

Egenvård för klienter – hur professionella kan handleda, bemöta och motivera

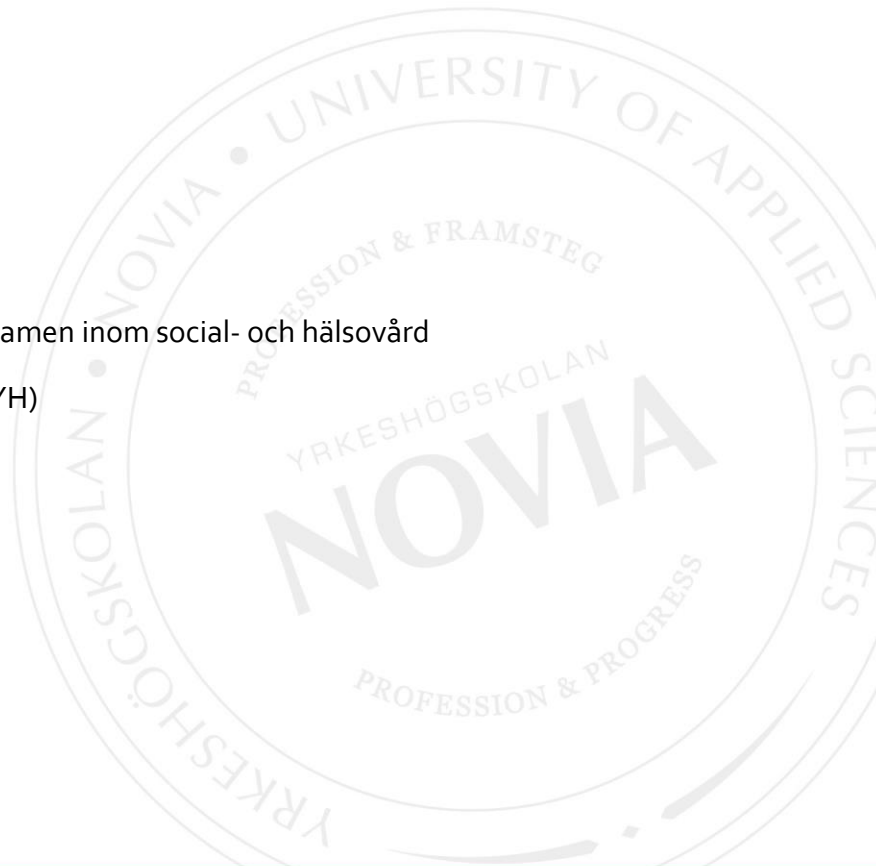
Simulering som inlärningsmetod för professionella inom
social- och hälsovård

Jenny Sandberg

Examensarbete för YH-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Åbo 2020



EXAMENSARBETE

Författare: Jenny Sandberg

Utbildning och ort: Social- och hälsovård, Åbo

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Sjukskötare (YH)

Handledare: Hanna Limnell

Titel: Egenvård för klienter – hur professionella kan handleda, bemöta och motivera –
Simulering som inlärningsmetod för professionella inom social- och hälsovård

Datum 26.4.2020

Sidantal 30

Bilagor 2

Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att öka förståelsen för egenvård samt att lyfta fram konkreta sätt på vilka professionella inom social- och hälsovården kan handleda, bemöta och motivera sina klienter inom egenvård. Målet med arbetet är att utforma en simuleringsövning för professionella baserad på materialet i arbetet samt att presentera simulering som en inlärningsmetod.

Denna kvalitativa studie baserar sig på en narrativ litteraturöversikt av varierande litteratur samt pilotering av simuleringsövningen. Materialet är samlat från och består av böcker, studier sökta i databaserna EBSCO (Academic Search Elite), och SweMed+ samt Dorothe E. Orems teorier om egenvård. I teoridelen presenteras olika områden som berör egenvård, handledning, motivation och bemötande samt simuleringsteori. Examensarbetet är en del av projektet "DigiSimÅbo" vars syfte är att presentera simulering som inlärningsmetod för vård- och socionomstuderande.

Arbetets slutprodukt är en simuleringsövning som ska kunna användas av professionella inom social- och hälsovården som en inlärningsmetod för att öva på sociala situationer så som handledning, motivering och bemötandet av klienter inom egenvård.

Språk: svenska

Nyckelord: Egenvård, handledning, motivera, bemötande, simulering, simulation, inläring, Dorothea E. Orem

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Jenny Sandberg

Koulutus ja paikkakunta: Sosiaali- ja terveydenhoito, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Sairaanhoidaja (AMK)

Ohjaaja(t): Hanna Limnell

Nimike: Itsehoitoa asiakkaille – miten ammattilaiset voivat ohjata, kohdata ja motivoida
– Simulointi opetusmenetelmänä sosiaali- ja terveydenhoidon ammattilaisille

Päivämäärä 26.4.2020

Sivumäärä 30

Liitteet 2

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoitus on lisätä itsehoidon ymmärtämistä sekä tuoda esille konkreettisia tapoja miten sosiaali- ja terveydenhoidon ammattilaiset voivat ohjata, kohdata ja motivoida asiakkaitaan itsehoidossa. Tämän työn tavoitteena on luoda ammattilaisten simulointiharjoitus opinnäytetyön materiaalin perusteella sekä esitellä simulointia opetusmenetelmänä.

Tämä kvalitatiivinen tutkielma perustuu narratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen ja koostuu vaihtelevasta kirjallisuudesta sekä simulointiharjoituksen pilotoinnista. Työn materiaali koostuu kirjallisuudesta, EBSCO (Academic Search Elite), ja SweMed+ tietokannoista haetuista tutkielmista sekä Dorothe E. Oremin itsehoitoa koskevista teorioista. Teoriaosassa esitetään erilaisia osa-alueita jotka koskevat itsehoitoa, ohjausta, motivoimista ja kohtaamista sekä simulointiteoriaa. Opinnäytetyö on kirjoitettu osana "DigiSimÅbo"-projektia, jonka tarkoitus on esitellä simulointia opetusmenetelmänä hoito- ja sosionomiopiskelijoille.

Työn lopputuloksena on simulointiharjoitus, jota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat käyttää opetusmenetelmänä, millä he voivat harjoitella sosiaalisia tilanteita kuten ohjausta, motivoimista ja asiakkaiden kohtaamista itsehoidossa.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: Itsehoito, ohjaaminen, motivoiminen, kohtaaminen, simulointi, oppiminen, Dorothea E. Orem

BACHELOR'S THESIS

Author: Jenny Sandberg

Degree Programme: Degree Programme in Nursing

Specialization: Nursing

Supervisor(s): Hanna Limnell

Title: Self-Care for Clients – How Professionals Can Tutor, Treat and Motivate –
Simulation as a learning method for professionals in social- and healthcare

Date 26.4.2020

Number of pages 30 Appendices 2

Abstract

The purpose of this thesis is to enhance the understanding of self-care and to highlight concrete examples of how professionals in social- and healthcare can tutor, treat and motivate their clients in self-care. The goal with this thesis is to design a simulation-exercise for the professionals based on the given material in this thesis as well as present simulation as a learning method.

This is a qualitative study based on a narrative literature review and piloting of the simulation exercise. The information is based on and collected from different books, studies in EBSCO (Academic Search Elite), SweMed+ and Dorothe E. Orem's theories of self-care. In the theoretical part the different areas that affect self-care, tutoring, motivation, treating of patients and simulation-theory are presented. The thesis is written as a part of the "DigiSimÅbo"-project, which aims to present simulations as a learning method for students of nursing- and social studies.

The result of the thesis is a simulation-exercise that can be used as a learning method by professionals in social and health care to practice social situations such as tutoring, motivating and treating of patients with self-care.

Language: Swedish Key words: Self-care, self-efficacy, tutoring, motivating, treat, simulation, learning, Dorothea E. Orem

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar	2
3	Metod	2
3.1	Litteraturöversikt.....	3
3.2	Datainsamlingsmetod.....	5
3.3	Pilotering.....	5
4	Egenvårdens teori.....	6
4.1	Egenvårdens tillämpning idag.....	7
4.2	Samhället som en del av egenvården	8
5	Vårdpedagogik	9
5.1	Handledningsmetoder.....	11
5.2	Metoder som stöder egenvård utanför handledningen	14
5.3	Professionellas roll i handledningen	15
6	Motivation	16
6.1	Hur kan professionella motivera?.....	17
6.1.1	Motiverande samtal.....	18
7	Bemötandets betydelse i handledningen.....	20
8	Simulationsteknik i vården.....	23
8.1	Simuleringens olika faser	23
8.2	Studier om simulering.....	24
8.3	Simulering av sociala situationer	24
9	Tillförlitlighet och forskningsetik	27
10	Produktutveckling och resultat.....	28
11	Diskussion	29
12	Källförteckning	31
	Bilagor	34

1 Inledning

Vi lever i en värld där utveckling är en av våra största resurser, - och utmaningar, inte minst inom vården. Under årens lopp har man kunnat utveckla botemedel för många av de sjukdomar som plågat våra förfäder, hållbara vaccinationssystem och grunden till ett välfärdssamhälle som Finland. Idag är det aktuellt med personcentrering inom vården och mycket handlar om att få klienter att aktivt delta i sin egen vård. Hur kan då de professionella inom social- och hälsovården främja det här inom sitt arbete?

Vi har i Finland en statistik som tyder på att vårddygnen på vårdavdelningarna förkortats med flera dagar under årens lopp (Kestilä & Karvonen, 2019, s. 204). Vart tar då dessa människor vägen? För tillfället går vården mot en modell där varje individ får bära ett allt större ansvar för sin egen hälsa och vård, genom att professionella handleder och lär ut egenvård för sina klienter (Fossum, 2013, ss. 51, 59). För att människan ska kunna lära sig något, behöver viljan och motivationen till det, finnas där (Appelgren, 2018, s. 20). Vilket också stämmer, då det handlar om viljan att ta hand om sig själv och viljan att utföra egenvård. Med andra ord behöver de professionella både kunna motivera och handleda sina klienter i att utföra egenvård. Men de behöver också kunna bemöta sina klienter på rätt sätt, då enkäter om klienters upplevelser av vården gjorts, har sällan den kliniska vården fått kritik, utan upplevelsen av att ha blivit dåligt bemött (Fossum, 2013, s. 34). Vilket tyder på vilken stor betydelse bemötandet har på hela vårdupplevelsen, och hur viktigt det är att professionella kan bemöta sina klienter väl.

Det här examensarbetet belyser olika forskningar och metoder hur professionella inom vården kan handleda, bemöta och motivera sina klienter i egenvård. Förutom teori om professionell handledning, bemötande och motiverande av klienter, består arbetet också av hur professionella kan använda sig av simulering som inlärningsmetod. Kan professionella genom simulering öva på att bli bättre - inte bara på praktiska saker, utan på sociala situationer så som handledning i egenvård för patienter? Det här kommer att testas under arbetets gång genom ett utformat case inom ämnet, som sedan piloteras i en simuleringssituation. Examensarbetet riktar sig till professionella inom social- och hälsovården som arbetar inom primärvården, med målet att komma med konkreta exempel för de professionella att bli bättre på att handleda, bemöta och motivera sina klienter vid fysiska handledningstillfällen. Arbetet skrivs som en del av projektet DigiSimÅbo i Yrkeshögskolan Novia våren 2020.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med det här examensarbetet är att öka förståelsen för egenvård inom social- och hälsovården, samt presentera konkreta sätt och metoder för hur professionella inom social- och hälsovården kan bemöta, handleda och motivera klienten i att utföra egenvård. Målet med arbetet är att utifrån arbetets material sammanställa det till ett simulationsscenario som tangerar alla tre valda ämnen och som sedan piloteras.

Frågeställningarna för arbetet är:

1. Hur kan vi använda simulering som en metod för att öva handledning av klienter i egenvård?
2. Hur kan professionella motivera, bemöta och handleda sina klienter i att utföra egenvård?

3 Metod

Det här arbetets syfte är att öka förståelsen för det valda ämnet, vilket förutsätter en fördjupning i det material som finns att tillgå och därav har en kvalitativ forskningsmetod använts. Kvalitativa forskningar kännetecknas av att de fördjupar sig i det valda ämnet och materialet kan härstamma från mångsidiga källor exempelvis brev, intervjuer eller observationer, men mängden material är inte så stor. En kvalitativ metod kan också återge känsloupplevelser som deltagarna i en undersökning haft under studiens gång. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

Valet att använda sig av en kvalitativ metod i det här arbetet, baserar sig på att det finns många olika informationskällor att använda sig av, både litteratur i form av undervisningslitteratur och självhjälpböcker, vetenskapliga artiklar och studier samt skönlitteratur. Det här möjliggör en djupare analys av det valda ämnet, som också innefattar tolkningar av känsloupplevelser inom studierna, som handlar om klienters olika upplevelser.

3.1 Litteraturöversikt

I det här examensarbetet har litteraturöversikt använts som metod och litteraturen har analyserats enligt principerna för den narrativa litteraturöversikten. I kapitlet presenteras även kort de andra analysmetoderna för litteraturöversikt för att ge en bredare kunskap om den valda metoden. Metoden litteraturöversikt innefattar tre huvudsakliga modeller enligt vilka den insamlade litteraturen kan analyseras vid skrivandet av en litteraturstudie. Alla tre skiljer sig något från varandra som metod, de tre olika modellerna är: systematisk litteraturöversikt, meta-analys och beskrivande litteraturöversikt. (Salminen, 2011, s. 6.)

Den systematiska litteraturöversikten har som avsikt att undersöka tidigare forskning genom att hitta olika forskningsresultat, skapa diskussion genom dem och hitta de för vetenskapen inom det valda området viktiga resultaten. Metoden är effektiv då avsikten är att testa en hypotes, hitta brister i andra forskningar som sedan kan tala om forskningsbehovet inom det valda ämnet. Därav är det också lätt att motivera betydelsen och vikten av det arbete som skrivs enligt den här metoden. Den här metoden kräver ett brett utbud av material och klara frågeställningar som ska bli besvarade. Analysen präglas av väldigt strikta riktlinjer vilket oftast resulterar i ett tillförlitligt arbete. Meta-analysen är den mest krävande av alla dessa tre metoder och kräver av forskaren fördjupning i ett stort material. Av materialet krävs också att de är forskningar gjorda enligt samma metod och lämpar sig speciellt för forskningar som har motstridiga resultat till varandra. Resultatet kan ofta ges i siffror som ger hög tillförlitlighet och kärnan i metoden är att jämföra det insamlade materialet med varandra och skapa slutsatser. Meta-analys som metod kan delas in i en kvantitativ metod och en kvalitativ metod. (Salminen, 2011, ss. 9-11, 12, 14.)

Av dessa tre olika modeller är den beskrivande litteraturöversikten den som kan ge en bred översikt över den insamlade litteraturen, utan att följa några strikta datainsamlingsmetoder eller analyseringsmetoder. Det här möjliggör också användningen av väldigt olika typer av litteratur och gör att frågeställningarna inte behöver vara lika exakta så som i de andra modellerna av litteraturöversikt. Den beskrivande litteraturöversikten delas ytterligare in i två olika kategorier: narrativ litteraturöversikt och integrerade litteraturöversikt. Integrerade litteraturöversikten liknar mera den systematiska litteraturöversikten, men har en del egenskaper som påminner om den narrativa. Dessa egenskaper är på vilken bas material som ska analyseras samlas in, även i den integrerade finns det inte så strikta regler. Däremot bör det insamlade materialet granskas kritiskt och metodiskt, som inte är ett krav i den narrativa modellen. (Salminen, 2011, ss. 6-8.)

Den narrativa litteraturöversikten kan delas in i tre underkategorier: redaktionell, kommenterande och allmänöversikt. Den redaktionella används oftast i exempelvis nyhetsartiklar där författaren gjort en kort forskning inom ämnet som artikeln behandlar och den faktabaserade delen består oftast av väldigt få källor. Medan den kommenterande innebär att skribenten till texten redan har en förutfattad mening och med en del ihop samlade källor som underlag ofta argumenterar för sin sak. Syftet med dessa är att väcka diskussion och de är sällan objektiva. Den tredje är allmänöversikt som också är den vanligaste av dem alla, och är den metoden som oftast används då termen narrativ litteraturöversikt används. (Salminen, 2011, s. 7.)

Narrativa litteraturöversikten har oftast som syfte att sammanställa forskningar och litteratur som skrivits tidigare. Materialet är inte systematiskt analyserat enligt någon viss modell, vilket möjliggör en sammanställning av väldigt olika typers litteratur. Litteraturen behöver inte i sig ha en direkt koppling till varandra, utan tas med i arbetet med uppgiften att ge en klarare och bredare bild av ämnet som beskrivs till läsaren. Resultatet av en narrativ litteraturöversikt är oftast inte analytisk, utan mera en sammanställning av befintlig forskning och litteratur. (Salminen, 2011, ss. 7-8.) Vilket gör att läsaren oftast får en bredare uppfattning om ämnet och en bredare förståelse (Green, Johnson, & Adams, 2006, s. 103). Metoden följer oftast IMRAD-modellen som innebär att arbetet har en introduktion, metod, resultat och diskussion (Ferrari, 2015, s. 234).

Det här examensarbetet präglas av ett mångsidigt och brett utbud på litteratur av olika slag, så som vetenskapliga artiklar, undervisningsmaterial, självhjälpböcker och grundteori från böcker. De forskningar som berikat det här arbetet har tillämpats i olika situationer och med olika klienter. Vilket gör att det inte skulle vara ändamålsenligt att använda sig av en systematisk metod, utan istället presentera materialet som en sammanfattning enligt principerna för en narrativ litteraturöversikt. I en del av forskningarna har klienters känslor och upplevelser undersökts vilket är tolkningsfrågor och därav stärker valet av en metod som ger rum för återberättelse, fram om analysering. Målet med det här examensarbetet är inte att undersöka vilka metoder som är bäst vid handledande, bemötande och motiverande av klienter, utan fokuset är att lyfta upp mångsidig information om vilka olika metoder som finns att tillgå.

3.2 Datainsamlingsmetod

I arbetet har den grundläggande information hämtats från litteraturen, eftersom den i böcker beskrivs mer grundläggande och djupare vilket bidrar till en bredare förståelse. Det här har också bidragit till att en del källor är över tio år gamla, men har ändå ansetts som relevanta för arbetet, eftersom det nyare materialet tillämpar modeller av handledning, bemötande och motivering som förutsätter förkunskap i hur de tidigare modellerna fungerat. Den grundläggande informationen har kompletterats och varvats med kunskap samt olika synvinklar från relevanta forskningar och studier.

Forskningarna har i huvudsak sökts på databaserna EBSCO (Academic Search Elite) och SweMed+. Valet av de två databaserna baserar sig på att EBSCO (Academic Search Elite) har en bred databank med relevanta forskningar och studier från hela världen. Medan det i SweMed+ däremot finns mycket vetenskapligt material från Norden och Skandinavien, vilket varit ett viktigt tillägg i arbetet då kulturerna är liknande som i Finland. Huvudsakliga sökord i olika kombinationer har varit "Self-efficacy", "Motivation" "Nursing pedagogy", "Itsehoito" och "Simulation". De valda artiklarna är från år 2015 och framåt, vilket också har eftersträövats eftersom arbetet annars innehåller en del källor som är över tio år gamla. Sökhistoriken finns som en bifogad tabell i arbetet (se bilaga 2.).

3.3 Pilotering

En pilotundersökning betyder att man testar en del av det man undersökt, för att se hur det fungerar. Undersökningen kan ge nya synvinklar på hur man sedan väljer att gå vidare med sitt arbete och om det är något man behöver ändra. (Olsson & Sörensen, 2011, ss. 42, 153.) Pilotering kallas i vissa forskningsmetodiska böcker för experiment och som definieras som något man vill undersöka under kontrollerade former (Denscombe, 2018, s. 101).

Som i det här fallet handlar det om den utformade simuleringsövningen, dvs. ett scenario som kommer att simuleras inom projektgruppen för DigiSimÅbo (se bilaga 1). För att det ska vara ändamålsenligt att göra ett experiment behövs tillräckligt med bakgrundinformation om ämnet och ett behov av att få svar på varför någonting händer och hur det hänger ihop med varandra (Denscombe, 2018, s. 102). Genom att göra dessa experiment eller piloteringar ger det mera trovärdighet till arbetet, samt ger läsaren ett konkret exempel och en egentlig produkt som går att utnyttja även i framtiden (Denscombe, 2018, s. 115).

Konkret går piloteringen till på det här sättet: Piloteringen äger rum i Yrkeshögskolan Novia Åbos utrymmen som handledaren för projektet bokar på förhand. Målet är att skapa en så verklighetstrogen miljö som möjligt och efterlikna ett mottagningsrum på en hälsovårdscentral. Rummet där simuleringen äger rum möbleras med ett bord, två stolar, en dator, papper, handskar, bashudkräm och pennor samt högskolans klinik i bakgrunden. Detta för att skapa en så ändamålsenlig inlärningsmiljö som möjligt för just den här simuleringsövningen. Deltagarna i det planerade scenariot som simuleras består av andra projektdeltagare i examensarbetsprojektet DigiSimÅbo. Mera om själva produktutvecklingen kan läsas i kapitel 10.

4 Egenvårdens teori

En vårdteoretiker som har haft en stor betydelse i ämnet som berör det här examensarbetet är Dorothea E. Orem. Hon uppfann grunden till det tankesätt vi har om egenvård än idag. Under sin livstid utvecklade hon teorin Self-Care Deficit Theory of Nursing (Hartweg, 1991, s. 10). Teorin innehåller ännu tre skilda teorier som enligt Orem själv går lite hand i hand, Theory of self-care, Theory of self-care deficit och Theory of nursing system (Petiprin, B, 2016.). Kärnan i hela teorin bygger på att Orem utgår ifrån att människan har en vilja att ta hand om sig själv och att också hela tillfriskningsprocessen påskyndas och resultatet blir mer helhetligt, holistiskt, då patienten vårdar sig själv (Petiprin, A, 2016)

I Theory of self-care skriver Orem om all den basomsorg människan behöver göra för att ens överhuvudtaget överleva, t.ex. tillgång till syre, vatten och föda. Hon skriver också om vad som påverkar människans förmåga att utföra egenvård, så som t.ex. ålder, livserfarenhet och vilken service (inom hälso- och sjukvården) människan har tillgång till. Orem talar också om människans förmåga att ta hand om sig själv då det sker en avvikelse i hens hälsa. Dessa menar hon att beror på faktorer som människans förmåga att söka och hitta rätt vård, kunskap om olika sjuktillstånd och hur väl människan kan följa anvisningar givna av en professionell m.m. (Petiprin, B, 2016.)

The Self-Care Deficit beskriver däremot mera vilken roll den professionella, i detta fall sjuksköterskan, har och när vården kräver hens hjälp. Enligt Orem är den vuxna människan i behov av sjuksköterskans vård, då hen har något hinder som gör att hen inte kan utföra en tillräcklig och kontinuerlig egenvård. I sin teori har Orem skrivit om fem olika metoder hur

sjukskötaren kan hjälpa patienten: den första är där sjukskötaren hjälper och gör för patienten, andra och tredje är att handleda patienten samt stöda hen, fjärde är att skapa en miljö för patienten att utvecklas i för att hen bättre ska kunna möta liknande problem i framtiden och den sista är att lära ut åt patienten. (Petiprin, B, 2016.)

I Theory of nursing systems förklarar Orem hur patienters behov av egenvård bemöts av de olika parterna, såsom patienten själv, sjukskötaren och av båda två. Enligt Orem finns det tre olika modeller för hur sjukskötaren bemöter patientens behov: fullständigt ersättande, delvis ersättande och ett system där sjukskötaren stöder och lär sin patient att utföra egenvård. Orem tillkännagav också att olika tekniker på hur professionella utför saker utvecklades av de professionella själva inom branschen för hälso- och sjukvården. Men hon skrev ändå ner två olika modeller:

Den första handlar om den sociala färdigheten att kunna kommunicera väl med andra människor. Orem skrev b.l.a. om vikten av att sjukskötaren kan fungera i olika grupper och situationer med olika människor såsom med enbart patienten, i större grupper med flera människor samt i grupper med väldigt olika människor. Samt sjukskötarens ansvar för patientens psykiska och sociala välmående, både med friska människor, liksom med allvarligt sjuka. I dessa fall är det sjukskötaren som är den som ger vården i relation till patientens behov. Den andra handlar om hur sjukskötaren ska upprätthålla och främja de olika stadierna och utvecklingen av och i en människas liv, både de fysiska och psykiska. (Petiprin, B, 2016.)

Orems mål med sin teori är att definiera när människan behöver vård och vilken roll sjukskötaren respektive klienten ska ha i de olika situationerna. Hon menar att den går i tre steg: först måste vi samla tillräcklig information om patienten och om behovet av vård, för att sedan gå till steg två där vi ställer en diagnos och utifrån den en vårdplan med mål som är satta av både patienten själv och den professionella. Sista steget är att utföra och sedan utvärdera vården, hur väl man nådde upp till eller inte nådde upp till målen. (Petiprin, B, 2016.)

4.1 Egenvårdens tillämpning idag

Den modell vi i dagens läge tillämpar inom vården sätter klienterna i en mer avgörande roll, där de på många sätt ska besluta om sin vård själva och bär därmed ett större ansvar för sin

hälsa (Fossum, 2013, s. 51). Ur statistiken kan avläsas att vårddagar på finländska vårdavdelningarna förkortats (Kestilä & Karvonen, 2019, s. 204). Det här gör att arbetet inom vården blir allt mer handledningscentrerat, istället för att göra för klienterna lär de professionella ut hur klienterna kan vårda sig själva (Fossum, 2013, s. 59).

Idag tillhandahåller vården en bred kunskap i, hur många sjukdomar och sjukdomstillstånd kan förebyggas genom hälsofrämjandearbete, såsom handledning av klienter. Det har också konstaterats att ingenting har så stor inverkan på en människas hälsa så som levnadsstilen och de val varje människa gör angående sin hälsa har. (Turku, 2007, ss. 14-15.) Den vårdmodell som vi följer idag, förutsätter att också professionella inom social- och hälsovård behöver kunskap inom pedagogik för att kunna lära ut egenvård åt sina klienter på rätt sätt, vilket har fått en större tyngdpunkt i utbildningarna inom vården. Dessutom moderniseras även vården allt mera och teknik som ett hjälpmedel blir allt vanligare, även inom egenvård. En hel del ärenden gällande egenvård kan numera skötas elektroniskt via exempelvis applikationer på telefonen. (Lepp & Leksell, 2017, ss. 20-21, 34.)

I Finland har 14 kommuner och sjukvårdsdistrikt gått inför att erbjuda sina invånare service via den elektroniska tjänsten Omaolo (Omaolo, 2020). Klienterna kan välja att endera identifiera sig i tjänsten och logga in med exempelvis nätbankskoder, eller vara anonym och inte logga in, vilket påverkar utbudet tjänster som Omaolo kan erbjuda. I korthet går tjänsten ut på att klienten kan anmäla eventuella sjukdomssymtom, mätresultat eller annan hälsorelaterad information som tjänsten sedan förenar med befintlig evidensbaserad information. Tjänsten kan både bedöma vårdbehovet till en viss grad, men även ge vägledning för egenvård då klienten själv fyller i alternativet att hen önskar sig hemvårdsanvisningar, kontakten kan sedan sparas som en plan i Omaolo och klienten kan gå tillbaka och se på den. I planen kan vårdpersonal lägga till även olika ”coachingar”, dvs. träningar som klienten kan göra hemma i egen takt, exempelvis hur hen kan sluta röka. Det går även att göra en tidsbokning via tjänsten, om den hemkommun som klienten hör till har gett tillåtelse för det. Omaolo går att använda både via datorer samt telefoner som har nätuppkoppling. (SoteDigi, 2020, ss. 4-7, 29, 36-37.)

4.2 Samhället som en del av egenvården

Samhället påverkar långt vilka förutsättningar den enskilda individen har att ta hand om sig själv – vårdtillgänglighet, miljö, ekonomiska förutsättningar osv. Det är otroligt viktigt för

samhällets överlevnad att det finns fungerande system inom vården som möjliggör samarbete mellan olika parter för en helhetlig och effektiv vård. (Pietilä, 2012, s. 184.) För att kunna upprätthålla det samhälle man byggt upp, kräver det också att utbildningen inom vården förändras och förnyas i takt med samhällets utveckling. Inte minst då vi talar om att handleda klienter kräver det mera pedagogiska studier osv. i vårdutbildningarna. (Lepp & Leksell, 2017, ss. 22-23.) Jämlikhet är något eftersträfvansvärt i många delar av världen. I praktiken betyder det här att man behandlar alla individer lika, vilket i sin tur gör att det blir ojämnt. Eftersom alla människor i ett samhälle inte önskar sig de valmöjligheter, plikter eller ansvar som samhället redan bestämt att var och en ska vilja ha. Med andra ord påverkar samhället människors attityder till vård överlag och speciellt egenvård, eftersom det krävs en större insats av klienten själv då hen ska utföra egenvård. (Hewitt-Taylor, 2018, ss. 55, 16.)

Som det konstateras ovan påverkar samhället människors hälsa och också indirekt möjligheter till vård och egenvård, men även egenvården påverkar samhället. Det är dyrt för samhället då egenvården inte fungerar som den ska, eftersom det har en tendens att leda till längre sjukhusvistelser, komplikationer och också återfall – för att inte tala om vilka personskador det kan förorsaka. (Fossum, 2013, s. 53.) Speciellt i dagens samhälle syns det här då den åldrande populationens andel i samhället är större än den som föds. Nu om någonsin är det viktigt att få människorna att bibehålla sin hälsa på en god nivå så länge som möjligt. (Pietilä, 2012, s. 184.)

5 Vårdpedagogik

För att på bästa sätt kunna nå fram till, vårda och lära ut egenvård åt en klient, behöver klienten vara aktiv och delaktig i sin egen vård. Bara klienten ifråga kan tala om för den professionella hur det känns och är sin egen expert. Därför är det viktigt att den professionella inte bara informerar klienten, utan bjuder in till en dialog. Endast på det sättet får vi reda på vad klienten redan kan, vet och har erfarenheter av. (Fossum, 2013, s. 60.) Alla människor har en egen syn på sin egen hälsa och vad hälsa betyder för just den personen. Enligt Världshälsoorganisationen är hälsa ”ett stadie av fullständig hälsa både fysiskt, psykiskt och socialt, inte bara avsaknad av sjukdom.” (WHO, 2020). Vilket innebär att en person med en sjukdom kan uppleva sig ha en god hälsa, liksom en person som fysiskt är fullständigt frisk kan uppleva sig vara väldigt sjuk. Då det handlar om att främja hälsa inom

samhället är målet att ge så goda förutsättningar som möjligt för människorna att ta hand om sig själva samt sin miljö. (Pietilä, 2012, s. 16.) Vården bygger på vårdetik som ger stöd för de professionella i hur de ska vårda och agera i olika situationer och är minst lika viktig inom det hälsofrämjande arbetet. Etiken ger riktlinjer i hur långt samhället och de professionella får blanda sig i i klienternas liv och vårda, och när klientens ord väger tyngre. (Pietilä, 2012, s. 17.)

En stor utmaning är att få sina klienter motiverade till att utföra egenvård på rätt sätt, forskningen visar, att så gott som hälften av människorna som lider av en kronisk sjukdom sköter sin sjukdom tvärtemot de råd hen fått av professionella. Idag talar man allt mer om klienters förmåga att binda sig till sin egenvård, vilket i klarspråk betyder klienters kapacitet att ta hand om sig själva och utföra egenvård på rätt sätt. (Turku, 2007, s. 22.) Målet är att klienterna ska kunna göra bra beslut angående sin egen hälsa, utan att tvinga eller skuldbelägga dem (Pietilä, 2012, ss. 18-21). Det här understryker även läkaren Jeff Unger (2020) som länge jobbat med diabetespatienter, enligt honom upplever patienter redan tillräcklig ångest och skäms för att de inte tar hand om sig själva bättre än de gör. Han skriver att vi inte kan bota, i hans exempel, diabetes, men har en möjlighet att göra de patienter som lider av sjukdomen helare som människor genom att ge dem stöd och professionell handledning. (Unger, 2020) Självbestämmanderätten säger att varje människa har rätt att bestämma över sig själv, så länge det inte är till fara för hen själv och hens omgivning. Men i vilken utsträckning ska människorna själva bära ansvaret för sina egna val, både dåliga och goda? Ingenting löser sig med att skuldbelägga och peka ut de människor som väljer att gå emot hälsorekommendationerna, tvärtom, börjar de må ännu sämre och blir i värsta fall utstötta ur samhället. Därför är det så viktigt att professionella respekterar klienters självbestämmanderätt och istället för att döma – ger varje människa redskapen för att kunna göra goda val. (Pietilä, 2012, ss. 18-21.)

För att på bästa sätt kunna handleda klienterna behöver den professionella kartlägga hur klientens vardag och liv ser ut, såsom s.k. ”frisk- och riskfaktorer”. Dessa påverkar klientens hälsa i stor utsträckning och berättar om vilka risker som klienten har som kan försämra klientens hälsa, såsom exempelvis risken av insjuknande i någon sjukdom. Men det som den professionella handledaren bör fokusera på är klientens s.k. ”friskfaktorer”, dvs. allt det som finns i den personens liv som gör att hen hålls frisk, det kan vara t.ex. ett brett socialt nätverk, ett intresse för matlagning eller dylikt. (Ohlson, 2002, ss. 21-22.) Man talar också om ett resursförstärkande arbetssätt, dvs. man tar vara och bygger på de resurser som klienten redan har (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen, & Mäkelä, 2011, s. 77). Då den professionella

vet dessa faktorer kan hen bättre hitta sätt att utveckla klientens friskfaktorer, exempelvis om klienten har ett stort intresse för matlagning – introducera hen till hälsosamma maträtter. På det här sättet kan man också småningom eliminera riskfaktorerna, i detta exempel ohälsosam mat som kan leda till övervikt och andra följsjukdomar. (Ohlson, 2002, ss. 21-22.)

5.1 Handledningsmetoder

För att handledningen av klienten överhuvudtaget ska lyckas kräver det att samarbetet mellan den professionella och klienten fungerar, vilket betyder att den professionella behöver kunskap i hur hen ska bemöta klienten i olika situationer som kan uppstå under handledningen. Vänskä m.fl. (2011 ss. 64-65) har i sin bok redogjort för flera olika faser och reaktioner som kan uppstå hos klienten under handledningen, samt hur den professionella kan bemöta dessa på bästa sätt. I början av handledningen är det vanligt att klienten har svårt att hitta det som är viktigt för hen som kunde fungera som mål i handledningen. I dessa situationer kan handledaren ifråga hjälpa genom att berätta om tidtabeller för handledningen, sin egen roll i handledningen och vad som är målet med den. Detta brukar leda till att klientens förvirring avtar så småningom och hen kan koncentrera sig på sina egna mål och handledningen. Efter förvirringsfasen brukar nästa steg vara någon form av defensiv period som långt också beror på vilka tidigare erfarenheter klienten har av handledningssituationer. I den här fasen upplever klienten sig ofta hotad och försöker ta sig ur situationen genom att exempelvis dra sig undan. Den här fasen kan vara väldigt utmanande för handledaren, eftersom klientens tidigare erfarenheter inte går att s.k. ”sudda ut”, lösningen kan ändå vara att försöka hitta något positivt från de tidigare erfarenheterna. Handledarens uppgift är också att få klienten att känna att hen lyckas genom små steg mot rätt riktning och positiv feedback. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen, & Mäkelä, 2011, ss. 64-65.)

En del klienter, beroende på vilka erfarenheter de har, kan också se handledningen som ett tillfälle att visa vad de kan och vad de redan lärt sig från tidigare. Då försvinner lite nyttan av handledningen, eftersom det mera blir som ett enda utförande av handlingar från klientens sida. Dessa klienter kan kännetecknas som ”lättlärda” och lätta att handleda och dessa klienter är väldigt mottagliga för handledarens tips och råd och gör exakt så som hen säger. Då finns det en risk för att handledaren, om hen inte är medveten om det här går med i det, för det känns som att hen lyckas. Men till sist kanske de handledningssituationerna bara

handlar om handledaren själv, och är inte mera klientcentrerade. Handledarens uppgift i dessa situationer är att få klienten att själv hitta sina egna mål och flytta fokuset tillbaka till klientens nuläge. Sedan finns det också de som försöker koppla varje sak de lärt eller håller på att lära sig till sitt eget liv och försöker skapa så bred förståelse som möjligt över sina egna liv. De kännetecknas också av att vara väldigt kritiska till all information och att de försöker konstant förbättra sig själva och höja målen. De här klienterna brukar upplevas som utmanande för handledaren, men inte i ett negativt anseende. Handledaren har i dessa fall stor chans att själv växa och utvecklas som handledare. Den sista gruppen av klienter beskrivs som personer som har svårt att hitta meningen i handledningen, de är ofta defensiva och kan också försöka provocera handledaren. Speciellt unga kan fastna i den här fasen, men hos dem handlar det ofta om att bilda sig en egen identitet. I de här situationerna behöver handledaren diskutera huruvida handledningen är passlig för klienten just nu med tanke på livssituation och viljan till att bli handledd. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen, & Mäkelä, 2011, ss. 67-68.)

Ohlson (2002 s. 29) har i sin bok skrivit om hur själva processen i handledningen av klienter går till. Hon skriver om vikten att inte tvinga klienterna till att göra bättre beslut, utan belysa dem med kunskap och motivation till att göra dessa val självmant, av ren egen vilja. (Ohlson, 2002, s. 29.) Som professionell handledare bör man också komma ihåg vilka känslor som klienten ofta upplever i handledningssituationer. Klienten kan uppleva många positiva känslor så som ivrighet och en vilja att lära sig något nytt, tillika som förändring kan kännas väldigt skrämmande för klienten. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen, & Mäkelä, 2011, s. 64.)

Den modell Ohlson (2002 s. 30-31) presenterar i sin bok består av sex steg som den professionella ska följa: Första steget är att utbilda klienten med kunskap om både klientens egna hälsotillstånd samt om olika hälsorisker, och vad klienten kan göra för att förbättra sin egen situation. Andra steget är försöka motivera klienten genom att på olika sätt få hen intresserad och engagerad till att göra bättre val för sig själv. Tredje steget fokuserar på att utbilda klienten ännu mera, denna gång med fokus på hur hens livsstil och vanor just nu påverkar hen själv, men också miljön omkring. I det här steget lär den professionella ut nya tanke- och förhållningssätt till den egna hälsan och livssituationen. Fjärde steget fokuserar också på att utbilda klienten, med fokus på att hen ska få större förståelse för vilken positiv inverkan de val hen gör har för både hen själv, men även på andra i hens omgivning. Femte steget handlar om att den professionella ska få klienten att se och ta tillvara de resurser som hen har i sin omgivning, och ge sin omgivning en chans att hjälpa och stötta genom att berätta

om de förändringar klienten går igenom. Samt att rekommendera klienten att be hjälp av sin omgivning, om hen behöver det. Sista steget innebär att klienten, med den professionellas hjälp, ska kunna utvärdera och analysera sin egen utveckling och diskutera de erfarenheter och kunskap hen nu har. Den här delen av processen innebär också oftast en plan om hur man går vidare härifrån, med hjälp och stöd av den professionella eller utan. (Ohlson, 2002, ss. 30-31.) Läkaren Jeff Unger (2020), som själv kommit fram till en fungerande åtta-stegsmodell för att handleda sina diabetespatienter menar också att informationen, och det hur man lägger fram den till klienten är oerhört viktig. Unger skriver att som professionell bör man vara ärlig, men mänsklig mot sina klienter. (Unger, 2020)

Ohlson (2002 s. 32-33) skriver också om vilken betydelse klientens värderingar, attityder och beteende har för att en förändring ska lyckas. Hon har även skrivit om hur en process går till då målet är att få klienten att förändra sina värderingar för att kunna nå sitt mål. Processen liknar den som är skriven ovan. Ohlson skriver om människans behaviorism, som är nyckeln till att någon förändring överhuvudtaget ska lyckas. Behaviorism är en teori inom beteendepsykologi och handlar om människans egen vilja att förändra något i sig själv eller sitt beteende. Teorin bygger på att människan själv ska kunna kontrollera sitt eget beteende och också ansvara för det. Den professionellas uppgift i det här är att stöda, uppmuntra och presentera olika metoder som klienten kan använda sig av för att kunna förändras. Men själva förändringen behöver klienten göra själv. (Ohlson, 2002, ss. 32-33.)

Turku (2007 s. 17) understöder indirekt Ohlsons (2002 s. 32-33) modell, men understryker att den professionella handledarens uppgift är framför allt att konkretisera inläringen så mycket som möjligt in i klientens vardag. Det här understryker också Fossum (2013 s. 59) och menar att speciellt inom vården blir handledningen väldigt rutinmässig och saknar den personliga kopplingen till patienten (Fossum, 2013, s. 59). Ohlson menar att inläringen är en lång process och den professionella handledaren bör kunna ta fasta på olika situationer i klientens vardag, som de sedan ska gå igenom tillsammans för att hitta olika lösningar som främjar klienten att göra goda val. Turku skriver att en individ som klarar av att utvärdera sig själv och sina val har större chans att klara av nya situationer. Målet är att ge klienten färdigheter till att göra "rätta val" i olika situationer och att den handlingsstrategi den professionella lär ut också kan fungera i andra situationer och problem, dvs. ett nytt handlingssätt för klienten att tillämpa. (Turku, 2007, s. 17.) I sin bok skriver Turku om en mer "coachande handledningsstil" vilket hon menar att går långt i samma banor som empowerment, dvs. att tillgodose klientens starka sidor som redan finns hos hen. Den professionellas roll är därmed inte att vara experten, experten är klienten själv, den

professionella har som uppgift att möjliggöra och stöda klientens självständiga agerande. (Turku, 2007, ss. 21-23.) Vilket också läkaren Unger (2020) skriver i sin artikel, ”Patienten är kaptenen, och du som professionell fungerar som coach ... du (som professionell) kan hjälpa patienten att vinna matchen, men det är patienten själv som är ansvarig för att ta er dit.” (Unger, 2020). Det här betyder också att klienten alltid har rätt att göra sina egna beslut, också emot det handledaren rekommenderar, vilket innebär att handledaren inte bär ansvar för konsekvenserna av klientens handlande. Däremot har den professionella handledaren alltid ansvar över sitt eget agerande och att miljön för handledningen känns respektfull för klienten. Den här handledningsstilen har inget färdigt botten att gå enligt, såsom Ohlsons modell, utan görs helt personlig enligt klientens behov. (Turku, 2007, ss. 21-23.) Detta understöds av Fossum (2013 s. 62-63), där han konstaterar att det inte finns någon vetenskaplig evidens för vilken inlärningsmetod eller -modell som skulle vara effektivast inom egenvården, utan påvisar däremot att individuella lösningar behöver göras för varje klient.

Trots att Fossum (2013 s. 63) menar att det inte finns någon exakt modell för att på bästa sätt lära egenvård, skriver han ändå om vilka komponenter som behöver finnas i handledningen för att den ska lyckas. Han skriver att planeringen behöver vara tydlig och att den ska bestå av tre huvudsakliga frågor som man bör kunna ge svar på: ”Vad? Hur? Och Varför?”.

Dessutom passar inte egenvård för alla människor. Huruvida metoden passar är olika för varje individ som bör utvärderas enskilt, och det beror på i vilken livssituationen klienten finner sig. Egenvårdens tillämpning vid fel tillfälle, såsom t.ex. en akutfas av en sjukdom kan ha negativa effekter framom positiva på klienten. (Turku, 2007, s. 23.) Handledning bör ha ett tydligt syfte och mål som ska vara nåbart på klientens egen nivå. I klarspråk betyder det här att utmaningarna ska vara i proportion till klientens egen förmåga. (Turku, 2007, s. 31.)

5.2 Metoder som stöder egenvård utanför handledningen

Men hur ska professionella kunna stöda sina klienter även utanför handledningsmötena? Mängden handledningstillfällen varierar stort beroende på vad det är som ska läras ut till klienten. Därför är det viktigt att förse klienten med tillräckligt med redskap så att hen klarar sig på egen hand utan fysiskt stöd av handledaren. En forskning gjord i England undersökte

hur effektivt självhjälpsmaterial i form av häften och böcker kunde minska återfallsprocenten av dem som börjar röka igen. En tidigare undersökning hade kommit fram till att av de som har abstinensbesvär ännu fyra veckor efter att de slutat röka, börjar 75% av dem röka på nytt inom ett år efter att de slutat. Resultatet tydde på att de som fått handledning inte upplevde sig ha någon större nytta av självhjälpsmaterialet. Dock visade det sig att de som försökte sluta på egenhand hade hjälp av materialet. En kombination av både självhjälpsmaterialet och fysisk handledning visade sig i undersökningen inte vara effektivare än endast fysisk handledning. (Maskrey, o.a., 2015)

Teknologin har gjort stora framsteg på många plan inom vården, också inom egenvården. En undersökning gjord i Sverige undersökte huruvida egenvård online kunde vara till hjälp för klienter som lider av depression. Klienterna fick Kognitivbeteendeterapi (KBT) i form av självhjälpsmaterial online, en CD-skiva med mindfulnessövningar och en arbetsbok att arbeta med, programmet pågick över en 12 veckors period. Före klienterna blev godkända till programmet träffade de en psykoterapeut, som gjorde bedömningen om de kunde delta i undersökningen. Hela behandlingen gick online och enda planerade mänskliga kontakten var tre mail och ett telefonsamtal med terapeuten. Resultatet var tudelat, en del uppskattade friheten med att få jobba med sig själv i lugn och ro, utan att behöva ha den där mänskliga kontakten till någon professionell. Medan andra upplevde att de blev väldigt ensamma med sina problem och saknade att fysiskt få prata med någon. Den här metoden går emot teorierna om en mer personcentrerad vård eftersom alla serveras samma vårdpaket, vilket också kritiserades av användarna. Fördelen med vårdmetoder som går över nätet är att det inte är någon väntetid till dem och man kan börja sin process genast. Slutsatsen var att metoden som sådan inte är tillräckligt heltäckande utan att vidare utvecklas, men kunde fungera som ett tillägg till den fysiska terapin. (Holst, o.a., 2017)

5.3 Professionellas roll i handledningen

Den professionellas roll har allt mera förändrats från att vara den som bara ger information, till att bli personen som möjliggör inläringen av nya saker (Turku, 2007, s. 17). Varje människa bär på sin egen ryggsäck som innehåller både egna erfarenheter, utbildning, personlighet och hur man upplever sig vara, både då det kommer till det privata, liksom inom professionen. (Turku, 2007, s. 18.)

Då den professionella ska handleda sina klienter menar Turku att sättet beror långt på de ovannämnda faktorerna, men också på hurdan handledare den professionella vill vara. Det finns några olika modeller av handledare, speciellt då vi talar om livsstilshandledare: ”handledaren som upplever sig föregå som ett gott Exempel, Presentatör, Samarbetspartner eller Inlärningshandledare”. (Turku, 2007, s. 18.)

Handledarens roll stiger ännu mera fram då det kommer till att klienterna man handleder misslyckas. Människor är överlag känsliga för att ta emot kritik och många gånger kan risken för att misslyckas vara en av de aspekter som gör att man väljer att inte överhuvudtaget genomföra eller påbörja något. Som handledare är det viktigt att kunna skilja på misslyckanden som kräver att personen får feedback och sådana där det är uppenbart att personen själv vet om att den misslyckats. Enligt forskning som gjorts vet människan i många fall var och när hen har gjort fel eller vad som lett till ett misslyckande. (Appelgren, 2018, s. 174.)

Människor är också snabba med att ta misslyckanden väldigt personligt, speciellt då när målet man försöker uppnå även är det. För att ändå orka fortsätta jobba vidare behöver handledaren hjälpa klienten att förstå att misstag är något som händer och är väldigt naturligt. Samt poängtera att misslyckanden inte alltid behöver betyda något negativt, utan kan och ska betraktas som händelser man kan lära sig något av. (Appelgren, 2018, s. 177.)

6 Motivation

Klienters motivation, eller motivationslöshet lyfts oftast upp som ett stort problem. Det här kan bero på att en person som ska lära sig något, inte är kapabel till det utan att först ha viljan att både ta itu med det, men också att fortsätta göra det (Appelgren, 2018, ss. 20-21). Motivation är något som kommer inifrån människan själv och är omöjligt att ge till någon annan (Turku, 2007, s. 35). Däremot har en professionell möjlighet att försöka hjälpa klienten att själv hitta sin motivation, och behöver därav anpassa sitt framförande enligt klientens motivationsgrad, och kan inte gå inför att säga och ta upp exakt samma saker med alla klienter (Holm Ivarsson, 2017, s. 38). Alla gånger lyckas inte motivationsförsöken och det kan inte vara ett mätverktyg för hur bra eller dålig en handledare är (Turku, 2007, s. 35).

Det finns två olika typer av motivation – inre och yttre. Den inre motivationen strävar inte efter ett pris, utan handlar om klientens rena intresse och vilja till att göra. Inre motivation

får klienten att känna sig lyckad och klara av sina utmaningar vilket är en förutsättning för att hen ska orka upprätthålla något i en större utsträckning. Yttre motivationen däremot föds genom att klienten ständigt jagar efter ett mål som är något konkret, det här kan vara allt från godis till att undvika att insjukna i en sjukdom. (Turku, 2007, s. 38.) Appelgren (2018 s. 23) håller med Turku (2007) att motivationen kan delas in i två olika kategorier, men tar även upp en tredje aspekt som ingår i den yttremotivationen, dvs. att drivas av andras åsikter. I dagens värld handlar det ofta om uppskattning på sociala medier i form av "likes" eller "gillningar" direkt översatt till svenska. Det här menar Appelgren att låter i mångas öron som något väldigt osunt, men hon konstaterar också att det kan ha väldigt positiva effekter på människors förmåga att lära sig. (Appelgren, 2018, ss. 23, 28-29.) Oftast då det kommer till handledningssituationer behövs båda formerna för att lyckas (Turku, 2007, s. 38). Appelgren menar också att motivationen styrs av våra egna tankar, om vi tror att vi kan uppnå något så är det stor sannolikhet att vi också är motiverade att jobba för det (Appelgren, 2018, s. 20).

6.1 Hur kan professionella motivera?

Enligt forskning är den minst effektiva metoden att försöka tvinga klienten till något eller utsätta hen för hårda påtryckningar (Turku, 2007, ss. 33-35). Det här beror helt enkelt på att människan är byggd för att följa sin egen vilja och strävar efter en egen autonomi så långt som möjligt i alla situationer (Appelgren, 2018, s. 43). Den metoden är annars också inte godtagbar med tanke på varje människas självbestämmanderätt. (Turku, 2007, ss. 33-35).

Turku (2007 s. 33-34) skriver i sin bok att handledaren bör fästa stor uppmärksamhet vid att utveckla en atmosfär där klienten upplever tillit till handledaren och samarbetsvilja. Det här förverkligar handledaren genom att få klienten att känna att handledaren är så att säga på hens "sida", och inte emot. Klienten behöver hela tiden uppleva att det är hen som har makten över situationen, annars blir det lätt så att klienten känner sig hotad och blir defensiv, som gör att hen inte är mottaglig för det handledaren för fram. Handledaren bör också akta sig för att ge s.k. färdiga modeller enligt vilka klienten ska agera, även om klienten själv kan i vissa fall ställa sådana frågor. (Turku, 2007, ss. 33-34.)

Turku (2007 s. 36-37) menar, liksom Appelgren (2018 s. 43) att med en metod som stöder klienten i att hitta sin egen motivation, är att göra handledningstillfällena så, att klienten själv upplever sig ha vad som krävs för att göra förändringar, finns det stor sannolikhet att hen

också genomför den. Att lyckas ger inre motivation åt klienten. För att motivationen ska hållas vid liv behövs handledarens egen positiva inställning och förmåga att ge positiv feedback. Även om både Ohlson (2002 s. 32-33) och Turku menar att kunskap om sin egen situation är nyckeln till framgång i egenvård, understryker Turku att för mycket och för litet skämmer allting. För mycket information kan också ta död på klientens motivation, man ska inte underskatta klientens förmåga att kunna fråga, om hen har frågor, istället för att man föser klienten med all tänkbar information genast. Speciellt i början kan det här med informationsflödet vara avgörande för motivationen. Det är också vanligt då man ger informationen till klienten att handledaren försöker skrämman hen med katastrofala exempel, det här visar sig dock inte vara en effektiv metod för en hållbar livsstilsförändring. Hot medför oftast bara tillsatt ångest hos klienten och hen börjar desperat försöka förändra sig, vilket inte brukar hålla i längden utan hen återgår till sina gamla vanor då situationen lugnat ner sig. (Turku, 2007, ss. 36-37.)

Appelgren (2018 s. 52, 54) skriver i sin bok om hur olika typers ledare kan motivera sina medarbetare och skriver mycket om att arbeta på ett autonomistödande sätt. I boken är dock miljön en arbetsplats, skola eller dylikt och inte direkt ett handledningstillfälle inom vården. Men som tidigare konstaterat är idén med själva egenvården att göra klienter så självständiga, med andra ord, så autonoma som möjligt.

Ett autonomistödande arbetssätt handlar inte om att det inte skulle finnas en struktur i arbetet, utan att ledaren arbetar för att vara lyhörd och uppmärksam (Appelgren, 2018, ss. 52, 54). Som i ett handledningstillfälle med en klient är målet uppsatt av klienten själv, men handledarens arbete går ut på att påminna och stöda klienten mot att uppnå sitt eget mål. Appelgren (2018 s. 52, 54) menar också som de andra skribenterna Ohlson (2002 s. 32-33) och Turku (2007 s. 36-37) att det är viktigt att inte göra något för någon annans del, utan istället stöda till att klara av saker själv. Hon poängterar också att för många valmöjligheter påverkar processen negativt och att här kommer ledarens roll fram. Uppgiften är att leda personen genom dessa olika val, utan att ändå bestämma för någon annan. (Appelgren, 2018, ss. 52-53.)

6.1.1 Motiverande samtal

En väldigt populär metod, som allt mer börjar etablera sig inom social- och hälsovården är motiverande samtal (MI). Metoden är välanvänd inom området för livsstilsförändringar och

är enligt forskning också mycket effektiv. Den går ut på att föra samtal med sin klient på ett sätt som väcker personens motivation till att göra en förändring i sitt liv och baserar sig på ett personcentrerat synsätt. Den professionella guidar klienten genom samtalen med att ställa frågor som styr samtalet till det fokus, det mål som klienten själv med hjälp av den professionella utarbetat. På det här sättet försöker man hitta personens inre motivation, framom den yttre. (Holm Ivarsson, 2017, ss. 9, 11-12.)

MI härstammar från tre olika psykologier: humanistiskpsykologi, inlärningspsykologi och motivationspsykologi. Metodens förhållningssätt innebär att varje människa har potential till att utveckla sig själv och har de bästa lösningarna på sina egna problem, med andra ord är den professionellas uppgift att stöda sin klient till att hitta svaren själv, inte servera svaren åt klienten. Därav kräver metoden av den professionella att hen har ett respektfullt förhållningssätt till sin klients självbestämmanderätt och autonomi samt förhåller sig värderingsfri. Med andra ord är den professionella inte experten och försöker inte heller argumentera eller övertyga sin klient om sina egna åsikter eller erfarenheter, vilket speciellt i vårdssituationer kan vara väldigt svårt, då det kan hända att klienten gör ”fel val” med tanke på hens hälsa. (Holm Ivarsson, 2017, ss. 14-15.)

Inom MI finns det fyra olika steg som man brukar arbeta utifrån varje gång man håller ett samtal med klienten, de tre första stegen bör finnas med i samtalet för att det ska kunna kallas ett motiverande samtal. Dessa steg beskrivna i sin korthet är: 1. Engagera, som innebär att man försöker väcka klientens intresse och ett bra samarbetsklimat. 2. Fokusera på klientens resurser till förändring samt på det valda ämnet. 3. Framkalla förändringsprat och ge klienten stöd för hens egen själv tillit. 4. Planera, som är den sista fasen och där man försöker få klienten att själv fundera ut en plan hur hen ska uppnå sitt mål och kanske det viktigaste, var hen ska börja. Den professionella som leder samtalet styr tyngdpunkten i varje samtal enligt klientens behov, exempelvis behöver en del klienter mera stöd för att överhuvudtaget bli engagerade, medan en del kanske tappar lätt fokus och därav behöver mera av steg två i sitt samtal. (Holm Ivarsson, 2017, ss. 16-17.)

Då den professionella håller ett MI-samtal behöver hen tänka på hur hen kommunicerar. I MI är det viktigt att ställa öppna frågor, reflektera tillsammans med klienten över vad klienten berättat, sammanfatta och bekräfta klienten. Sammanfattningsvis kan man säga att handledarens roll är att få klienten att förstå sig själv och sina egna handlingar. Inom MI är det inte meningen att handledaren ska säga rakt ut hur klienten ska göra, då hen frågar råd. Istället ska handledaren få klienten att hitta svaret i sig själv, alternativt, om det handlar om

något faktabaserat som det ofta är inom vården, bör handledaren först ta reda på vad klienten redan vet. Det här gör man för att klienten inte ska bli överöst av all information, utan man vill stärka hens autonomi och stärka känslan av att det är klienten själv som är experten och som är den som vet och kan. (Holm Ivarsson, 2017, ss. 18-22.)

I vissa fall kan det under samtalens förlopp framkomma ett visst motstånd från klientens sida som oftast tar sig uttryck i att hen blir mer tystlåten eller sätter sig emot helt och hållet med argument om att en förändring inte är nödvändig. Inom MI ser man det här som något som handledaren har framkallat med sin stil att föra samtalet på. Ofta kan det handla om att handledaren inte har tillräckligt med tålamod och försöker påskynda processen mera än klienten är mogen för, eller erbjuder råd och åsikter som klienten inte har velat ha eller försöker övertyga och övertala klienten till något som hen inte vill göra. Det här i sin tur framkallar en reaktion i klienten att försvara sig själv och sin självbestämmande rätt, som ofta tar sig uttryck av att hen sätter sig emot processen. Dessa situationer löser sig oftast genom att handledaren kan prova att backa lite och på så sätt ge klienten mera utrymme, samt att också högt markera för klienten att det är hen som har ”makten” över att göra precis hur hen själv vill. (Holm Ivarsson, 2017, ss. 26-27.)

Många gånger kan ett livsstilsförändringsprojekt falla på avsaknad av engagemang, men även på att det någon gång under samtalen framkommer motstånd hos klienten. Dessa situationer kan kännas svåra att tackla som professionell. Men genom att MI:s grundvärderingar om självbestämmande rätt och respekt för klienten är så starka, förebygger de effektivt motsättningar. (Holm Ivarsson, 2017, s. 28.)

7 Bemötandets betydelse i handledningen

Björn Fossum (2013 s. 34) som skrivit en bok om kommunikation och bemötande skriver att det ofta framkommer i undersökningar med syfte att utreda patienters upplevelse av vården de fått, att bemötandet var dåligt. Med andra ord inga kommentarer av vilken kvalitet själva kliniska vården var, eftersom allting ratades av det dåliga bemötandet. Det här ger en bild av hur viktigt bemötandet inom vården är. (Fossum, 2013, s. 34.) Fossum konstaterar att människan är inlärdd att agera snabbt och göra beslut fort, även om vi inte kan hela historien eller ser hela bilden och att det även är därför det ofta brister pga. våra egna antaganden. (Fossum, 2013, ss. 38-39.)

Bemötande handlar om personen själv, dvs. den som ska bemöta en annan, om vad den personen har varit med om, vem hen är, hens värderingar, huruvida personen kan känna empati och sympati, men också om vad personen tidigare upplevt och hur hen hanterat det. Fossum skriver att människor ute i vardagslivet bättre klarar av att inte bli bemötta på bästa sätt alla gånger och ändå kan ett butiksbesök bli positivt, men speciellt inom vården är patienterna redan färdigt väldigt känsliga. Han menar också att det handlar om små saker som professionella inom vården inte gör, som varit avgörande, så som t.ex. att man ursäktar sig om man är sen i tidtabellen, ögonkontakt med patienten om man är tvungen att svara i telefonen mitt i vårdmötet osv. (Fossum, 2013, ss. 40-41.)

Författaren redogör också skillnaden mellan patientcentrerad vård och personcentrerad, och menar att speciellt ur bemötandets synvinkel är den personcentrerade vården viktig. Den personcentrerade modellen fokuserar på människan bakom alla symptom och sjukdomar, medan den patientcentrerade fokuserar på att vårda sjukdomarna. (Fossum, 2013, s. 44.) Kunskap i bemötande och kommunikation är A och O för att ett band mellan den professionella och klienten ska kunna skapas och man därmed ska kunna inleda en handledningssituation (Fossum, 2013, s. 54). I en studie gjord i Sydafrika intervjuades klienter som insjuknat i diabetes och/ eller hjärt- och kärlsjukdomar om hur de upplevde sin vård. Det första de nämnde var att de upplevde att den professionella vårdaren inte visade ett genuint intresse för dem, hade en nedlåtande ton eller inte gav dem möjligheten att ställa frågor, vilket visade sig påverka deras förhållningssätt till och förmåga att utföra egenvård, på ett negativt sätt. (Murphy, Chuma, Mathews, Steyn, & Levitt, 2015, s. 4.)

Den nyaste av alla vårdformer, som talar om för de som jobbar inom vården vad man lägger fokus på, är den personcentrerade modellen. Fokus i det här fallet är på den människan som man ska vårda, och inte på själva handlingarna som krävs för vårdåtgärder eller rutiner. För att personcentrerad vård överhuvudtaget ska lyckas kräver det inte bara personalens vilja, utan att också själva organisationen måste stöda det här arbetssättet. Exempelvis påvisar brist på personal en negativ inverkan på att kunna arbeta personcentrerat. (Hewitt-Taylor, 2018, ss. 14, 16.) För att kunna arbeta på ett personcentrerat sätt behöver man först veta vad det innebär att vara en person. En person är något väldigt komplext och svårt att förklara, men en version är, att en person är en sammanställning av många olika komponenter. Dessa komponenter är förutom de fysiska, psykiska, sociala och andliga, också känslomässig läggning, familjesituation och familjemedlemmar, vilken livserfarenhet hen har, relationen till sig själv, kulturell bakgrund, historia och vilken framtidsuppfattning människan har. (Hewitt-Taylor, 2018, s. 53.)

Personcentrerad vård liknar den resursförstärkande modellen där man tar tillvara personens goda egenskaper och försöker arbeta utifrån dem. Skillnaden mellan dessa två metoder är att den personcentrerade koncentrerar sig på att ta reda på vilka goda egenskaper individen som ska få vård själv anser sig ha och vilka som är viktiga för just hen. Liksom man i tidigare modeller försökt först vad varje klient går igenom just nu, fokuserar personcentreringen på att också ta reda på vad som hänt tidigare. (Hewitt-Taylor, 2018, ss. 57-58.) Tidigare har man inom vården varit väldigt noga med att inte sätta sina egna åsikter och erfarenheter på klienten man vårdar. Den personcentrerade modellen menar ändå att den professionella vårdaren ska berätta om sina erfarenheter och även hur vårdaren själv skulle göra i olika situationer. Det här menar man att leder till en öppen diskussion och ett utbyte av olika erfarenheter och åsikter mellan klienten och den professionella, vilket i sin tur gör att båda får ett bredare perspektiv. (Hewitt-Taylor, 2018, s. 61.) Genom att diskussionen blir mer öppen bidrar det också till att klienterna vågar prata mer personligt och dela med sig av sina funderingar. Samtalet blir mer personligt, och kan bidra till att klientens föreställningar om sin vård eller sjukdom kommer fram. Det här är en positiv sak eftersom den professionella kan förse klienten med faktabaserad information. (Lepp & Leksell, 2017, s. 88.) På det här sättet stöder man också klienten i att göra egna beslut om sin vård. Modellen betonar extra mycket hur de professionella inte ska låta sina egna åsikter inverka då klienten gjort sitt beslut, utan beslutet måste respekteras. (Hewitt-Taylor, 2018, s. 61.)

Även om fokuset ligger väldigt mycket på att lära känna personen de professionella vårdar, betyder det inte att alla kliniska kunskaper skulle vara mindre viktiga. Tvärtom krävs det ännu bredare kunskap hos de professionella, eftersom de nu är tvungna att erbjuda olika sätt att vårdas på. Man har också kunnat konstatera att personcentreringen inte bara är till nytta för klienterna, utan också för de professionella. I och med att man jobbar mot klientens egna mål är chansen större att klienten är mera motiverad att binda sig till vården, vilket kan minska den professionellas frustration. Det här resulterar i mer nöjda klienter, eftersom de fått uppnå den nivå av hälsa som de själva anser vara viktig för dem och inte den nivå som samhället, systemen eller de professionella anser vara målet. (Hewitt-Taylor, 2018, ss. 62-63.)

8 Simulationsteknik i vården

I det här arbetet definieras simulering som ett sätt att lära sig olika saker, genom ett påhittat scenario (Cambridge, 2020). Simulering som inlärningsmetod har använts länge inom social- och hälsovårdsutbildningarna, som ett komplement till den praktiska övning man får ute på praktikavsnitten. De positiva effekterna som metoden medför, är att de som simulerar får en chans att simulera svåra kliniska uppgifter och situationer, utan att en människas liv sätts i fara. Dessutom sägs simulering också främja studerandens förmåga att samarbeta effektivt och förbättra patientsäkerheten.

Trots att simulering som metod är välkänd inom militären och härstammar från början av 1920-talet, är undersökningen bristfällig då det kommer till hur man på bästa sätt ska simulera för att inläringen ska bli så effektiv och heltäckande som möjligt. (Abrandt Dahlgren, Rystedt, Felländer-Tsai, & Nyström, 2019, s. 5.)

8.1 Simuleringens olika faser

Simuleringen innefattar oftast tre olika faser: ”Pre-briefing” som innebär den informationen deltagarna i simuleringen redan besitter eller som de fått undervisning i före själva simuleringen. Sedan ”Setting introduction” som är en introduktion till själva simuleringen, där lite bakgrundsfakta kring vad som ska simuleras presenteras. Om det är länge sedan som ”Pre-briefingen” ägt rum, är det ett tillfälle, att ha en snabb genomgång av den också, för att uppfriska deltagarnas minnen. Vid den här fasen kan man också introducera deltagarna för varandra, om de inte känner varandra från förut. ”Simulator briefing” innefattar att ledaren för simuleringen introducerar själva simuleringsmiljön för deltagarna och de får bekanta sig med den. Vid den här tidpunkten går man också igenom vilken rekvisita som kommer att finnas tillgänglig, att använda. Efter det här är det dags för att presentera själva caset och att dela in deltagarna i sina roller, med rollbeskrivningar, vilket kallas ”Scenario briefing”. Efter att simuleringen genomförts samlas hela gruppen och reflekterar över simuleringen. Frågor som hur deltagarna upplevde simuleringen, vad gick bra och vad kunde man ha gjort annorlunda, diskuteras. Diskussionen leds alltid av ledaren för simuleringen, och är den avslutande delen som kallas ”Debriefing”. (Poikela & Poikela, 2012, s. 43.)

8.2 Studier om simulering

En analys av olika metoder i tre olika länder tar upp dessa utforskade aspekter, om hur simulering skulle vara som mest effektiv som inlärningsmetod. Enligt Abrandt Dahlgren m.fl. finns det flera olika områden i inläringen som man bör ta fasta på. Hon menar att svårighetsgraden av det man simulerar ska sättas i proportion till vilken erfarenhet och kunskap deltagarna har, och det mest effektiva sättet är att göra uppgifterna gradvis svårare. Det konstateras också att gruppdynamiken, ledarens kunskap om simuleringsteknik och skicklighet i att undvika obekväma situationer för deltagarna, spelade stor roll för att inläringen skulle vara så effektiv som möjligt. Skribenterna konstaterar också att det inte är möjligt att förutspå all inläring på förhand, en del av den sker av sig själv under simuleringen. Artikeln lyfter också upp vikten av att ledaren spelar en aktiv roll i simuleringssituationerna, och kan med sitt kunnande hjälpa och handleda deltagarna an efter som problem uppstår, vilket även inger trygghet hos de som deltar. (Abrandt Dahlgren, Fenwick, & Hopwood, Theorising simulation in higher education: difficulty for learners as an emergent phenomenon, 2016)

Berndt m.fl. (2015) har gjort en undersökning, där man undersökte effektiviteten av en annan form av simulering, i den använde man sig av Collaborative Classroom Simulation (CCS) - metoden. Fördelarna med den sägs vara att där kan hela simuleringsgruppen delta. Syftet var att undersöka deltagarnas, i detta fall studerandens, erfarenhet av metoden och att göra steget för att simulera mindre skrämmande. Uppgiften var att ta hand om en patient som hade genomgått en operation. Gruppen som bestod av 14 deltagare, delades upp så att två av dem var inne i simulationsrummet och resten i observationsutrymmet. De som observerade kunde kommunicera med de två som simulerade via en mikrofon och deras uppgift var att ge tips och råd om vad de två som simulerade skulle göra. Resultatet visade att deltagarna upplevde att samarbetsförmågan stärktes och en liten del uppgav också att det var mindre ångestfyllt att simulera på det här sättet. Deltagarna upplevde också att de fick en bredare förståelse för situationen då flera deltog, med olika synpunkter och lösningar till problemen och situationerna. (Berndt, o.a., 2015)

8.3 Simulering av sociala situationer

Enligt forskning är simulering en väldigt effektiv inlärningsmetod, även då man simulerar sociala situationer och förbättrar deltagarnas kommunikationsfärdigheter, förmåga att fatta

beslut och ledarskap (Abrandt Dahlgren, Rystedt, Felländer-Tsai, & Nyström, 2019, ss. 93-94). Förutom simuleringar där deltagaren spelar sjukskötare, har man också simulerat med deltagarna som patienter. Syftet med undersökningen var att se om den kunde förbättra blivande sjukskötares förmåga att känna empati och öka förståelsen för sina patienter. Empati är en viktig egenskap hos sjukskötare för att skapa förtroende mellan den professionella och patienten. Empati och förståelse är något som oftast växer fram med tiden och med erfarenhet, och varför speciellt unga kan ha svårt att sätta sig in i patientens situationer. Flera olika undersökningar gjordes, däribland en, där studeranden var tvungna att gå med våta inkontinensskydd i 6h. Efteråt fick de bättre förståelse för hur obehagligt det kändes och kunde därmed förstå sina patienter bättre. En annan simuleringsövning gjordes i en högskola i Holland där studeranden också fick ha rollen som patienter, med olika sjukdomar och rörelsehinder. Resultatet som blev en samling av studerandenas egna reflektioner kring simuleringen, tydde på att flera tankar väckts hos dem och gett en annan förståelse för deras kommande patienter. (ter Beest, van Bommel, & Adriaansen, 2018)

Trots att många ställer sig kritiska till om en simulering är effektiv då motspelaren är t.ex. en docka, har man ändå kommit fram till att den är lika effektiv i inlärnings syfte, eftersom dessa dockor blir involverade i det s.k. skådespelet genom riktiga människor. (Abrandt Dahlgren, Rystedt, Felländer-Tsai, & Nyström, 2019, ss. 93-94.)

En undersökning gjordes i Sverige där flera grupper i tur och ordning simulerade ett case med en allvarligt skadad flicka. Grupperna bestod av både läkar- och sjukskötarstuderanden och simuleringsutrymmet var utrustat med både material riktat till läkare, men också till sjukskötarstuderanden. Flickan var en docka som simuleringsledaren kunde styra från observationsrummet. Syftet med simuleringen var förutom att öva praktiska färdigheter, också öva samarbete yrkesstuderandena emellan och på så sätt förbereda dem för sina kommande arbetsplatser. Under simuleringen kom kommunikationen människorna emellan att spela en väldigt avgörande roll, även om huvudfokuset låg på det praktiska. Det här visar också att simulering som inlärningsmetod är väldigt bred och inte endast fungerar som ett stöd att lära ut praktiska färdigheter, utan också icke-praktiska, såsom samarbete och kommunikation. (Abrandt Dahlgren, Rystedt, Felländer-Tsai, & Nyström, 2019, ss. 96-100.)

Abrandt Dahlgren m.fl. (2019) skriver i sin bok om vilka olika roller läraren/ den som håller i trådarna för simuleringarna kommer att ha, och menar att det finns sex olika. Dessa är informationsgivare, rollmodell, diskussionsledare, s.k. ”domare”, planerare och till sist resursförstärkare. Som tidigare nämnts härstammar simuleringsövningar från 1920-talet,

men det som ännu idag är ganska nytt, är att simulera icke-kliniska uppgifter, såsom teamarbete, kommunikationsfärdigheter och hur man ska fungera i olika sociala situationer, som man kan ställas inför inom vården. På många ställen anses det ännu som något mindre viktigt och har inte fått den uppmärksamhet det borde ha fått, även om stora organisationer så som Världshälsoorganisationen (WHO) presenterat vikten av att öva dessa färdigheter. (Abrandt Dahlgren, Rystedt, Felländer-Tsai, & Nyström, 2019, ss. 75-76.)

Speciellt i akuta situationer har man märkt av nyttan med att öva upp kommunikationen, man har fått ut större effektivitet av professionella, hjälpmedel och andra resurser då kommunikationen och samarbetet fungerat bra. Icke-klinisk simulering implementerades i vården från andra branscher, såsom sjöfart och flygtrafik, där den kallas The Crew Resource Managment (CRM) Concept och har använts länge. (Abrandt Dahlgren, Rystedt, Felländer-Tsai, & Nyström, 2019, ss. 76-77.) Inom vården har man förutom att man använt sig av CRM-modellen, också utvecklat egna modeller för specifika områden inom vården, såsom Anaesthetists' Non-Technical Skills och Non-Technical Skills for Surgeons. Men det finns också en relativt ny modell, ”a program for assessment of All Team Members non-technical skills (ATEAM” från 2009, som passar alla professionella inom vården, för att öva upp icke-kliniska färdigheter. (Abrandt Dahlgren, Rystedt, Felländer-Tsai, & Nyström, 2019, ss. 77-78.)

För att man ska få en simulering med syftet att öva upp icke-kliniska färdigheter behöver målet, det vill säga exakt det man ska öva, komma fram tydligt. Detta sätter större vikt vid själva scenariot man kommer att använda sig av, eftersom det i sig måste framhäva själva syftet med övningen, på ett annat sätt än om det handlade om praktiska färdigheter. Scenariot behöver också vara gripande på ett sätt som får deltagarna att agera i situationerna, som om de vore verkliga. ATEAM modellen identifierar vilka av de fem olika rollerna som olika deltagare aktivt intar i ett simuleringsscenario. De fem olika rollerna är: ”1. Deltagaren tar en roll som en i teamet, med tre olika kategorier, som en allt i allo, ledare eller följeslagare, 2. Samlar information och kommunicerar med de andra i teamet, 3. Bidrar till den gemensamma uppfattningen om situationen, 4. Gör gemensamma beslut med gruppen och 5. Koordinerar och utför uppgifter”. Dessa bedöms sedan kategorivis med fyra olika ”vitsord”, bristfälliga färdigheter, behov av övning, god och professionell. Vissa delar av ATEAM kräver mer erfarenhet av arbetslivet för att kunna förstås av deltagaren, och behöver ses över då man planerar scenariot. (Abrandt Dahlgren, Rystedt, Felländer-Tsai, & Nyström, 2019, ss. 78-80.)

I Sverige har man också provat en annan sorts modell av simulering, som de väljer att kalla forumspel. Forumspel fungerar i princip på liknande sätt som den simulering som beskrivs ovan, med den skillnaden att man inte har ett färdigt case eller scenario att utgå ifrån. Tanken med den här metoden är att få studeranden att dela med sig av olika situationer som de har upplevt inom vården, situationer som blivit problematiska. Dessa spelar man sedan upp för varandra och försöker hitta olika sätt att lösa situationen. Den som kommit upp med problemet får alltid spela den parten som "orsakade" problemet, t.ex. en hotfull klient. Det här möjliggör att deltagarna får insikter från olika synvinklar och kan sätta sig in i andras situation, i detta fall den hotfulla klientens. (Lepp & Leksell, 2017, ss. 361-363.)

9 Tillförlitlighet och forskningsetik

Det här examensarbetet är skrivet i enighet med Forskningsetiska delegationen (2012, s. 18) anvisningar om god vetenskapligpraxis. Vilket innefattar bland annat att andra forskares arbeten respekteras och behandlas hänsynsfullt och hänvisningar till arbeten har gjort korrekt, den forskning som används också uppfyller kraven för god vetenskapligpraxis och allmänomsorgsfullhet, noggrannhet och hederlighet har beaktats i alla delar av forskningen. Samt att forskningen uppfyller de kriterier som finns då det kommer till data-anskaffnings-, -undersöknings och bedömningsmetoder och att det är etiskt hållbart.

De forskningar som använts i det här arbetet har granskats kritiskt och personers anonymitet har tagits i beaktande. Forskningarna har behandlats med respekt och hänvisats till korrekt. Förutom forskningar består arbetet även av böcker varav flera har syftet att fungera som undervisningsmaterial och anses där av också ha en god tillförlitlighet. Material till arbetet har också hämtats från hemsidor så som Världshälsoorganisationen (WHO) och Terveysportti, som båda anses vara väl tillförlitliga både nationellt, liksom internationellt.

Till god vetenskaplig praxis hör också att arbetet är tillförlitligt, hit hör också att forskaren kritiskt ska granska sitt eget arbete. I det här examensarbete har narrativ litteraturoversikt tillämpats som metod, vilket inneburit att sammanfatta det redan existerande materialet inom det valda ämnet. Med andra ord har inte det här arbetet kommit fram med någon ny information, men har däremot sammanställt äldre material med nyare forskning. Syftet med arbetet är inte att bevisa vilka metoder av att handleda, bemöta och motivera som är bättre än någon annan metod, utan syftet är att kunna lyfta upp konkreta exempel på olika modeller

att göra dessa saker på. I dagsläget kunde arbetet inte användas som en handbok, men om arbetet skulle göras bredare med ännu flera metoder som presenteras, så skulle det också vara möjligt att komma fram till om någon metod skulle vara bättre än den andra och de kunde mätas sinsemellan genom en annan forskningsmetod.

Det äldsta materialet härstammar från år 1991 då vårdteoretiker Dorothea E. Orems vårdteorier om egenvård presenteras. Förövrigt består arbetet av många böcker, varifrån baskunskapen kommer ifrån och gör att en del av det andra materialet också präglas av äldre årtal. De flesta av arbetes teman är väl forskade, men forskningarna är tillämpningar av den baskunskap som återfinns i böcker. Arbetet behandlar ämnen som är väldigt individbetingade, om upplevelser och känslor, och därav är det svårare att få ett entydigt resultat. Huvudtyngdpunkten har istället satts på att låta det varierande materialet diskutera med varandra, utan att utesluta det ena eller det andra. En del brister i forskningen har kunnat konstateras, eftersom de studier som använts har utspelat sig i väldigt olika vårdssituationer och storlekarna på forskningarna har varierat mycket. Därav kan det kritiserats att materialet diskuterats i vissa fall för och emot varandra.

Den utformade simuleringsövningen för det här arbetet skulle enligt plan piloteras. Men på grund av omständigheterna med pandemin COVID-19, som inträffade våren 2020 kunde piloteringen inte genomföras. Vilket för arbetets del betyder att simuleringsövningen som presenteras i arbetet, inte är beprövat och därav finns det inte bevis för att övningen fungerar så som den nu står skriven.

10 Produktutveckling och resultat

Examensarbetet är en del av projektet DigiSimÅbo, vars syfte är att studeranden inom social- och hälsovården lär sig använda simulering som en inlärningsmetod i sitt framtida yrke. Arbetets slutprodukt är en utformad simuleringsövning som ska piloteras med andra deltagare inom projektet. Simuleringsövningen baserar sig på bakgrundsmaterialet i arbetet. Speciellt inom vårdstudier är simulering bekant, men oftast simuleras praktiska delar, såsom kliniska färdigheter. Detta arbete visar att det också är viktigt att kunna fungera rätt i olika sociala situationer, såsom att kunna bemöta och handleda klienter.

Den utformade övningen kan läsas i sin helhet (se bilaga 1) och handlar om en man i 60-årsåldern, som uppsöker vård för sina torra händer på en hälsovårdscentral. Egentligen skulle

mannen kunna sköta sina händer, hemma med rätta hemvårdsanvisningar, men han är motstridig på grund av dåliga erfarenheter från tidigare bemötande i vården. Ur ett kliniskt perspektiv är simuleringen inte krävande, vilket är meningen, då fokuset ska ligga på de ämnesområden som behandlats i det här arbetet – bemötande, handledning och motivering av klienter.

Simuleringsövningen passar för olika scenarier där klienten har andra vårdbehov än det som används i det här scenariot, detta ger möjlighet att justera scenariot enligt det behov som finns av att öva, på exempelvis någon viss avdelning. Produkten kunde vidareutvecklas till en handbok om hur professionella handleder klienter på bästa sätt, den kunde finnas tillhands på arbetsplatserna och som undervisningsmaterial i skolorna.

11 Diskussion

Vården går allt mera mot en modell av personcentrering som innefattar på sätt och vis ännu mera individualism, vilket kunde betraktas som någonting negativt. Tvärtom borde personcentreringen betraktas som någonting positivt - den medför en möjlighet till nya resurser. Mycket handlar om att effektivisera och hittills har sådana diskussioner riktats mest mot arbetstagarna, tills nu då man allt mer också börjat se den potential och resurser som finns hos vårdtagarna. Ett sätt att dra nytta av just den här potentialen kan vara att lära ut egenvård för klienter, så att de kan ta hand om sig själva på rätt sätt hemma.

Det här betyder också att det ställer nya och annorlunda krav på personalen som arbetar inom social- och hälsovården, ett krav på att vara en god handledare med allt vad det innebär, som lyfts fram i det här arbetet. Genom det här arbetet kan det konstateras att en god handledning är mera komplex än bara själva aktiviteten att handleda. De professionella behöver kunskap i hur man kan ge ett gott bemötande för att överhuvudtaget nå fram till sin klient, sedan behöver de genom ett personcentrerat arbetssätt, pedagogiskt lära ut och handleda klienten i hans egenvård, samt ha redskap att på rätt sätt kunna motivera klienten att ta hand om sig själv. Kanske behöver tankesättet kring effektivitet förändras, och att effektivitet också mäts i hållbarhet, i hur länge människor hålls friska, och inte bara i hur snabbt vi kan vårda och bota dem. Drastiskt sett kunde man säga att de insatser som satts in i början har gått till spillo, om vården inte lyckas få människan att själv hålla sig frisk.

Examensarbetet har två frågeställningar: Hur kan vi använda simulering som en metod för att öva handledning av klienter i egenvård? Och hur kan professionella motivera, bemöta och handleda sina klienter i att utföra egenvård? Frågeställningarna har så gott som besvarats helt och hållet i det här arbetet som berikats med exempel på olika modeller, enligt vilka professionella kan motivera och handleda klienter i egenvård, samt hur simulering kan användas som en inlärningsmetod för att öva handledning av klienter i egenvård. Den delen i det här arbetet som blivit bristfällig är kapitlet om bemötandet. Ursprungligen var tanken att den delen skulle lyftas upp som ett viktigt tillägg vid sidan om det andra i arbetet. Men som i slutändan ändå fick en plats bland frågeställningarna och är den del av dem som inte besvarats fullständigt, eftersom det i arbetet inte framkommit tillräckligt konkreta modeller på hur en professionell kan bemöta en klient väl. Också de andra temaområdena kunde breddas med ännu flere exempel på olika metoder, medan arbetet nu erbjuder de mest primära av var och en. Arbetet har präglats av den narrativa litteraturöversikten som forskningsmetod och i enighet med den har material om de olika metoderna sammanställts, men inte mätts med varandra och ingen av de presenterade metoderna inom de olika områdena kan uteslutas eller påvisas vara bättre än någon av de andra.

Målet med arbetet är att utifrån arbetets bakgrundsmaterial sammanställa det till ett simulationsscenario som tangerar alla tre ämnen, som sedan piloteras. Simulationsscenariot finns skrivet och kan ses i sin helhet i bilaga 1. Piloteringen var inte möjlig att genomföra pga. pandemin COVID-19, som var aktuell våren 2020. I simulationsscenariot krävs det av den simulerande sjukskötaren, att hen både kan bemöta klienten väl, tydligt handleda klienten gällande vårdanvisningar och motivera klienten till att utföra egenvård.

Konstateras kan att en bredare forskning behövs i de positiva effekter som kunskap om egenvård medför, inte bara för klienten som vårdas, utan också för personalen och hela samhället. Utvecklingsförslag till arbetet är flere, exempelvis en utredning av på vilken nivå egenvården befinner sig i Finland idag? Och hur mycket kunskap de professionella har inom ämnet? Och även mera specifikt reda ut var i kedjan av egenvård det är som det brister? Dessa resultat kunde leda till en bättre utbildning för professionella inom social- och hälsovården. Ett annat förslag är att undersöka den ekonomiska nyttan, som välutvecklad egenvård kan föra med sig, både ur ett individ- och samhälleligt perspektiv. Detta eftersom det behövs evidens för att bestyrka att metoden är lönsam och värd att sätta resurser på, ur ett ekonomiskt perspektiv. Avslutningsvis kan det konstateras att det inte räcker med att vården är rent kliniskt korrekt, - den behöver också kännas rätt för klienten.

12 Källförteckning

- ter Beest, H., van Bommel, M., & Adriaansen, M. (2018). Nursing student as patient: experiential learning in a hospital simulation to improve empathy of nursing students. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 1-2, 4. doi:10.1111/scs.12584
- Abrandt Dahlgren, M., Fenwick, T., & Hopwood, N. (2016). Theorising simulation in higher education: difficulty for learners as an emergent phenomenon. *Teaching in higher education*, 1-6, 10-12. doi:10.1080/13562517.2016.1183620
- Abrandt Dahlgren, M., Rystedt, H., Felländer-Tsai, L., & Nyström, S. (2019). *Interprofessional Simulation in Health Care*. Switzerland: Springer Nature Switzerland AG.
- Appelgren, A. (2018). *Motiverad*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Berndt, J., Dinndorf-hogenson, G., Herheim, R., Hoover, C., Lang, N., Neuwirth, J., & Tollefson, B. (2015). Collaborative Classroom Simulation (CCS): An Innovative Pedagogy Using Simulation in Nursing Education. *Nursing Education Perspectives*, 1-2. doi:10.5480/14-1420
- Cambridge, U. (2020). Simulation. Hämtat från <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/simulation>
- Denscombe, M. (2018). *Forskningshandboken*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Tyskland: Liber AB.
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24, 230-235. doi:10.1179/2047480615Z.000000000329
- Forskningsetiska delegationen. (2012). God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Finland. Hämtat från https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Green, B., Johnson, C., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal Of Chiropractic Medicine*, 5, 101-117. Hämtat från https://familymedicine.med.wayne.edu/mpd/project/green_2006_narrative_literature_reviews.pdf
- Hartweg, D. (1991). *Dorothea Orem Self-Care Deficit Theory*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc.
- Hewitt-Taylor, J. (2018). *Personcentrerad vård i praktiken*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Holm Ivarsson, B. (2017). *MI Motiverande Samtal*. Dimograf, Polen: Gothia Fortbildning AB.

- Holme, I., & Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Holst, A., Nejati, S., Björkelund, C., Eriksson, M., Hange, D., Kivi, M., . . . Petersson, E.-L. (2017). Patients' experiences of a computerised self-help program for treating depression – a qualitative study of Internet mediated cognitive behavioural therapy in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1-6. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/02813432.2017.1288813>
- Kestilä, L., & Karvonen, S. (2019). *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsingfors: PunaMusta Oy.
- Lepp, M., & Leksell, J. (2017). *Vårdpedagogik*. Stockholm: Liber AB.
- Marriner-Tomey, A. (1994). *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*.
- Maskrey, V., Blyth, A., Brown, T., Barton, G., Notley, C., Aveyard, P., . . . Song, F. (2015). Self-help educational booklets for the prevention of smoking relapse following smoking cessation treatment: a randomized controlled trial. *Society for The Study of Addiction*, 1-6. doi:10.1111/add.13080
- Murphy, K., Chuma, T., Mathews, C., Steyn, K., & Levitt, N. (2015). A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa. *BMC Health Services Research*, 9. doi:10.1186/s12913-015-0969-y
- Ohlson, L. (2002). *Hälsopedagogik*. Stockholm: Liber AB.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Omaolo. (2020). Användarvillkor för tjänsten Omaolo. Finland. Hämtat från <https://www.omaolo.fi/palvelun-kayttoehdot>
- Petiprin, A. (2016). A. (Nursing-Theory.org, Red.) Hämtat från <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Dorothea-E-Orem.php>
- Petiprin, A. (2016.). B. (Nursing-Theory.org, Red.) Hämtat från <https://nursing-theory.org/theories-and-models/orem-self-care-deficit-theory.php>
- Pietilä, A.-M. (2012). *Terveiden edistäminen*. Helsingfors: Sanoma Pro Oy.
- Poikela, E., & Poikela, P. (2012). *Towards Simulation Pedagogy*. Rovaniemi: Rovaniemi University of Applied Sciences.
- Saaranen-Kauppinen, A., & Puusniekka, A. (2006.). KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere. Hämtat från https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2_2.html
- Salminen, A. (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin . Vasa. Hämtat från https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- SoteDigi. (2020). Omaolo. Finland. Hämtat från <https://www.omaolo.fi/kayttoohjeet/omaolo-bruksanvisning.pdf>

- Turku, R. (2007). *Muutosta tukemassa*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Unger, J. (2020). How to help patients become successful diabetes self-managers. *The Journal of Family Practice*, 1-2. Hämtat från
file:///C:/Users/JJ/Documents/Skola%20vår%202020/Slutarbete/artikel_egenvård4.pdf
- WHO. (2020). What is the WHO definition of health? Hämtat från
<https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T., & Mäkelä, J. (2011). *Onnistuuko Ohjaus*. Helsingfors: Edita Prima.

Bilagor

Bilaga 1

Scenario (namn och författare): Främja egenvård Av: Jenny Sandberg	Kliniskt problem: -	Icke-tekniskt problem (CRM) : Klient som vägrar utföra egenvård
Inlärningsmål:	Tekniska:	Icke-tekniska <ul style="list-style-type: none"> - Bemötande av klient - Motivera klienten - Handleda egenvård
Scenario sammanfattning för alla deltagare (Alla deltagare får beskrivning av bakgrundsfaktorer och av utgångspunkten):	Du jobbar som sjukskötare på en vårdmottagning på hälsovårdsstationen. Din nästa patient heter Morgan som är en 60 årig grundligt frisk och pigg man. Morgan har svåra exem på händerna och armarna som kliar. För att behandla exemet finns inget läkemedel, exemen blir bättre och så gott som försvinner om man behandlar dem med riklig hudkräm varje morgon och kväll. Det är inte första gången Morgan söker hjälp för sina besvär, han besöker en vårdmottagning en gång i veckan, trots att det förklarats för honom flera gånger att han inte får någon mer hjälp från mottagningen. De flesta sjuksköterskorna börjar bli trötta på honom och har färdigt en negativ attityd. Morgan är sur och butter och upplever att ingen någonsin tar honom och hans besvär på allvar. Han tycker att han borde få komma till hälsovårdsstationen varje dag där en skötare skulle behandla hans händer. Morgan vägrar gå innan någon smort hans händer.	

Miljö:	
Mottagning på en hälsovårdscentral.	
Förberedelser i simulator/rum:	
Två stolar, ett bord, papper och penna, handskar, bashudkräm och dator.	
Rekvisita:	
Papper med anvisningar för egenvård, egenvårdsbroschyrer.	
Patient/klient:	
Morgan 60 år, pensionerad, bor tillsammans med sin fru.	
Information/rapport (anamnes och ordinationer) till deltagare som simulerar:	
Morgan är grundligt frisk och pigg. Besväret är exem på sina händer, vilket beror på torr hud, inte på någon hudsjukdom. Behandlingen är riklig användning av bassalva.	
"Life savers"	
Morgans fru som följt med Morgan till mottagningen, men inte kommit in i rummet knackar på dörren. Hon är mera mottaglig för information och får sin man att lugna ner sig och lyssna på vårdaren.	
Kriterier för att simulationen tar slut:	
<ul style="list-style-type: none"> - Morgan (klienten) har fått egenvårdsanvisningar, en uppföljningstid hur det går för honom på mottagningen samt är nöjd med den vård han fått. 	
Inlärningsdiskussion (debriefing) tillsammans:	
Om hur man bemöter, handleder och motiverar klienter, olika modeller för det, vad som är bra att tänka på osv.	
Deltagarna som observerar har fått anvisningar om de saker som ska observeras:	
<ul style="list-style-type: none"> - Hur vårdaren betar sig, vilket kroppsspråk har hen, tonläge, val av ord osv. 	

- Hur Morgan reagerar på vårdaren
- Vad var det som fick Morgan att börja lyssna?
- Vad kunde ha gjorts annorlunda?
- Vad gjorde vårdaren bra, vad kunde ha gått bättre?

Sjukskötaren förväntas:

- Bemöta Morgan väl, med vänlighet och öppenhet, trots Morgans dåliga humör. Få honom att känna att du är intresserad av vad han har att berätta och att du bryr dig.
- Kunna handleda honom i att smörja sina händer på rätt sätt (salva morgon + kväll)
- Få Morgan motiverad att börja ta hand om sina händer på egenhand (Erbjuda att ringa och följa upp hur det går med hemvårdsanvisningarna vid överenskommen tidpunkt)

Scenario manuscript

Morgan kommer till mottagningen färdigt irriterad och butter. Sjukskötaren tar emot honom på mottagningen. Morgan börjar med att först skälla ut alla sjukskötarens kollegor och sedan systemet. Sedan försöker han provocera sjukskötaren lite med att fråga om hen alls har någon utbildning och kompetens för hans händer. Morgan börjar berätta om sina besvär. Sjukskötaren läser i patientpappren att Morgan ofta besöker mottagningen och att diagnosen redan är färdigt ställd, eksemet behandlas med vanlig bassalva. Morgan berättar om vilka salvor han har där hemma. Sjukskötaren börjar smörja Morgans händer, och ger hemvårdsanvisningar åt Morgan

Anvisningar till klient/patient (kan ges åt skådespelaren)

Morgan: ska spela butter och svår åtkomlig. Han vill inte lyssna till sjukskötaren först, utan mest bara skäller på hens kollegor och hela systemet. Han är heller inte villig att smörja sina egna händer under besöket. Men då sjukskötaren är trevlig och intresserad av honom och hans besvär mjuknar han upp och börjar svara på hens frågor. Då sjukskötaren erbjuder hemanvisningar och att följa upp hur det går för honom med egenvården blir Morgan nöjd och tackar sjukskötaren för den goda vården.

Morgans fru: En trevlig dam som gärna lyssnar på vad sjukskötaren har att säga och får också Morgan att lyssna och sluta skälla på sjukskötaren. Hon tar emot hemvårdsanvisningarna och lovar hjälpa Morgan med dem.

Bilaga 2

Datum för sökning en	Databas	Söktermer och kombinationer	Antal träffar	Avgränsningar	Antal träffar efter avgränsningar	Antal valda artiklar
13.1.2020	EBSCO	Self-efficacy and motivation	911	Academic journal, and healthcare	176	0
13.1.2020	EBSCO	Self-efficacy as a method	484	Academic journal, and patients	186	1
	EBSCO					
17.1.2020	Terveysportti	itsehoito	594	Lääkärintietokannat	187	1
19.1.2020	SveMed+	simulering	240			2
19.1.2020	SveMed+	simulering	240	Artikel, simulation träning	22	1

Datum för sökning	Databas	Söktermer och kombinationer	Antal träffar	Avgränsningar	Antal träffar efter avgränsningar	Antal valda artiklar
13.1.2020	EBSCO	Self-efficacy and motivation	911	Academic journal, and healthcare	176	0
13.1.2020	EBSCO	Self-efficacy as a method	484	Academic journal, and patients	186	1
	EBSCO					
17.1.2020	Terveysportti	itsehoito	594	Lääkärintietokannat	187	1
19.1.2020	SveMed+	simulering	240			2
19.1.2020	SveMed+	simulering	240	Artikel, simulation träning	22	1
20.2.2020	EBSCO	Nursing pedagogy	94	Academic journal, full text	24	1
20.2.2020	EBSCO	Simulation in education	1752	Academic journal, full text, 2014-2020	252	1
20.2.2020	EBSCO	Simulation as a tool	670			1
26.2.2020	EBSCO	Self-help skills	65	Academic journal, 2014-	54	1
26.2.2020	EBSCO	Patients self-help	167	Academic journal, 2014-	151	4
26.2.2020	EBSCO	Educating patients self-help	1047	Academic journal, 2015-		1
11.03.2020	EBSCO	How to motivate patients	35			0
11.03.2020	EBSCO	Motivation among patients	83	Full text, Academic Journals	21	1

13.04.20 20	EBSCO	Motivated patients	534	Full text, Academic Journals, 2015-	106	0
----------------	-------	-----------------------	-----	---	-----	---