åt att ändra inbokade tider och undersökningar som patienterna uteblir ifrån och planering av nästa mottagningsdag. Det andra temaområdet direkt patientarbete innehöll möte med patienten, information, handledning, undervisning, telefonkontakt med patienten, oplanerat telefonsamtal med patienten, telefonkontakt med anhöriga -planerat, oplanerat telefonsamtal med anhöriga, assistans vid åtgärder och undersökningar, inplanerade vårdåtgärder, och annat. Det tredje temaområdet övriga arbetsuppgifter var möte på arbetsplatsen, utbildning eller skolning, handledning av studerande/läkare, läsa och skriva e-post, olika beställningar (lager-, medicin- etc.), icke patient relaterade telefonsamtal, dator problem och paus/lunch. Tidsregistrerings formuläret förevisas i bilaga 3.

Analysen av formulärets data redovisas genom deskriptiv statistik, vilket innebär att data sammanfattas till en mer kompakt form genom att dessa reducerats till enskilda siffervärden. Data reduktionen innebär beräkning av olika statistiska mått. När ett diagram presenteras bör det finnas en ordentlig förklaring för vad som är vad så att läsaren kan tillgodogöra sig den information som förmedlas. Det finns olika diagram att välja på; stapeldiagram, histogram, spridningsdiagram, linjediagram och cirkeldiagram (Denscombe, 2009, s. 327- 358).

Tabell och cirkeldiagram har använts i arbete för att tydligt och enkelt presentera proportionerna mellan andelarna i formuläret, som tillsammans utgör hela cirkeln.

Frågorna i tidsregistrerings formuläret berörde remisshanteringen, beställning av undersökningar, mottagningsskötarens del av vårplaneringen, telefonrådgivning, uppföljning av laboratorie, röntgen och undersökningssvar, planering av nästa mottagningsdag, träffar patienten sjukskötaren före eller efter läkarmottagningen,

kan god vård ges och övrigt. I resultat redovisningen finns informanternas citat som belyser ovannämnda saker.

5.5.3 Resultat

Datamaterialet från tidsregistrerings formuläret redovisas med hjälp av deskriptiv statistik. Resultatet från de öppna frågorna i tidsregistrerings formuläret presenteras i löpande text och citat. Tidsregistrerings förmläret var indelat i tre temaområden; *indirekt patientarbete, direkt patientarbete och övrigt arbete.*

Formuläret där informanterna uppskattade tidsåtgången, i minuter eller timmar, för olika arbetsuppgifter besvarades av 19 personer. Av respondenterna hade 16% arbetat mellan 16-20 år på poliklinikerna, 6-10 år 26% och 0-5år 58%, tabell 3. En informant hade ej svarat på frågan.

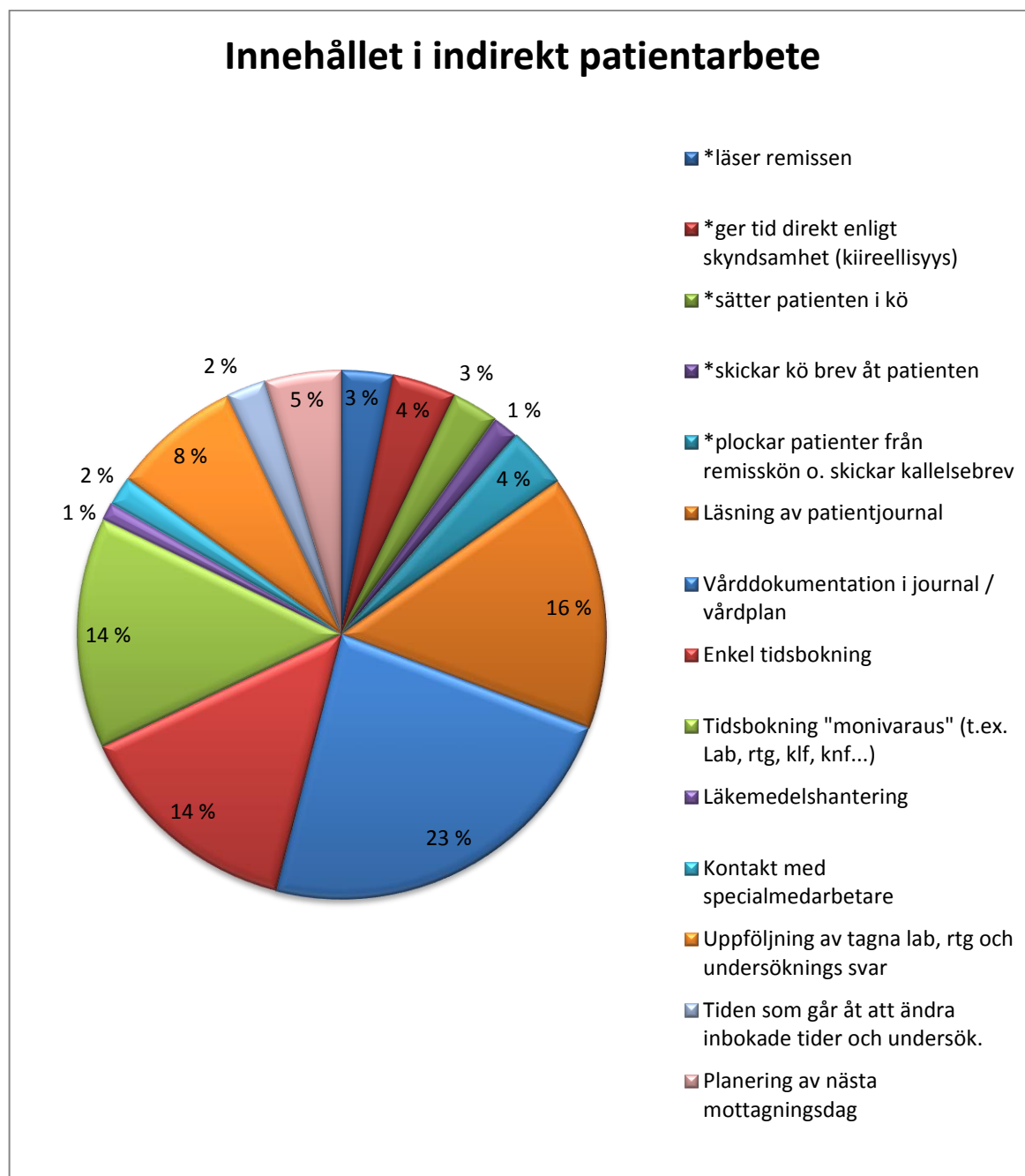
Tabell 3. Antalet arbetade år på poliklinikerna

År	n=18
0-5	11 (58%)
6-10	5 (26%)
11-15	0
16-20	3 (16%)

Indirekt patientarbete det vill säga arbetsuppgifter som är kopplade till en enskild patient, men där ingen direkt patientkontakt förekommer, utgjordes 51% av den totala arbetstiden. Direkta patientarbetet det vill säga situationer där mottagningsskötaren är i direkt kontakt med patienter, utgjordes 32% av mottagningsskötarens arbetstid och till övrigt gick 17% av arbetstiden.

Av det *indirekta* patientarbetet utgjordes 23% av vårddokumentering i journal/vårdplan, 16% av läsning av patientjournal, 14% av enkel tidsbokning, 14% av tidsbokning ("monivaraus"), 8% av uppföljning av tagna laboratorie prover, röntgen och undersökningssvar, 5% av planering av nästa dag, 4% av att ge tider enligt skyndsamhet, 4% av att plocka patienter från remisskön och skicka kallelsebrev, 3% av att läsa remisser, 3% av att sätta patienter i kö, 2% av tiden som

går åt till att ändra inbokade tider och undersökningar som patienterna utblir ifrån, 2% av kontakt med specialmedarbetare, 1% av tiden till att skicka kö brev åt patienter, 1% av tiden till läkemedels- hantering, illustreras i figur 4.



Figur 4. Fördelning av arbetsuppgifterna i temaområdet indirekt patientarbete.

Vårddokumentering i journal/vårdplan upplever mottagningsskötarna som en viktig del, men upplevelsen av att inte alltid hinna med denna del är märkbar.

”... man hinner inte alltid skriva fastän man borde.... telefonsamtalens dokumentering vill man inte hinna med alla gånger...”

Informanterna beskriver tidsbokningen med följande citat;

”tar mycket tid ”

” tidskrävande”

” oftast många tider man skall få att gå ihop”

Uppföljning av tagna laboratorie prover, röntgen och undersökningssvar är organiserat på lite olika sätt beroende på specialområde. Alla mottagningskötare har någon form av system för uppföljningen, så som ”VAS – tider¹”, ”visa – tider²”, ”HOIT-lista³”.

” kollar VAS tiderna om svar fattas flyttas tiden”

” tarvittavat seurannat ovat HOIT-listalla”

” seurataan näyttö/visa ajoilla – sen jälkeen ohjelmoidaan lääkärille”

Remisshanteringen på poliklinikerna varierar mellan poliklinikerna, på så sätt att på en del polikliniker sätter avdelningssekreteraren patienten i remiss kön efter att läkaren behandlat remissen och inte mottagningskötaren. Lika för polikliniker var att mottagningskötaren plockar patienterna från remiss kön, bokar laboratorieprover och undersökningar enligt läkarordination och skickar föreskrifter och kallelsebrev åt patienten, förutom en poliklinik som har en skild köskötare som sköter detta.

Informanternas kommentarer på hur planerar du din nästa mottagningsdag var

” kollar på morgonen dagens pogram”

”för in åt läkaren det som hen behöver”

”går igenom listan, öppnar vårdplan, kollar att alla svar finns”

”valmistelen seur. aamun tarvittavat toimenpiteet”

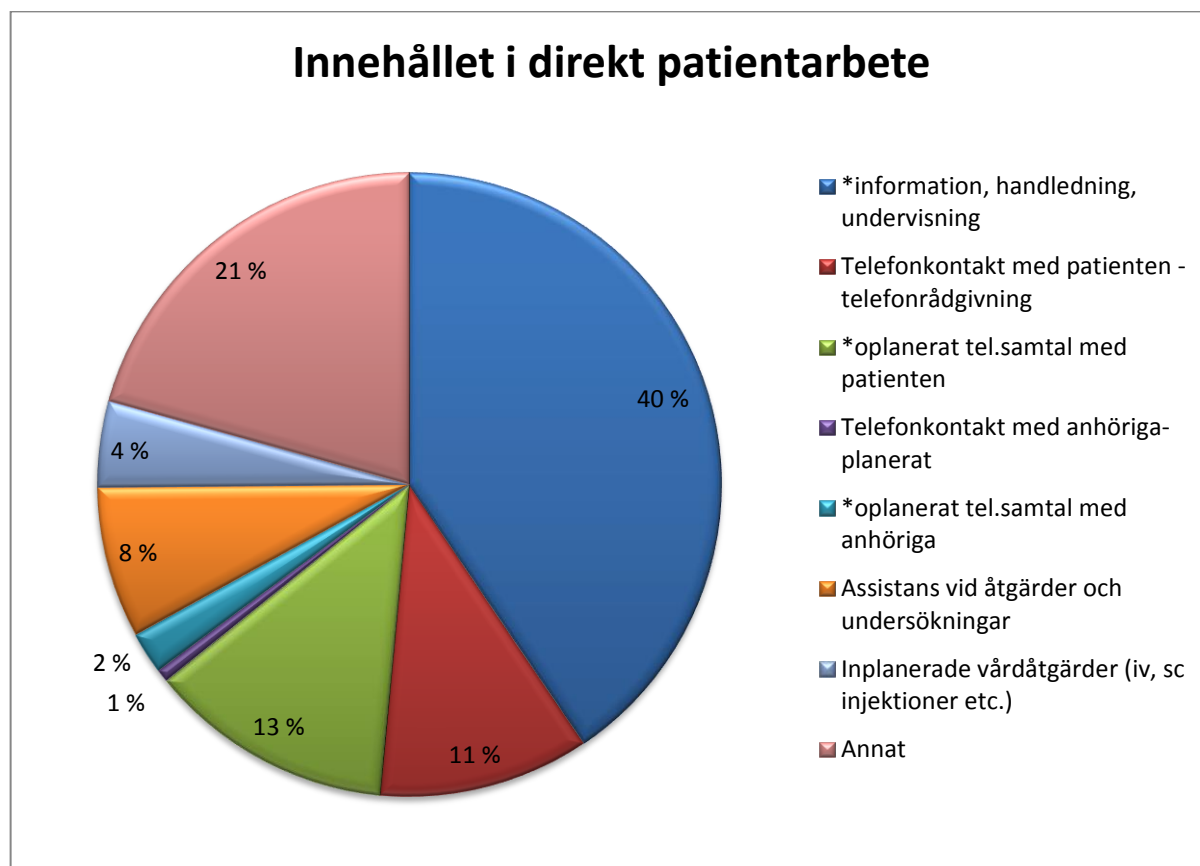
Inom det **direkta** patientarbetet utgjordes 40% av mottagningskötarnas arbetstid till direkt möte med patient – öga mot öga, denna del innefattade information, handledning och undervisning, 11% till telefonkontakt med patienten – telefonrådgivning, 13% till oplanerade samtal med patienten, 1% till planerad telefonkontakt med anhöriga, 2% till oplanerat telefonsamtal med anhöriga, 8% till assistans vid åtgärder och undersökningar, 4% till inplanerade åtgärder och 21% till annat, illustreras i figur 5. Till annat framkom följande avdelningsbesök, utförande

¹ inbokad tid till läkare eller mottagningskötaren för planering och uppföljning av vården

² inbokad tid till mottagningskötaren för planering och uppföljning av vården

³ inbokad tid till mottagningskötaren för planering och uppföljning av vården

av CERAD⁴, inställningar av apparatur, rengöring av apparatur, förevisning av dagavdelningen, öppnande av läkarprogram, skötare hämtat patienter från undersökningar, fotografering, vårdklassificering och efterregistrering.



Figur 5. Fördelningen av arbetsuppgifter i temaområdet direkt patientarbete.

Informanternas kommentarer om telefonsamtal och – rådgivning;

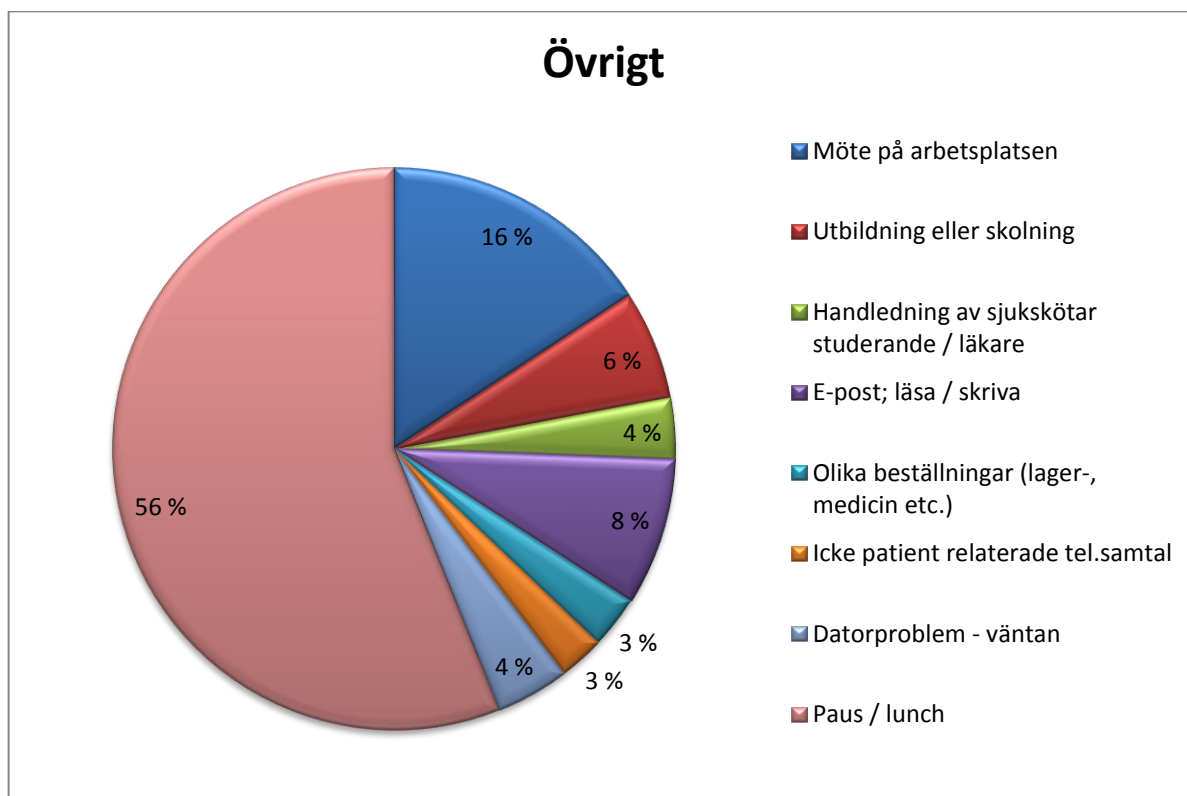
” planerade samtal är ofta uppföljning av lab, utvärdering av medicin effekt, mående...”

” oplanerade samtal handlar mycket om mediciner, mående, ändra tiden, recept ärenden...”

” neuvontaa on yleensä lääkkeisiin, laitteisiin, valvottuun hoitoon tai tuleviin tutkimuksiin liittyen”.

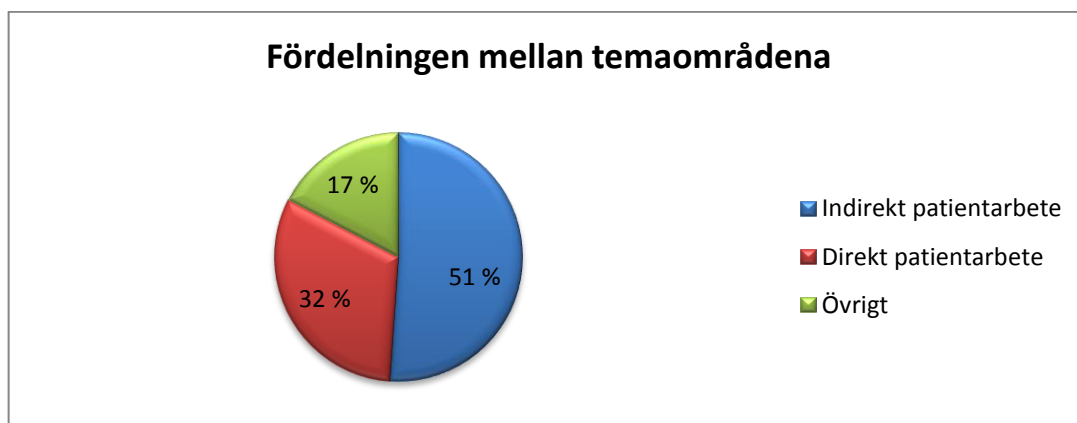
Inom kategorin **övrigt** utgjordes 16% av möten på arbetsplatsen, 6% av utbildning eller skolning, 4% av handledning av sjukskötare studerande / läkare, 8% av att läsa / skriva e-post, 3% av att göra olika beställningar, 3% av icke patient relaterade samtal, 4% av datorproblem och 56% till paus/lunch, illustreras i figur 6. Denna kategori var ofullständigt ifylld av många informanter.

⁴ Ett sätt att testa de kognitiva funktionerna (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease)



Figur 6. Fördelningen av arbetstid i temaområdet övrigt.

Sammanfattningsvis kan konstateras att kartläggningen av arbetstidens fördelning visade att mottagningsskötaren ägnade den mesta tiden åt indirekt patientarbete 51% av den totala arbetstiden. Till direkt patientarbete användes 32% och till övrigt gick 17% av arbetstiden, figur 7.



Figur 7. Fördelningen mellan temaområdena indirekt, direkt patientarbete och övrigt.

På frågan upplever du att du kan ge en god vård svarade över hälften av mottagnings-skötarna att oftast nog. Några ansåg att patienten skulle vara i mera behov av information och handledning några dagar efter besöket på polikliniken.

”oftast nog”

”för det mesta”

”toisinaan potilaat voisivat tarvita enemmänkin tukea ja ohjausta. Ei välttämättä heti diagnoosin saatua vaan muutaman päivän kuluttua, kun kysymyksiä alkaa herätä”

På frågan övriga kommentarer eller utvecklingsförslag hade endast fem kommenterat. Alla ansåg att man ofta gör många saker samtidigt. Ett utvecklingsförslag att skötaren kunde vara mera med patienten i läkarrummet under undersökning.

”työt ovat usein päällekkäisiä, eivät erillisiä toisistaan”

”Många saker går in i varandra, man gör under dagens lopp många saker samtidigt, varit svårt att fylla i formuläret.”

”....arbetar sällan med en sak i gången”

6 Resultatdiskussion

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

Vårdarbetet är det arbete som mottagnings-skötaren utför på uppdrag av patienten och läkaren, det vill säga direkt patientarbete, men det är även indirekt patientrelaterat arbete som organisatoriskt, administrativt och övrigt arbete. Vårdarbetets mål är att arbeta för en bibehållen och återvunnen hälsa.

I del studie I kartlades mottagnings-skötarens arbetsuppgifter. Det kom tydligt fram i resultatet att mottagnings-skötarens arbetsuppgifter är att planera och koordinera, informera och handleda, ge rådgivning, utföra åtgärder och ge vård samt följa upp och utvärdera patientens vård. Även Kantelinen (2008) och Säilä (2005) konstaterar i sina studier att ovannämnda uppgifter hör till verksamhetsmodellen för läkar-sjukskötare-mottagningsmodellen. Benner (1993) säger även att vårdarbetets domäner är bland annat den hjälpande rollen, undervisande och vägledande funktionen samt att planera och organisera vården. Kantelinen (2008) nämner i sin studie att

handledning och undervisning utgör 33% av arbetstiden. I denna studie utgjorde informationen, handledningen/undervisningen 40% av det direkta patientarbetet. I Fants studie (2013) lyftes fram att patientinformation och -handledning är väsentliga uppgifter i sjukskötarens arbete. Fagerholm (2014) konstaterar även att till vårdplaneringen, koordineringen och till att ge emotionellt stöd används nästan hälften av poliklinik resurserna.

Enligt lagen (1992/785) är mottagningsskötare ålagd att ge patienten adekvat kunskap, information och handledning så att denne, tillsammans med skötaren har möjlighet att ta ställning till sin sjukdom och hälsa. Patienten bör ses som en resurs, som även Koivuniemi & Simonen (2011) påpekar. Mottagningsskötare bör se patienten som en jämbördig partner, var och en ger av sin kompetens vid bemötandet. Mottagningsskötare är experten inom vårdarbetet. Vårdarbetets utgångspunkt är ett patientcentrerat verksamhetssätt och att främja hälsa.

I resultatet framkom att planeringen och koordineringen av patientbesök till mottagningarna utgörs av 8% av arbetstiden. Patientbesöken varierar beroende på specialområde. Fagerholm (2014) uppger att mängden patienter som vårdas polikliniskt kan utvärderas på flera olika sätt. En del av nyckeltalen är direkt relaterade till antalet besök, olika besökstyper, antalet patientsamtal eller till totala mängden patienter per dag.

En mottagningsskötare har i medeltal, inom medicinska klinikgruppens polikliniker, 9-12 patienter per dag. Mottagningsskötare klarar av att koordinera 2500 patientbesök per år, detta baserar sig på förmännens och medarbetarnas erfarenhet. Fagerholm (2014) konstaterar i sin avhandling att mellan poliklinikerna som deltog i hennes studie fanns en stor spridning mellan antalet patientbesök kontra sjukskötarens och sjukvårdspersonalens årsverk. Antalet patientbesök i förhållande till sjukskötarens årsverk så var det genomsnittliga värdet något större än hos sjukvårdspersonalens årsverk. Hon skriver vidare att när patientbesöken delades med antalet effektiva arbetsdagar så beräkningsmässigt hade en sjukskötare 9,35 patienter i medeltal per dag, minimi 0,83 och max 31,44 patienter (Fagerholm, 2014, s. 48). Riktgivande antal patienter per dag per sjukskötare har framkommit i denna studie, men en direkt jämförelse med Fagerholms resultat (2014) kan inte göras på grund av metod och definitioner varierar.

I del studie II kartlades mottagningskötarens tidsanvändning. Resultatet visade att av arbetstiden användes 51% till indirekt patientarbete, 32 % till direkt patientarbete och 17% till övrigt. I och med att trenden är patienterna skall alltmer skötas i öppenvård är ett effektivt användande av sjukskötarresursen centralt för att kunna erbjuda en kvalitativ god vård. Huruvida sjukskötares tid och kompetens används på rätt sätt kan diskuteras, i och med att resultatet visar på att 51% av arbetstiden går till indirekt patientarbete. Lundgren & Segesten (2001) nämner att studier visar att arbetstiden som används till indirekt patientarbete varierar från 14% till cirka 45% och tiden som används till direkt patientarbetet varierar från 21 till 60%.

Den procentuella fördelningen mellan indirekt och direkt patientarbete visar att sjukskötarrollen är splittrad, komplex och att de olika arbetsmomenten integreras i varandra. Skötaren ansvarar för vårdarbetet och förväntas ta egna beslut samtidigt som lagar och regler begränsar hennes/hans beslutstagande. Professionen består av många olika kunskapsområden som skall länkas samman för att kunna utöva en kvalitativ god och säker vård. Mottagningskötaren skall se till att patienten får en kvalitativ god vård, samt att ordinationer som läkaren beslutar genomförs och efterföljs. Parallellt med detta, skall skötaren utföra en evidensbaserad vård som håller sig inom organisationens riktlinjer och budget. Av mottagningskötaren krävs en bred och mångsidig kompetens.

7 Kritisk granskning

I följande kapitel granskas studien kritiskt och respondenten kommer bland annat att diskutera kvaliteter i undersökningen. Inom innehållsanalysen har validitet och reliabilitet varit allmänt förekommande termer när det gäller trovärdighetsaspekter, i och med att den kvalitativa innehållsanalysen har utvecklats från den kvantitativa innehållsanalysen. Medvetenheten om trovärdighet och kvalitet är en viktig del i hela forskningsprocessen. Trovärdigheten är avgörande för all forskning oavsett om den är kvalitativ eller kvantitativ till sin natur (Danielson 2012, s. 340, Denscombe 2009, s. 378).

Den interna logiken i en studie är viktig, med detta avses en harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik. Harmoni innebär att ett vetenskapligt arbete ska vara sammanfogat som ett slutet system. Det skall finnas en helhet som alla enskilda delar hör samman med (Larsson, 1994, s. 168-170).

Respondenten anser att studien har en inre logik, det vill säga att det råder en samstämmighet mellan forskningsfrågan, datainsamlingen och analystekniken. Den teoretiska bakgrunden hjälper att förstå och förklarar det som framkommit i studien. Metoderna är beskrivna och resultatet har redovisats med huvud- och underkategorier från innehållsanalysen av den öppna frågan och tidsregistreringsformuläret i form av tabeller och cirkeldiagram samt löpande text.

Ett avgörande moment gällande trovärdigheten, i kvalitativ innehållsanalys, är att välja ut de mest passande meningsbärande enheterna, så att de varken blir för korta eller långa eftersom då riskerar att antingen innehålla flera betydelser eller splittras (Danielson 2012, s. 341). I denna studie var textmaterialet korta meningar och enstaka ord, vilket har gjort att innehållsanalysen relativt enkel i letandet efter meningsbärande enheter. Respondenten har försökt med det material som fanns att beskriva så rikt och utförligt som möjligt, så att läsaren med hjälp av citat och tabeller i texten kan finna alternativa tolkningar. Detta ökar överförbarheten av resultatet.

Studien genomfördes i två delstudier. Delstudie I var av kvalitativ karaktär och fokuserade på kartläggningen av mottaningskötarens uppgifter. Delstudie II var av kvantitativ karaktär och fokuserade på mottagninsskötarens tidsanvändning. Utifrån analysvaren från delstudie I utvecklades en kvantitativ enkät, tidsregistreringsformuläret. Delstudie II blev således ett komplement till delstudie I.

För att instrumenten ska vara valida måste resultaten bygga på det som är verkligt, relevant och täcka de avgörande frågorna. Den grundläggande frågan blir att är data av rätt typ för att undersöka ämnet och har data uppmätts på ett riktigt sätt (Denscombe 2012, s. 378). Graden av validitet för ett mätinstrument avser om instrumentet mäter det som det är avsett att mäta. Innehållsvaliditet säkras genom att resonera med personer insatta i ämnet. Reliabilitet innebär tillförlitlighet i mätningen och med det

menas att ett resultat inte ska ha uppnåtts av en tillfällighet. Upprepade försök ska generera i likartade resultat (Billhult & Gunnarsson 2012, s. 152-153, 486).

Studiens tidsregistreingsformulär innehållsvaliderades med överskötare, sakkunnig i vården samt inremedicinska poliklinikens avdelningsskötare. Tillförlitligheten (reliabiliteten) anser respondenten var relativt hög för att svaren från tidsregistreringsformuläret var likartade. Respondenten anser att liknande resultat skulle kunna göras då samma förhållanden råder.

Användandet av både kvalitativ och kvantitativ metod stärker trovärdigheten, vilket tydliggörs i studien, på så sätt att metoderna kompletterar varandra, när kartläggningen av mottagningsskötarens uppgifter gjordes innehållsmässigt och tidsmässigt. Den ena metoden representerar textdata (kvalitativ) och den andra metoden (kvantitativ) representerar numerisk data.

Data har jämförts för att förklara mottagningsskötarens uppgifter (Borglin, 2012, s. 271-284). Att studien innehåller både en kvalitativ och kvantitativ metod anser respondenten som en fördel. Kvalitativa delen bidrar med en beskrivande del av mottagningsskötarens arbetsuppgifter och den kvantitativa delen påvisar tiden som mottagningsskötarena använder till att utföra uppgifterna.

Studien har svagheter eftersom antalet mottagningsskötare i undersökningen är ett litet antal. Mottagningsskötare uppskattade sin arbetstid och innehåll i timmar och minuter per dag i fem dagar, vilket upplevdes svårt. Då mätinstrumentet, tidsregistreringsformuläret, inte var använt tidigare uppdagades en del otydligheter. Det upplevdes svårt att få en exakt registrering av den tid som mottagningsskötare ägnade åt en viss arbetsuppgift, då flera uppgifter görs samtidigt och uppgifterna går in i varandra.

Studien visar samband med tidigare forskning som gjorts inom samma ämne och forskningarna som använts har varit relevanta för studien. Studiens resultat tolkades mot teoretiska referensramen, bakgrunden och tidigare forskning, vilket gör att det finns en uppenbar relation mellan studiens resultat och verklighet. Validiteten i studien kan ha påverkats positivt eftersom respondenten själv arbetar på poliklinik och är väl bekant med mottagningsskötarens uppgifter.

8 Diskussion

Minister Rehula (2016), öppnade sjukskötardagarna i Helsingfors 10.3.16, där han efterlyste en attityd förändring, att vi bör ändra vårt fokus från att behandla sjukdomar till att främja hälsa och välbefinnande, vilket gör att arbetet är synnerligen aktuellt idag.

Syftet med studien var att kartlägga mottagningskötarens uppgifter och utgående från resultat forma en modell för mottagningskötare. Tack vare kartläggningen, innehållsmässigt och tidsmässigt, har respondenten fått en bra bild av hur det ser ut och har identifierat förbättrings- och utvecklingsområden för en mer effektiv användning av mottagningskötar resursen.

8.1 Mottagningskötarens arbetsuppgifter

Huvudresultatet i kartläggningen av arbetstidens fördelning visar att mottagningskötare ägnade *endast* 32% av sin arbetstid åt direkt patientarbete, 51% till indirekt patientarbete och 17% till övrigt.

Alla arbetsuppgifter är på ett eller annat sätt viktiga för patientens vård, men man kan fråga sig är det rätt person på rätt plats eller vem ska utföra vad. Frågan är används sjukskötarens resurser optimalt, det vill säga att ges möjlighet att arbeta med direkt patientarbete? Utnyttjas rätt kompetens på rätt plats? Kunde mera tid till direkt patientarbete frigöras åt mottagningskötare? Lundgren & Segesten (2008) anser att en del av det administrativa arbetet som utförs av sjukskötare skulle kunna ersättas av annan personal. Man kan ställa frågan kunde en annan yrkeskategori överta en del av mottagningskötarens indirekta arbete?

Utgående från god vård borde en mottagningskötare ägna sin arbetstid till direkt patientvård. En stor del av mottagningskötarens arbetsinnehåll ligger inte i linje med utbildning och den kompetens mottagningskötare står för. Arbetsinnehållets blandning av uppgifter och moment som är indirekt arbete, som exempelvis tidsbokning som inte hör till det patientarbete man utför, hindrar att största delen av arbetsdagen kan riktas till arbetsuppgifter som är relaterade till den specifika kompetensen och uppgiften en sjukskötare har. Sjukskötare skall kunna ägna sin tid

åt till att systematiskt identifiera patientens behov, problem och resurser. Utgående från vårdprocessen, som ram för patientens goda vård, planera, genomföra och utvärdera vården. Mer tid skulle kunna riktas till arbete med patienter, öga mot öga.

Enligt ICN etiska kod (2014) är sjukskötarens arbete att förbygga sjukdom, att återställa hälsa, att främja hälsa och att lindra lidande. God vård på Vasa centralsjukhus innefattar att vårdarbetet utgår från ett människonära, evidensbaserat och patientcentrerat verksamhetssätt. Målet för allt vårdarbete är att arbeta för en bibehållen och återvunnen hälsa. Mottagningsskötaren skall stötta patienten att ta ansvar för sin hälsa och vård. Dessa nämnda arbetsuppgifter är sjukskötarens ämnad att göra samt använda sin arbetstid till. Att få ägna sin arbetstid till det man är ämnad att göra ökar meningsupplevelsen eftersom arbetsinsatsen har en betydelse. Antonovsky (2005) framhåller att begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet inte skall ses som separata enheter, utan det är samspelet mellan dessa som skapar en känsla av sammanhang. Meningsfullheten är central, i detta fall att arbeta med sin kärnuppgift, som i sin tur utvecklar personen personligt och kompetensmässigt.

En väsentlig uppgift kunde vara att granska sammansättningen och fördelningen av personalresurser. En samordning och en arbetsfördelning borde klargöras mellan personalkategorierna, tänker främst på fördelningen mellan sjukskötare och sekreterare.

Majoriteten av sjukskötarna i Fants (2013) studie önskade att rollfördelningen mellan sjukskötarna och sekreterarna borde förtydligas eftersom de ansågs ha flutit ihop. En önskan framkom att få en tydligare arbetsbeskrivning mellan dessa två yrkeskategorier.

Tidskrävande indirekta arbetsuppgifter för patienterna var olika tidsbokningar, att ge och ändra tider, sätta och plocka patienter från remisskön. Dessa indirekta arbetsuppgifter, som utgjorde 42%, skulle till största delen kunna skötas av någon annan yrkeskategori. Genom att omfördela nämnda arbetsuppgifter kunde mera tid frigöras till direkt patientarbete och mottagningsskötaren skulle ha möjlighet arbeta mera inom sin kärnkompetens. Det vill säga mera tid till att identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård, undervisa och stödja patienter och

närstående med syfte att främja hälsa, figur 8. Det hälsofrämjande arbetet borde synliggöras mera i det direkta patientarbetet.

Nuvarande modell

Tidsfördelning	MSK
Direkt patientarbete	32% (~166h)
Indirekt patientarbete	<u>51%</u> (~269h)
Övrigt	17% (~92h)



Ökad tid för
direkt
patientarbete

Alternativ modell

Tidsfördelning	MSK
Direkt patientarbete	<u>53%</u>
Indirekt patientarbete	29% (~157h)
Övrigt	18% (~92h)

Figur 8. Effektivare användning av resurs

Av det indirekta patientarbetet utgjordes 23% av vårddokumentering i journal/vårdplan, denna arbetsuppgift är föreskriven i lag. I lagen om patientens rättigheter (785/1992) står det att ” En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall anteckna sådana uppgifter i journalhandlingar som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av en patient?”. Mottagningsskötaren har en skyldighet att dokumentera sådant som är väsentligt för att vården av patienten skall bli så bra som möjligt. Enligt Ehnfors & Ehrenberg (2007) kan dokumentation av alla faser i vårdprocessen ses som kvalitetsmätare på processen eftersom syftet med dokumenteringen ska vara ett redskap för god kvalitet på vården, garantera kontinuitet och säkerhet under vårddagen, samt underlätta användandet av evidensbaserad vård.

Resultatet visar att innehållet i det direkta patientarbetet utgjorde information, handledning och undervisning den största delen 40% därefter telefonsamtal. Övrigt var att de oplanerade telefonsamtalen var 13% vilket var 2% mer än planerade samtal med patienten. Frågan kan ställas varför mera oplanerade samtal än planerade? Har patientens behov blivit uppmärksammas, har förutsättningar för ett bra möte med patienten skapats vid besöket hos mottagningsskötaren? Har patienterna fått tillräcklig information? Behovet av direkt patientarbete bör styras av patienternas behov, vårdprogram och riktlinjer.

Inom temaområdet övrigt utgjordes 16% av möten på arbetsplatsen och 6% av utbildning eller skolning. Dessa uppgifter är av vikt med tanke på utvecklingen av

sig själv som sjukskötare samt utveckling och organisering av verksamheten. Data problem utgjorde 4%. Datasystem i vården ska hjälpa och underlätta mottagnings-skötarens arbete, inte belasta. Vård IT-rapporten 2010 framhöll att de vanligaste anledningarna till tidsförlust var bristande integrationer mellan olika IT-system i vården. Problem som orsakade tidsförluster var dubbeldokumentation och bristande smidighet.

Mottagnings-skötarnas upplevelse av att det var svårt att få en exakt registrering av den tid som ägnades åt en viss arbetsuppgift, när flera uppgifter gjordes samtidigt och uppgifterna gick in i varandra kan relateras till studien gjord av Westbrook, Duffield, Li och Creswick (2011) på två bäddavdelningar med syftet att studera hur mycket tid sjukskötaren lägger på olika arbetsuppgifter. Enligt studien gjorde sjukskötaren parallellt två eller flera arbetsuppgifter åt gången 5,8% av sin arbetsdag, arbetstiden per dag var 8,5 timmar.

För att mottagnings-skötaren skall möjliggöra en kvalitativ god vård krävs synkronisering och en känsla av sammanhang på många plan, figur 2. Att som mottagnings-skötare ha tillräcklig kunskap om varför arbetet görs, hur det skall genomföras och med vilka förväntade resultat är en förutsättning för att man ska kunna förstå och acceptera uppgiften. Finns kunskapen, begripligheten, ger detta i sin tur utrymme för att hantera situationen. Begripligheten och hanterbarheten kan i sin tur, i kombination med fokus på den professionella uppgiften, bidra till meningsfullhet. Det kan finnas risk att mottagnings-skötarnas känsla av sammanhang i vissa situationer minskar om arbetsuppgifterna inte känns hanterbara och meningsfulla för patientens vård samt om skötaren upplever sig ha liten möjlighet att påverka. En upplevelse av minskad kontroll i arbetet kan ha betydelse för mottagnings-skötarens hälsa. Ju mer begripligt, hanterbart och meningsfullt tillvaron och förhållanden på arbetsplatsen är desto bättre möjligheter har vi att arbeta för en bibehållen och återvunnen hälsa hos patienten. Som ledare är det viktigt att skapa en arbetsmiljö där medarbetarna har möjlighet att utveckla kompetens, motivation, lust och välbefinnande (Antonovsky, 2005).

Sjukskötarens användning av arbetstiden inom polikliniskt vårdarbete visade sig vara lite utforskat och utvärderat.

8.2 En ny modell

Den nya modellen som utformades utgående från studiens resultat och tidigare forskning åskådliggörs i bilaga 4. Målsättningen med modellen är att genom att omfördela personalstrukturen och se på arbetsfördelningen mellan yrkeskategorierna öka det direkta patientarbetet för mottagningsskötaren, det vill säga yrkets kärnuppgift. Om kriterie för god vård är ett patientcentrerat verksamhetssätt kräver det ett förtydligande av arbetsfördelningen och yrkesrollerna och ett nytt tankesätt det vill säga att fokuser på att främja patientens hälsa och välbefinnande samt se patienten som en resurs i planeringen av sin vård.

Modellen kunde vara ett underlag för diskussion inom öppenvårdens serviceområde. Att ha fått en fingervisning till hur verkligheten ser ut och hur arbetstiden används kan leda till att enkla och meningsfulla förbättringsområden stiger fram som är av värde för patienten.

Förslag på vidare utveckling av modellen kunde vara att man inom specialområdena specifikt beskrev arbetsuppgifterna inom det direkta- och indirekta patientarbetet, det vill säga processerna som patienterna genomgår i sin resa genom vården. I den kliniska verksamheten intar alla yrkeskategorier sin roll som processmedarbetare men också patientens delaktighet och erfarenhet är av betydelse. Sairaanhoidajaliittos ordförande Merasto (2016) nämde i sitt öppningstal på sjuksköterskedagarna 10.3.2016 att det är dags att lyssna på patienterna när vårdens tjänster omorganiseras. Hon påpekade att införandet av kliniska riktlinjer är ett bra sätt att börja.

Förslag på fortsatt studie kunde vara att studera patientens delaktighet ur patienperspektiv för att få en bild vad som uppfattas av värde eller nytta för patienten.

Källförteckning

Anskär, E. (2014). *Distriktsköterskors och sjuksköterskors upplevelse av arbetsmiljö i primärvård och en kartläggning av arbetstidens innehåll*. Examensarbete i Omvårdnadsvetenskap. Institutionen för medicin och hälsa. Linköpings universitet.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.

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

Benner, P., Tanner, C.H., Chesla C.A. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad. Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. Ingår i Henricson, M. (red) *Vetenskaplig teori och metod, från ide till examination inom omvårdnad*. Estonia: Studentlitteratur AB

Borglin, G. (2012). Mixad metod- en introduktion. Ingår i Henricson, M. (red) *Vetenskaplig teori och metod, från ide till examination inom omvårdnad*. Estonia: Studentlitteratur AB

Daly, W.M. & Carnwell, R. (2003). Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 12 (2), 158-167.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod, från ide till examination inom omvårdnad*. Estonia: Studentlitteratur AB

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

- Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2007). Kvalitetsindikatorer för omvårdnadsdokumentation i patientjournalen. Ingår i Ivall, E. (red). *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. (s.30-39). Stocholm: Gothia förlag.
- Ehrenberg, A., Wallin, L. (2009). *Omvårdnadens grunder, ansvar och utveckling*. Studentlitteratur. Lund.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115.
- Eriksson, K. (1993). *Vårdandets idé*. Stockholm. Almqvist & Wiksell
- Eriksson, K. (1985). *Vårdprocessen*. Stockholm. Almqvist & Wiksell
- Etiska riktlinjer för sjukskötare. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/etiska-riktlinjer-sjukskotare> (hämtat:1.3.2015)
- Fagerholm, Nina. (2014). *Sairaaloiden somaattisten poliklinoiden hoitotyön henkilöstömitoitus-tunnusluku- ja asiantuntija perusteinen mallinnus*. Hoitotieteidenlaitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
- Fagerström, L. (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Studentlitteratur AB. Lund.
- Fant, P. (2013). *Sjukskötarrollen – Kriterier för sjukskötare med polikliniskt arbete*. Examensarbete för högre YH-examen. Utbildningsprogrammet för Avacerad klinisk vård. Yrkeshögskolan Novia.
- Forskningsetiska delegation (TENK). (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från god vetenskaplig praxis i Finland – anvisningar*. <http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis-anvisningar> (hämtat 7.11.15)
- Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och sjukvården. <http://etene.fi/sv/publikationer> (hämtat: 11.11.2015)

Hanson, A. (2010). *Salutogent ledarskap- för hälsosam framgång*. Fortbildning AB Stockholm

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. Ingår i Henricson, M. (red) *Vetenskaplig teori och metod, från ide till examination inom omvårdnad*. Estonia: Studentlitteratur AB

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

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. (2005). *Yhteistyö ja työjako hoitoonpääsyn turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveysthankkeen työn jako piloteista*. Sosiaali ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2005:12, Helsinki.

Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010

www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326 (hämtat: 28.2.15)

Institutionen för hälsa och välfärd 2014. Statistik årsbok om social- och hälsovården 2014. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125386/URN_ISBN_978-952-302-286-7.pdf?sequence=1 (hämtat: 9.1.15)

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2014).

http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska.kod_2014.pdf (hämtat: 6.3.15).

Kantelinen, M. (2008). *Sairaanhoitajan työn sisältö sisätautien ja kirurgian poliklinikalla*. Pro gradu tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Turku

Kaste programmet.

www.stm.fi/sv/under_arbete/utvecklingsprojekt/kaste/programmet (hämtat: 28.2.15)

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. i Henricson, M. (red) *Vetenskaplig teori och metod, från ide till examination inom omvårdnad*. Estonia: Studentlitteratur AB

Koivuniemi, K., Simonen, K (2011). *Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Kärkkäinen, O., Tuominen, J.A., Seppälä, A., Karvonen, J. 2006 Lääkärien ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. *Suomen lääkirilehti* 24/2006 vsk 61, 2647-2652.

Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992
www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785 (hämtat: 31.1.16).

Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994
www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559 (hämtat:31.1.16)

Lag om ändring av lagen om specialiserad sjukvård 856/2004
www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2004/20040856 (hämtat: 31.1.16)

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

Leksell Janeth & Lepp Magret (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Liber AB Stockholm.

Lundgren, S., Segesten, K. (2008). Nurses' use of time in a medical-surgical ward with all-RN staffing. *Journal of Nursing Management*. vol.9, Issue 1, pages 13-20.

Magnusson, C., Ekebergh, M., Jutengren, G., Knutsson, S. (2014). Patientnärmre vård: En observationsstudie av sjuksköterskans tid för patientnära vård. *Vård i Norden publ. no. 114 vol.34 pp. 4-9*.

Merasto, M. (2016). Mahdollisuus kehittyä.
<https://sairaanhoitajat.fi/2016/rehula-moniammatillinen-tyo-lisaantyy/> (hämtat 13.3.16)

Naukkarinen, E-L. (2008). *Potilaanitsemääräisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa – kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle*. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja

Partanen, P. (2002). *Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikossairaanhoidossa*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet. Kuopion yliopisto

Perälä, M-L. (1998). *Vårdarbetets riktlinjer. En strategi för kvalitet och resultat*. Gummers kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Rehula, J. (2016). Moniammattillinen työ lisääntyy- sairaanhoitajat. <https://sairaanhoitajat.fi/2016/rehula-moniammatillinen-tyo-lisaantyy/> (hämtat 13.3.16)

Socialstyrelsen (2006). Vård och omsorgsassistenterns kvalifikationer – Grundläggande nivå
https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9501/2006-110-20_200611020.pdf (hämtat 16.12.2015)

Säilä, T. (2005). *Polikliinisen hoidon toimintamalli – tutkimus erkoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoill*. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.

Urden, L., Roode, J (1997). Work sampling: A Decision-Making Tool for Determining Resources and Work Redesign. *Journal of Nursing Administration vol.27, issue 9, pages 34-41*.

Vallimies-Patomäki, M., Perälä, M-L., Lindström, E. (2003). Miten sairaanhoitajan tehtävänkuvien laajentaminen on onnistunut? Systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö Vol.1 (2), 2003, 10-15*.

Vasa sjukvårddistrikt. Verksamhets- och ekonomipla 2014-2017.
www.vaasankeskusairaala.fi/Link.aspx?id=1251197 (hämtat: 19.3.15).

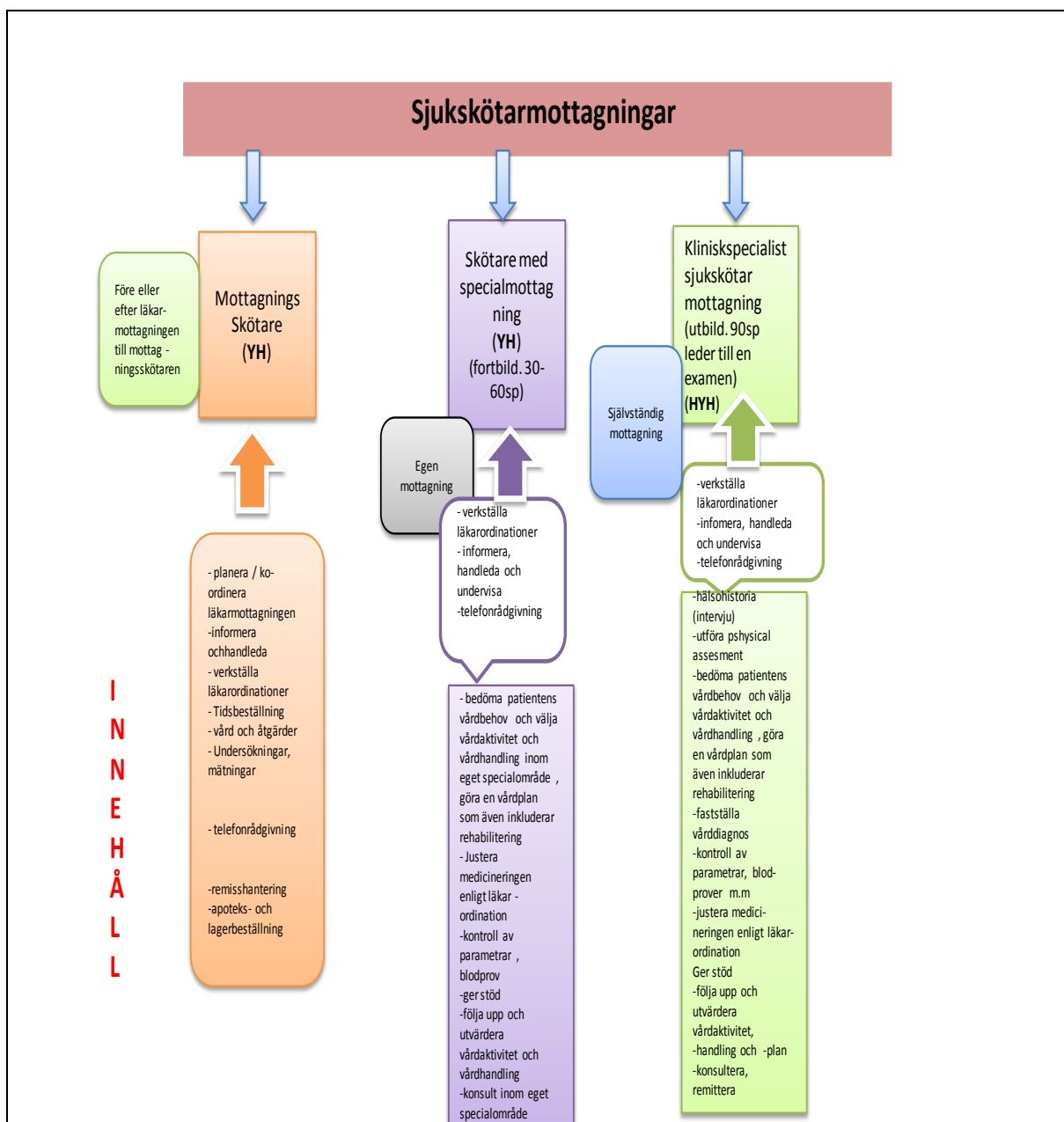
Virtanen, T. (2010). *Polikliinisen hoitotyön autonomia ja sitä edistävät tekijät*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Tampere.

Vård IT-rapporten 2010.

<https://vardforbundet.se/Agenda/Aktuellt/Har-kan-du-hamta-Vard-IT-rapport-2010/>

(hämtat: 13.3.16)

Westbrook, J., Duffield, C., Li, L. & Creswick, N. (2011). How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Service Research, 11*; 319-331.



Huvudkategori	Underkategori	Skötarnas beskrivning
Planera och koordinera	planera verkställa kontroll	boka patienter, skicka tidsbeställningsbrev planera fortsatta vården planering av mediciner verkställa läkarordinationer kontroll av laboratorie prov hjälpmedel och apparatur kontroll av hemtester
Information och handledning	livsstilshandledning (förebyggande vård) information / undervisning angående sjukdom och vårdformer - muntligt och skriftligt handledning av specifika patientgrupper	nya patienter- handledning kost - handledning viktkontroll egenvårdens betydelse levnadsvanor läkemedel injektion- och inhalationssteknik blodtryck hudvård glukossensorering diabetiker transplantationspatient MS patienter Epilepsi patienter Parkinson patienter Cancer patienter Lungpatienter
Rådgivning	telefonrådgivning	patienten ringer planerade telefonsamtal genomgång av vårdplan
	åtgärd	administrering av läkemedel provtagning insulinpumpstart peritonealdialys keteterinsättning centraldialyskateter insättning/borttagning

<p>Åtgärder och vård</p>	<p>vård</p> <p>åtgärd förknippat med apparat</p>	<p>lumbalpunktion olika tester</p> <p>fysiologiska mätningar venports spolning borttagning av stygn katetrisering ljusbehandling insulinbehandling injektioner av olika slag läkmedelsinhalationer övervakning av vitala funktioner såvård blodtransfusion</p> <p>embletta, spira, C-Pap, syreberikare</p>
<p>Uppföljning och utvärdering</p>		<p>uppföljningsbesök - hälsotillstånd livstilsförändring vårdkomplians -biverkningar, effekt blodprov uppföljning av smärta</p>

_____ poliklinik specialitet _____

Arbetat på polikliniken i _____ år

Uppskatta din arbetstid i timmar och minuter per dag enligt följande:

Vecka:	Må	Tis	Ons	Tors	fre
Indirekt patient arbete					
Remisshantering (enligt läkar ordination):					
*läser remissen					
*ger tid direkt enligt skyndsamhet (kiireellisyyt)					
*sätter patienten i kö					
*skickar kö brev åt patienten					
*plockar patienter från remisskön o. skickar kallelsebrev					
Läsning av patientjournal					
Vårdokumentation i journal / vårdplan					
Enkel tidsbokning					
Tidsbokning "monivaraus" (t.ex. Lab, rtg, klf, knf...)					
Läkemedelshantering					
Kontakt med specialmedarbetare (socialsk., näringsterap., klinisk specialistsjusk., talterap. etc.)					
Uppföljning av tagna lab, rtg och undersöknings svar					
Tiden som går åt att ändra inbokade tider och undersökningar som patienterna uteblir ifrån					
Planering av nästa mottagningsdag					
Direkt patient arbete					
Möte med patienten -öga mot öga *information, handledning, undervisning					
Telefonkontakt med patienten - telefonrådgivning					
*oplanerat tel.samtal med patienten					
Telefonkontakt med anhöriga-planerat					
*oplanerat tel.samtal med anhöriga					
Assistans vid åtgärder och undersökningar					
Inplanerade vårdåtgärder (iv, sc injektioner etc.)					
Annat					
Övrigt					
Möte på arbetsplatsen					
Utbildning eller skolning					
Handledning av sjukskötare studerande / läkare					
E-post; läsa / skriva					
Olika beställningar (lager-, medicin etc.)					
Icke patient relaterade tel.samtal					
Datorproblem - väntan					
Paus / lunch					

1. Beskriv processen gällande remisshanteringen inom din specialitet

(från att remissen anländer till att patienten placeras i kö eller får en tid)

2. Beskriv processen gällande beställning av undersökningar (lab, rtg, KNF, KLF etc.)

3. Beskriv mottagninsskötarens del av vårdplaneringen ("hoitosuunnitelma")

4. Telefonrådgivning, beskriv situationen (planerade samtal, oplanerade samtal)

5. Beskriv processen gällande uppföljningen av tagna laboratorie, röntgen och undersökningssvar på din mottagning. Vilken roll har mottagningsskötaren?

6. Beskriv hur du planerar din nästa mottagningsdag (färdigställa mottagningsrum etc.)

7. Träffar skötaren patienten före läkarmottagningen

JA

NEJ

Träffar skötaren patienten efter läkarmottagningen

JA

NEJ

Patienten träffar endast läkaren

JA

8. Upplever du att du kan ge en god vård?

9. Övriga kommentarer eller utvecklingsförslag

Tutkimus työajan sisällöstä

_____ poliklinikka erikoisala _____

Työskennellyt poliklinikalla _____ vuotta

Arvio työaikasi tunteina ja minuutteina per päivä seuraavan kaavion mukaan:

Viikko:	Ma	Ti	Ke	To	Pe
Välillinen potilas työ					
Lähetekäsittely (lääkärin määräyksen mukaan):					
*lähetteen lukeminen					
*antaa ajan suoraan kiireellisyyden mukaan					
*asettaa potilaan jonoon					
*lähettää jono kirjeen					
*potilaiden poimiminen lähetejonosta ja kutsukirjeiden lähettäminen					
Potilaskertomuksen lukeminen					
Hoitotyön kirjaaminen kertomukseen / hoitosuunnitelma					
Helppo ajanvaraus					
Moni ajanvaraus (esim. Lab, rtg, klf, knf...)					
Lääkehoito					
Yhteyttä erityistyöntekijöihin (sociaaliohoit., ravitsemusterap., kliininen erityissair., ...)					
Lab, rtg ja tutkimus vastauksien seuranta					
Ajan käyttö joka kuuluu varattujen aikojen ja tutkimusten muuttamisessa kun potilas jää saapumatta					
Seuraavan vastaanottopäivän valmistelu					
Välitön potilas työ					
Potilaan kohtaaminen - kasvotusten					
*informaatio, ohjaus, opetus					
Puhelinyhteydessä potilaaseen - suunniteltu					
*suunnittelematon puhleinkeskustelu potilaan kanssa					
Puhelin yhteydessä omaiseen - suunniteltu					
*suunnittelematon puhleinkeskustelu omaisen kanssa					
Avustaa toimenpiteissä ja tutkimuksissa					
Ajoitettu toimenpide (iv, sc inj. ym.)					
Muuta					
Muu					
Kokous työpaikalla					
Koulutus					
Sairaanhoidtaja opiskelijoiden / lääkärin ohjaus					
E-posti; lukea / kirjoittaa					
Erilaisia tilauksia (varasto-, lääke ym.)					
Ei potilaisiin liittyviä puh. soittoja					
Tietokone ongelmia - odottelu					
Tauko / lounas					

1. Kuva lähetteiden käsittelyyn liittyvät käytännöt sinun erikoisalalla

2. Kuva tutkimusten varaamiseen liittyvät käytännöt

3. Kuva vastaanottohoitajan osuutta hoitosuunnittelussa ("hoitosuunnitelma")

4. Puhelinneuvonta, kuva tilannetta

5. Kuva laboratorio, röntgen ja tutkimusvastausten seuranta (tai tarkistus) sinun vastaanotollasi. Mikä on vastaanottohoitajan rooli?

6. Kuva miten sinä valimstelet seuraavan vastaanottopäivän.

7. Tapaako hoitaja potilaan ennen lääkärinvastaanottoa Kyllä Ei

Tapaako hoitaja potilaan lääkärivastaanoton jälkeen Kyllä Ei

Potilas tapaa ainoastaan lääkärin

kyllä

8. Tuntuuko sinusta, että voit tarjota parasta mahdollista hoitoa?

9. Muita kommentteja tai kehittämissuhteita

ARBETSMODELL FÖR MOTTAGNINGSSKÖTARE

