

Konsten att skapa andningshål

Avancerad klinisk sjukskötare som case manager för personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom som har syrebehandling och bor hemma

Sissel Lövsund

Examensarbete för högre yrkeshögskoleexamen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (HYH)

Vasa, 2021



EXAMENSARBETE

Författare: Sissel Lövsund

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

Inriktningsalternativ: Avancerad klinisk vård

Handledare: Rika Levy-Malmberg

Titel: Konsten att skapa andningshål - Avancerad klinisk sjukskötare som case manager för personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom som har syrebehandling och bor hemma

Datum 7.10.2021

Sidantal 68

Bilagor 6

Abstrakt

Huvudsyftet med denna studie var att utveckla en modell för en avancerad klinisk sjukskötare (AKS)-roll inom vården av personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) som har syrebehandling hemma. Det sekundära syftet var att förbereda ett sätt att utveckla möjlighet för ny arbetsfördelning mellan läkare och AKS inom KOL-vården. Frågeställningarna var: hur kan AKS rollen se ut och utvecklas inom KOL-vården för personer som bor hemma och har syrebehandling? På vilket sätt kan den nya AKS-rollen förbättra teamarbete mellan olika yrkesgrupper? Studien hade en kvalitativ ansats och datainsamlingsmetoden var intervju med en semistrukturerade frågor. Data analyserades med hjälp av innehållsanalys. Den teoretiska inspirationen hämtades från teorin om personcentrerad vård av Brendan McCormack och Tanya McCance samt teorin om egenvård av Dorothea Orem.

Resultatet i studien visar att en AKS kan jobba som en case manager för personer med KOL som har syrebehandling som bor hemma. Case managern har ett övergripande ansvar över personernas vård och fungerar som en samordnare av KOL-patientens vård. En AKS som case manager kan ha egen mottagning och har genom sin utbildning kunskap att göra klinisk bedömning av patienten och ta beslut. Case managern ses också som ett stöd, utbildare och ledare till övrig personal i KOL-frågor. Det viktigaste är att se vården på ett holistiskt sätt och utveckla ett vårdperspektiv inom personcentrerad vård inom multidisciplinära team, samt god tillgänglighet för vård i hemmet där personen kan få stöd för att klara det dagliga livet trots sin sjukdom. Ett bättre samarbete mellan olika yrkesgrupper fås genom ökad kontakt- och konsultationsmöjligheter. I resultatet framkom det att AKS kunde fungera som navet i det multidisciplinära teamet.

Språk: Svenska

Nyckelord: KOL, syrebehandling, avancerad klinisk sjukskötare, task shifting, personcentrerad vård, case manager, multidisciplinära team.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Sissel Lövsund

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

Suuntautumisvaihtoehto: Kliinisesti edistynyt hoitotyö

Ohjaaja: Rika Levy-Malmberg

Nimike: Hengitysreikien luominen- asiantuntijasairaanhoitaja asiakasvastaavana ihmisille, joilla on krooninen obstruktiivinen keuhkosairaus, jotka asuvat kotona ja saavat happihoitoa

Päivämäärä 7.10.2021

Sivumäärä 68

Liitteet 6

Tiivistelmä

Tämän tutkimuksen päätarkoituksena oli kehittää malli asiantuntijasairaanhoitajalle keuhkohtaumatauti (COPD) potilaiden hoidossa, joilla on kotona happihoitoa. Toissijaisena tarkoituksena oli valmistella tapa kehittää mahdollisuus uudelle työnjaolle lääkäreiden ja asiantuntijasairaanhoitajan välillä COPD hoidossa. Kysymykset olivat: miltä asiantuntijasairaanhoitajan rooli voi näyttää ja kehittyä kotona asuvien COPD potilaiden happihoidossa? Millä tavalla uusi asiantuntijasairaanhoitajan rooli voi parantaa tiimityötä eri ammattiryhmien välillä? Tutkimuksessa käytettiin laadullista lähestymistapaa ja tiedonkeruumenetelmänä oli haastattelu, jossa oli osittain jäsenneilty kysymys. Tiedot analysoitiin sisältöanalyysillä. Teoreettinen inspiraatio otettiin Brendan McCormackin ja Tanya McCancen henkilökeskeisen hoidon teoriasta ja Dorothea Oremin itsehoidon teoriasta.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että asiantuntijasairaanhoitaja voi toimia asiakasvastaavana (case manager) COPD:tä sairastaville, jotka saavat happihoitoa ja asuvat kotona. Asiakasvastaava on kokonaisvastuussa ihmisten hoidosta ja toimii COPD hoidon koordinaattorina. Asiakasvastaavana toimivalla asiantuntijasairaanhoitajalla voi olla oma klinikka, ja hänellä on koulutuksensa kautta tietoa tehdä kliininen arvio potilaasta ja tehdä päätöksiä. Asiakasvastaava nähdään myös tukena, kouluttajana ja johtajana muulle henkilöstölle COPD-asioissa. Tärkeintä on nähdä hoito kokonaisvaltaisesti ja kehittää hoitoperspektiivi moniammatillisten hoitotiimien kautta henkilökeskeiseen hoitoon. Tavoitteena myös helpottaa mahdollisuutta hoitoon kotona, jossa henkilö voi saada tukea selviytyäkseen jokapäiväisestä elämästä sairaudestaan huolimatta. Parempi yhteistyö eri ammattiryhmien välillä saavutetaan lisäämällä yhteys- ja konsultaatiomahdollisuuksia. Tulokset osoittivat, että asiantuntijasairaanhoitaja voisi toimia moniammatillisen hoitotiimin keskuksena.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: keuhkoahatumatauti, happiterapia, asiantuntijasairaanhoitaja, tehtävien siirto, henkilökeskeinen hoito, asiakasvastaava (case manager), moniammatilliset tiimit

MASTER'S THESIS

Author: Sissel Lövsund

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

Specialization: Advanced Clinical Nursing

Supervisor: Rika Levy-Malmberg

Title: The art of creating breathing space- Advanced clinical nurse as case manager for people with chronic obstructive pulmonary disease who have oxygen therapy and live at home

Date 7.10.2021

Number of pages 68

Appendices 6

Abstract

The main purpose of this study was to develop a model for an Advanced Practice Nurse (APN) role in the care of persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) who have oxygen therapy at home. The secondary purpose was to prepare a way to develop the possibility of a new division of labor between doctors and APN in the care of COPD. The questions were: How can the APN role look like and can be developed in COPD care, for persons living at home, and have oxygen therapy? In which way can the APN new role improve teamwork between different professional groups? The study had a qualitative methodology, and the data collection was an interview with semi-structured approach. Data were analyzed using content analysis. The theoretical inspiration relates person centered care approach of Brendan McCormack and Tanya McCance as well as the theory of self-care by Dorothea Orem.

The results of the study show that an APN can work as a case manager for persons with COPD with oxygen therapy who lives at home. The APN case manager has an enhanced responsibility for the persons' care and acts as a coordinator. An APN as a case manager can has its own reception and through its education has the knowledge to make a clinical assessment and decisions. The APN as case manager can also be used as a support, trainer, and leader for personal in variety of issue related to COPD. The most important is to view the care in a holistic way and develop a person center care approach within multidisciplinary teams. As well as good accessibility of care at home where the person can receive support to cope with daily life despite their illness. Better cooperation between different professional groups is achieved through increased contact and consultation opportunities. The results showed that APN could function as the mediator of a multidisciplinary team.

Language: Swedish

Key words: COPD, oxygen therapy, Advance Practice Nurse, task shifting, person-centered care, case manager, multidisciplinary teams.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	3
2.1	Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	3
2.2	Vård- och stödåtgärder vid KOL	11
2.2.1.	Tobaksavvänjning.....	11
2.2.2.	Fysisk aktivitet och rehabilitering	12
2.2.3.	Emotionellt stöd	14
2.2.4.	Nutrition	14
2.3	Multidisciplinärt KOL-team	16
2.4	Vårdmål för patienter som lider av svår KOL.....	16
2.4.1.	Personligt ansvar	17
2.4.2.	Delat beslutsfattande.....	18
2.5	<i>Task shifting</i> för bättre vård	20
2.5.1.	Rollen som avancerad klinisk sjukskötare i <i>task shifting</i>	22
2.5.2.	Processen kring kliniskt beslutsfattande	28
3	Teoretiska utgångspunkter.....	31
3.1	Personcentrerad vård	31
3.2	Egenvårdsteori enligt Dorothea Orem	35
4	Syfte och frågeställningar	38
5	Metod	38
5.1	Kvalitativ metod	38
5.1.1.	Semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod.....	38
5.1.2.	Urval	40
5.2	Etiska överväganden	41
5.3	Dataanalysmetod	41
5.4	Undersökningens praktiska genomförande.....	42
6	Resultat	43
6.1	Informanternas bakgrund.....	44
6.2	Rollbeskrivning.....	44
6.2.1.	Koordinator	44
6.2.2.	Egen mottagning.....	45
6.2.3.	Klinisk expertis	45
6.2.4.	Ledarskap.....	46
6.3	Samarbete	47
6.3.1.	Kontakt och konsultationer	48

6.3.2.	Multidisciplinära team	48
6.4	Patienttrygghet.....	49
6.4.1.	Vård i hemmet.....	49
6.4.2.	Helhetssyn.....	50
6.4.3.	Stöd	51
6.4.4.	Ökad tillgänglighet.....	51
7	Tolkning av resultat.....	53
7.1	Ny rollbeskrivning för AKS	53
7.2	Samarbete mellan olika professioner utvecklar personcentrerad vård.....	55
7.3	Patienttryggheten ökas med ett personcentrerat vårdtänk.....	56
8	Kritisk granskning	59
9	Diskussion.....	63
Källförteckning		

Bilaga 1 Databaser och sökord

Bilaga 2a Informationsbrev

Bilaga 2b Ilmoituskirje

Bilaga 3a Samtycke

Bilaga 3b Suostumus

Bilaga 4a Intervjufrågor

Bilaga 4b Haastattelukysymykset

Bilaga 5 Beslut om forskningstillstånd

Bilaga 6 Case manager rollen och rollens utveckling

1 Inledning

Sjukdomen kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en mycket vanlig folksjukdom. Enligt WHO (2021a) är KOL den tredje dödligaste sjukdomen i världen, år 2019 dödade sjukdomen KOL 3,23 miljoner människor globalt. Enligt WHO (2006a) är tobaksrökning den främsta orsaken till att KOL. Enligt god medicinsk praxis (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020) finns det cirka 200 000 personer i Finland som lider av KOL och förekommer lite mera hos män än hos kvinnor. År 2017 dog 1148 personer i sviterna av KOL i Finland, en tredjedel av dessa var kvinnor. På engelska används benämningen Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) och på finska används främst begreppet keuhkohtaumatauti, men också förkortningen COPD enligt god medicinsk praxis (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020). Enligt Finto (Finländsk tesaurus- och ontologiservice 2020) ska begreppet KOL föredras på svenska, vilket också kommer att användas i detta arbete.

Behovet av hälso- och sjukvård ökar stadigt och det finns också ett allt större krav på att vården ska vara individuellt anpassat. Man måste också förbättra tillgången till vård men samtidigt behöver man kritiskt granska hur tjänsterna och kompetenserna används (Fagerström 2010, 22–45). Enligt Finlands Sjuksköterskeförbund (Kotila, Axelin, Fagerström, Flinkman, Heikkinen, Jokiniemi, Korhonen, Meretoja och Suutarla 2020a) måste det ske förändringar i sjuksköternas arbetsfördelningar och arbetsbeskrivningar för att möta kravet på allt högre produktion av högklassiga hälso- och sjukvårdstjänster till befolkningen. Ur ett ekonomiskt perspektiv måste man också hitta vägar för att hitta lösningar på skenande hälso-och sjukvårdskostnader bland annat genom att påskynda vårdtillgången, förkorta vårdperioder inom specialsjukvården, öka samarbete mellan yrkesgrupper och öka klientstödet.

Patienter som lider av svår KOL har oftast syrebehandling hemma. Har patienten syrebehandling måste detta följas upp hemma eller på sjukhus. På det sjukhus som detta examensarbete har gjorts har lungspecialistläkare genomfört kontroller av patienter som använder syreberikare minst en gång per år på sjukhuset. På senare år har dessa syreberikarkontroller har allt oftare börjat utföras hemma hos patienten tack vare möjligheten att via huden mäta koldioxid- och syrehalten i blodet. Dessa hemmakontroller har genomförts av sjukskötare. En hemmakontroll tar ca 1–2 timmar och innefattar bl.a. mätning av koldioxid och syresaturationshalten i blodet, blodprover, utvärdering

av måendet och genomgång av mediciner. Resultaten av hembesöket ges till lungläkare för bedömning. För den här patientgruppen kan dessa hembesök vara den enda sjukvårdskontakten som patienten har, vilket sätter ett stort ansvar på sjukskötaren att kunna göra rätt klinisk bedömning och hjälpa patienten att kunna sköta sin sjukdom hemma så länge som möjligt. Kontrollerna utförd av sjukskötare kan också vid behov genomföras på sjukhus eller olika boenden. Diskussioner har förts med lungläkaren om det kunde finnas möjlighet för en AKS att ansvara för hemmaboende personer med långt gången (avancerad) KOL som har syrebehandling och organisera deras vård.

Den avancerade kliniska sjukskötarutbildningen är en utbildning på masternivå på 90 studiepoäng och är en högre yrkeshögskoleutbildning i Finland. Enligt Finlands Sjuksköterskeförbund (Kotila, Axelin, Fagerström, Flinkman, Heikkinen, Jokiniemi, Korhonen, Meretoja och Suutarla 2020b) motsvarar definitioner på AKS en Advanced Practice Nurse (APN) och Nurse Practitioner (NP) och på finska asiantuntijasairaanhoitaja och definieras enligt International Council of Nurses (2001–2020) så här:

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

2 Bakgrund

En bra kunskapsgrund är förutsättning för att kunna vårda, hjälpa och stödja personer som lider av KOL. I detta kapitel kommer sjukdomen KOL att belysas som sjukdom och en del av den medicinska biten av KOL-vården, så som KOL-medicinering, syrebehandling samt non-invasiv ventilationsvård. Vidare i kapitlet behandlas vilka stöd- och vårdåtgärder en person med KOL kunde tänkas behöva. För att personer med KOL ska få en så bra vård som möjligt från alla synvinklar kommer multidisciplinära team också att beskrivas i detta kapitel. I bilaga 1 finns en förteckning på vilka databaser och sökord som har använts till att skriva bakgrunden. I detta utvecklingsarbete har både begreppet patient och person använts. Begreppet patient har använts av källorna och hänvisas också som patient i texten, men eftersom patienten med KOL bor hemma kommer respondenten själv att hänvisa till begreppet person.

2.1 Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Den främsta orsaken bakom KOL är enligt god medicinsk praxis (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020) tobaksrökning och man bör vara medveten om att tobaksrökning kan ge symptom med 20 års fördröjning, och ju högre exponering desto större risk är att insjukna i KOL. Andra orsaker kan vara bland annat dålig arbetsmiljö, där det förekommer rikligt med damm, gaser eller ångor kan öka risken för KOL, därför bör patientens eventuella yrkesexponering kartläggas. Enligt WHO (2006a) ökar risken för KOL också av luftföroreningar som förekommer i samband med förbränning av ved och biomassabränslen. Även den pensionerade patientens yrkesanamnes ska enligt Sörenson (2018, 78) kartläggas med tanke på eventuella exponeringar i arbetslivet. Enligt god medicinsk praxis (Keuhkohtaumatauti – salaa etenevä kansantauti 2019a) kan den sällsynta sjukdomen alfa-1 antitrypsin-brist också öka risken för att insjukna i emfysem. Tidigare luftvägsinfektioner, astma och släktanamnes är viktig information vid diagnostiseringen. WHO (2006a) nämner andra möjliga riskfaktorer för att insjukna i KOL så som låg födelsevikt, luftvägsinfektioner i barndomen, gener, kön och socioekonomisk status. Enligt god medicinsk praxis (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020) kan KOL delas in i tre olika stadier; mild, medelsvår och mycket svår. KOL definieras som ihållande andningsbesvär och kronisk luftvägsinflammation. Definitionen kan delas upp i tre olika delar; kronisk *bronkit*, vilket ökar slembildning, förlängd *expiration* (utandning) vilket orsakas av förträngningar i bronkerna, samt

alveolers förstörelse (*emfysem*). Enligt WHO (2006a) kännetecknas KOL av luftflödesbegränsning orsakade av skadliga partiklar som ger ett onormalt inflammatoriskt svar. Luftflödesbegränsningen orsakas av förträngningar i bronkiolerna p.g.a. kronisk inflammation och förstörelse av lungparenkymet (p.g.a. inflammatoriska processer), vilket leder till förlust av alveolära fästen, detta i sin tur minskar elasticiteten i lungorna, alltså att alveolerna inte hålls öppna vid utandningsfasen. Enligt WHO (2006a) kan KOL även ge betydande symptom också utanför lungorna som kan variera från patient till patient. KOL patienter lider ofta av kronisk hosta, slembildning och andfåddhet, men det är värt att notera att det finns även KOL patienter med luftflödesbegränsning som varken har hosta eller slembildning. Enligt medicinsk god praxis (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020) baserar man KOL-diagnosen på anamnesen, exponeringar, symptomen och spirometrimätningar. Spirometrimätningar görs efter att patienten har fått bronkodilaterande (utvidgande) läkemedel, och mäts ofta i utandningskapacitet/sekund (FEV_1) till snabb vitalkapacitet FVC. Enligt Braun & Anderson (2012, 328) står förkortningen FEV_1 för forcerad expiratorisk volym på 1 sekund, och mäter den mängden luft som patienten orkar blåsa ut på 1 sekund efter maximal inandning. Förkortningen FVC står för forcerad vitalkapacitet och mäter värdet på den mängden luft som patienten är kapabel att blåsa ut ur lungorna med full kraft efter maximal inandning. Enligt medicinsk god praxis (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020) tyder ett minskat förhållande i utandningskapaciteten $FEV_1/FVC = <0,7$ på en KOL-diagnos. För att mäta hur svår obstruktionsgraden är använder man FEV_1 värde, i Finland använder man också Kainu-referensvärde (Z-värde; mild KOL: $Z \geq -2,5$, svår KOL $Z < -4,0$). WHO (2006a) har gjort upp en global strategi för diagnostisering, hantering och förebyggande av kronisk obstruktiv sjukdom. WHO (2006a) använder förkortningen GOLD (Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease Lung Disease) och syftet med GOLD är att öka medvetenheten om sjukdomen KOL och minska sjukligheten och dödligheten i hela världen. För att kunna definiera och bedöma svårighetsgraden av KOL använder WHO (2006a) en skala mellan 1–4 (GOLD I-IV). GOLD I innebär mild KOL, där patienten har kronisk hosta och lite slembildning, $FEV_1 > 80\%$, GOLD II innebär moderat KOL, där patienten lider av andfåddhet vid ansträngning, patienten har även hosta och slembildning, $FEV_1 < 80\%$. I detta skede brukar patienten söka sig till läkaren, GOLD III innebär ytterligare andfåddhet, minskad fysisk ork och upprepade *exacerbationer* (förvärringstillstånd), $FEV_1 < 50\%$, GOLD IV innebär att patienten lider av andningssvikt som kan leda till högersidig hjärtsvikt. I detta skede är livskvaliteten mycket

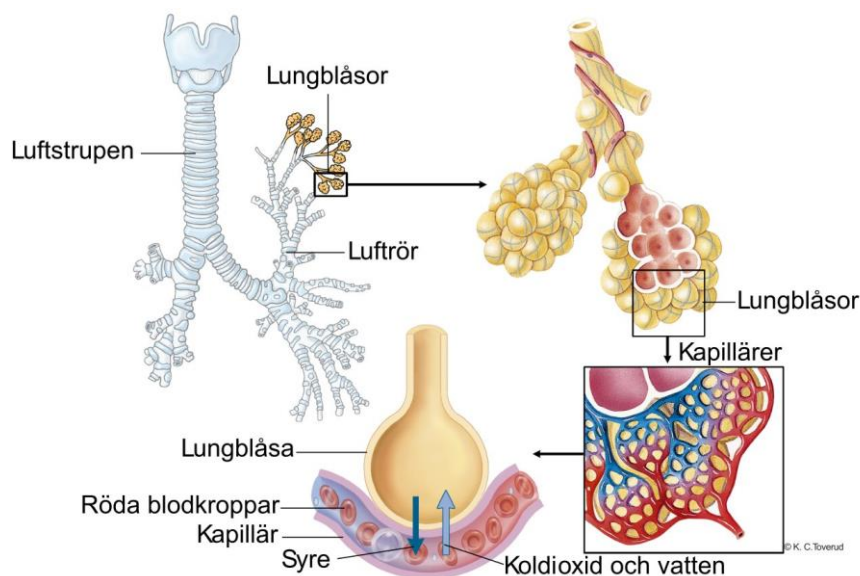
nedsatt och risken för allvarliga livshotande exacerbationer ökar, $FEV_1 < 30\%$ (WHO 2006a). I detta arbete kommer fokus att vara på patienter bor hemma med svår KOL alltså, GOLD III-IV

De vanligaste symptomen för svår långt gången KOL är enligt god medicinsk praxis (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020) är andnöd (90–95%), hosta (50–80%), smärta (30–70%), trötthet (70–80%) och depression (35–70%). En svår långt gången KOL kännetecknas av att patienten orkar mindre, lider av andnöd i vila eller känner av andnöd efter en promenad på under 100 meter, flertalet försämringstillstånd (exacerbationer) under året, lider av hypoxemi/hyperkapni, har FEV_1 värde under 30% av referensvärde, har ofrivilligt gått ner i vikt, högt blodtryck i lungornas pulsådor (*pulmonell hypertension*) och flera andra sjukdomar. Enligt god medicinsk praxis (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020) och WHO (2006a) har patienter med KOL större risk att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar, luftvägsinfektioner, anemi, glaukom, diabetes, osteoporos samt psykiska besvär så som sömnproblem och depression. Försämringstillstånd (*exacerbation*) bland KOL patienter är allvarligt. Patienterna får en försämrad livskvalité, lungfunktionsförlust, ökad risk för sjukhusvistelse samt ökad dödlighetsrisk. Återhämtningen efter en exacerbation kan ta månader i anspråk. Exacerbationer kan indelas i olika svårighetsgrader, från lindrig till mycket svår. För patienter med svår KOL och respiratorisk andningssvikt (låg syremättnad och höga koldioxidvärden i blodet) är exacerbationer livshotande och kan leda till döden (Larsson 2013, 51–52). De kliniska symptomen för en exacerbation är enligt god medicinsk praxis (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020) förvärrad andnöd, hosta och slemmiga upphostningar. Om upphostningarna är gröngula kan det vara fråga om en bakteriell infektion (Larsson 2013, 51) och är enligt god medicinsk praxis (Keuhkohtaumatauti – salaa etenevä kansantauti 2019a) den största utlösande faktorn för en exacerbation. Enligt Larsson (2013, 51) kan virusinfektioner också utlösa en exacerbation. Enligt god medicinsk praxis (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020) och Larsson (2013, 51) är exacerbation individuellt, en del KOL patienter upplever inga försämringsperioder alls medan andra har återkommande försämringsperioder.

Till KOL-patientens läkemedelsarsenal hör en rad olika mediciner som fungerar på olika sätt för att underlätta patientens andning. Den medicinska behandlingen består vanligtvis av inhalerbara bronkodilaterande mediciner som är antigen kortverkande (SABA) eller långverkande (LABA),

inhalerbara slemlösande mediciner som också kan vara både kortverkande (SAMA) och långverkande (LAMA) samt inhalerbara steroider (ICS). Målet med läkemedelsbehandlingen är att minska symptomen och minska risken för exacerbationer. Läkemedelsbehandlingen ska vara individuellt anpassad och ska noggrant följas upp för att kunna justeras vid behov. Det är viktigt att rätt inhalator väljs för patienten och för det krävs det inskolning och uppföljning av rätt teknik. KOL-medicineringen kan också förekomma i tablettform så som roflumilastbehandling, orala glukokortikoider, teofyllin, makrolider och mukolytika. Man rekommenderar att KOL-patienter ska ta vacciner för att bland annat minska risken för lunginflammation och exacerbationer (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020). Enligt Spencer och Hanania (2013) kan ett misslyckat medicinskt behandlingsresultat bero på otillräcklig kunskap sjukdomen eller den medicinska behandlingen, orealistiska förväntningar på medicinernas effekt, upplevelser av biverkningar, över- eller under användning av mediciner. Därför är det viktigt att patienten får information om sjukdomen, medicinerna, biverkningarna och utbildning i rätt administrerings teknik.

Luftvägarna består av trachea som delar sig i två huvudbronker (se figur 1). Huvudbronkerna delar sig lobbronker, segmentbronker och till allt mindre luftvägar. Terminala bronkioler är de mest perifera ledande luftvägarna som delas till flera generationer av alvolgångar och till sist till alveolerna där själva utbytet mellan gaserna syre (O_2) och koldioxid (CO_2) sker. Syre och koldioxid passerar genom ett membran, vilket kallas för diffusion. Syret binder sig till hemoglobinet i de röda blodkropparna som transporteras ut till kroppen, medan det venösa blodet transporterar koldioxid i form av bikarbonat från blodet till lungorna och genom enzymet karbanhydras kan det senare andas ut som koldioxid.



Figur 1 visar luftvägarnas anatomi, där man ser luftstrupen (*trachean*) som delar sig i två huvudbronker. I de terminala bronkiolerna ser man luftblåsorna (*alveolerna*) där gasutbytet mellan syre och koldioxid sker. (Brydolf 2019)

Med artärblodgasanalys vill man få reda på balansen mellan syror och baser i kroppen och eventuella störningar i syra-bas balansen. Det är viktigt att syra-basbalansen i kroppen hålls stabil. Störningar i den här balansen påverkar kroppens funktioner (bl.a. cellvätska, enzymer som reglerar bl.a. ATP molekyler, hjärnan och nervsystemet) på ett negativt sätt. PH är ett värde som står för koncentrationen av vätejoner i en lösning. Normal pH för en människa ska ligga runt 7,4 i plasman. Kroppen kan genom olika buffertsystem hålla pH balansen stabil i kroppen genom att reglera vätejoner i kroppen. Vid *respiratorisk acidosis* får patienten inte vädrat ut tillräckligt med koldioxid, vilket gör att koldioxidhalten i blodet stiger och pH sjunker lägre än pH 7,4 och kroppen blir för sur. Detta beror på att gasutbytet i alveolerna är undermåligt t.ex. hos en KOL-patient. Vid *respiratorisk alkalos* vädrar patienten ut för mycket koldioxid och då stiger pH över 7,4 i blodet, t.ex. vid *hyperventilation* och patienten blir för basisk (Nicolaysen 2014, 298–302).

För att mäta syre- och koldioxidhalten i blodet tar man blodprov ur artären, ett så kallat artärgasblodanalys (Larsson 2013, 11–15). Man har på senare år även kunnat mäta blodgaserna via en transcutan kapnometer. Enligt Svensk MeSH (Karolinska Institutet) definieras det som en non-invasiv åtgärd för att mäta det partiella syrgas- och koldioxidtrycket i kapillärerna genom en elektrod som sätts på huden. Registreringen fås genom att elektroden skickar fotoelektriska sensorer som registrerar våglängder från syresatt blod och minskat hemoglobin. Enligt Chhajed, Miedinger, Baty, Bernasconi, Heuss, Leuppi & Tamm (2010) studie kom man fram till att användningen av transcutan kapnometri är säker och tryggt att använda. I jämförelse mellan resultat från artärbloodprover och resultat från transcutan kapnometri- och oxymetrivärden såg man att resultaten motsvarade varandra. Larsson (2013, 16) skriver att mätvärdet vanligtvis anges i KiloPascal (kPa) och man brukar prata om syrgaspartialtryck ($p\text{aO}_2$) och koldioxidpartialtryck ($p\text{aCO}_2$). Normal värde för $p\text{aO}_2$ i arteriellt blod är hos en ung och frisk person 13 kPa, men runt pensionärsåldern kan det sjunka till 10 kPa. Normalvärde för $p\text{aCO}_2$ i artärblood är mellan 4,6 och 6,0 kPa. Braun och Andersson (2017, s. 329–333) skriver att minskad mängd syre och sänkt syrepartialtryck i arteriellt blod kallas för *hypoxemi* och orsakas av underventilation (*hypoventilation*) och problem med passage i membranet i alveolen. Svår hypoxemi kallas för *hypoxi* vilket betyder att vävnaderna har minskat tillgång till syre. Hypoxi berör alla cellerna i kroppen, speciellt i hjärnan, hjärtat och lungorna. Långvarig eller svår hypoxi kan leda till celledöd. Tecken på hypoxi är oro, slöhet, medvetslöshet och i värsta fall kan hypoxi leda till döden. *Hyperkapni* innebär ökad mängd koldioxid och ett högre koldioxidpartialtryck i arteriellt blod. Om hyperkapni inte åtgärdas kan patienten få elektrolytrubbningar som stör hjärtverksamheten i form av rytmstörningar, bli medvetslöshet eller t.om. dö.

Enligt god medicinsk praxis kan syrebehandling bli aktuellt om patienten har kroniskt långt gången KOL. Syrebehandling har visat sig minska på dödligheten bland patienter med svår hypoxi. Patienten måste vara motiverad för denna typ av åtagande, eftersom man rekommenderade dyngsanvändning av syre i hemmet är minst 15 timmar, men gärna 20–24 timmar i dygnet för att få så bra behandlingsresultat som möjligt. Det billigaste alternativet för patienten är att låna en syreberikare från sjukhuset som kan användas inomhus och syrebomb som kan användas utomhus. Ett annat, lite dyrare och receptbelagt alternativ är flytande syre. Det finns en del kriterier som patienten måste fylla för att man kan starta en syrebehandling i hemmet. Det viktigaste kriteriet är att patienten måste vara absolut rökfri och syrepartialtrycket måste ha visat under 7.3 kPa i två

olika prov under en tre veckors tid där patienten har andats vanlig rumsluft och varit i en stabil fas. Syrebehandling kan också bli aktuell om partialtrycket för syre visar mellan 7,3 och 8.0 kPa och patienten samtidigt har svullnader, ökat antalet röda blodkroppar (*polycytemi*), hypoxi under natten, neuropsykogiska symptom eller om syrebehandlingen har visat önskat effekt, alltså paO_2 visar ett värde över 8 kPa (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020).

Enligt British Thoracic Society (BTS) -guidelines (2015) startas syrebehandlingen vanligen med 1l/min och ges i första hand via näsan genom en slang eller vid behov med syremask. Målet är att SpO_2 ska vara > 90%. Uppföljningar av syrebehandlingen bör göras tätare vid början av behandlingen och man bör följa med blodgasanalys för att utvärdera om flödet av syre är optimalt för patienten. Senare kan uppföljningen göras efter 3–6 månader efter påbörjad behandling till att sedan minska till 1 gång/år. De senare uppföljningarna kan göras hemma eller på sjukhus av sjukskötare med kunskap om syrebehandling. Det finns en del risker kopplade till syrebehandling hemma, patienten måste vara absolut rökfri p.g.a. stor brandrisk. Detta gäller även användning av e-cigarett, levande ljus, gas, petroleumbaserade krämer och andra former av eldning i hemmet. Skriftlig information om brandrisken bör ges och varningen gäller både patientens själv och personer som lever i samma hushåll. Man rekommenderar att använda riskkartläggningsverktyg för att utvärdera riskerna. Moore (2019) skrev en artikel om att använda ett riskkartläggningsverktyg som heter "Home Oxygen Risk Assessment-tool" för att öka säkerheten av syrebehandling hemma hos patienten. Med hjälp av verktyget kunde man analysera riskerna kopplade till syrebehandling och tobaksrökning, mentalstatus, fallrisk, användning av öppen eld, minneslöshet, alkoholvanor, hörsel- och synnedläggning. De potentiella riskerna kunde poängsättas och graderas från låga till katastrofala risker. På basen av resultaten kunde man få fram hur säkert det är med syreberikare hemma hos patienten och lättare göra upp en vårdplan. Patienternas upplevelser av syrebehandling beskrivs i Véron, Pautex, Weber, Janssens, Cedraschi (2018) intervjustudie bland 18 patienter med svår eller mycket svår KOL. I artikelns resultat framkom det att patienterna kände att de led över att syrebehandlingen utgör ett hinder för dagliga aktiviteter så som att handla, resa med kollektivtrafik och delta i sociala aktiviteter. Känslor av ångest skapades av rädsla för att syret tar slut, att vara beroende av syre och andra människor, socialt stigma och tekniska problem associerat med syrebehandlingen. Artikelförfattarna ger som förslag hur dessa problem kan tacklas, bl.a. genom att sätta fokus på information och stödjande åtgärder

baserat på vad patienten har för behov. Patienter med KOL kan få NIV-behandling (Non Invasiv ventilation) vilket betyder enligt Mas och Masip (2014) att man genom en ventilatormaskin som ger ventilationsstöd med ett positivt tryck genom en mask. Non-invasiv ventilation är behandlingsmetod för att minska på dödligheten bland KOL-patienter. Däremot finns det inte starka bevis på att NIV-behandling skulle minska på antalet på exacerbationer eller sjukhusvård. NIV-behandling nattetid kan övervägas till KOL-patienter som lider av kraftig hyperkapni vid syrgasbehandling och nattlig hypoventilation. NIV-behandling förbättrar sannolikt inte gasutbytet, livskvaliteten, andningsmuskelstyrkan eller sömnen i någon större grad, men kan minska dödligheten (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020).

2.2 Vård- och stödåtgärder vid KOL

Patienter eller personer som bor hemma med KOL behöver få hjälp med tobaksavvänjning, stödåtgärder för fysisk aktivitet, nutritionsstöd och emotionellt stöd. Enligt god medicinsk praxis kan man använda ett övergripande kartläggningsverktyg av KOL-patientens livskvalité kan mätas genom ett CAT-test (COPD Assessment Test) (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020).

2.2.1. Tobaksavvänjning

Enligt WHO (2021b) dödar tobaksrökningen årligen globalt cirka 8 miljoner människor, av dessa dör cirka 7 miljoner av att de själva använder tobaksprodukter och 1,2 miljoner människor dör av passiv rökning. Enligt god medicinsk praxis är antalet dödfall relaterade till tobaksrökning i Finland beräknat till cirka 4000 personer/år. Tobaksrökningens skadeverkningar är dyrt för samhället. Problem orsakad av tobaksrökning gav år 340 000 sjukhusdagar vilket motsvarar i pengar runt 277 miljoner euro/år. Den totala summan beräknas vara 1,5 miljarder €/år då alla direkta och indirekta sociala kostnader har tagits i beaktan. Tobaksberoende klassas som en kronisk sjukdom och kan beroendet delas upp i två kategorier; *tobaks-* och *nikotinberoende*. Tobaksberoende innebär ett fysiskt, psykiskt och ett socialt beroendeskap, medan nikotinberoende påverkar hjärnan genom att öka nikotinreceptorerna och ändrar deras funktion. Enligt god medicinsk praxis vinner KOL-patienter alltid på att sluta röka eftersom sjukdomsprocessen förlängs, symptomen lindras och livslängden förlängs (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito: Käypähoito 2018).

Enligt god medicinsk praxis har vårdpersonalen har en nyckelposition vid tobaksavvänjning och deras uppgift är att identifiera beroendeskap samt uppmuntra, hjälpa och stödja patienten (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito: Käypähoito 2018). I Burrows och Carisle (2010) studie framkom det att för många direktiv och en allt för stram inställning från vårdpersonalen anses vara kontraproduktivt. Några patienter i studien uttryckte sin ilska över att bli tillsagda att sluta röka. Enligt Lund, Hylander och Törnqvist (2012) kan patienter använda sig av destruktiva och konstruktiva mentala strategier för att försöka sluta röka. Rökavvänjningsprocessen började med att för ta ett beslut att sluta röka, som då följdes av planeringsskedet och efter det skulle planen genomföras. Försök att sluta röka kan för vissa patienter innebära att de börjar utveckla olika mentala tryckstillstånd, så som rädslor för kritik, press

och värdelöshetskänslor. För att komma över dessa känslor framkom det i studien att patienter som använde sig av konstruktiva mentala strategier hade större chans att klara av att sluta röka. De konstruktiva strategierna var användning av tryckavlastande strategier som att ta ett steg tillbaka t.ex. i planeringsskedet vilket kunde ge nya insikter och ge mer motivation till fortsatt rökavvänjning. De patienter som använde sig av destruktiva strategier så som undvikande av information, smygrökning, skyllande på andra och rationalisering hade en mindre chans att lyckas. Anledning till fortsatt rökning kunde också hittas i att patienterna inte kände till sjukdomens allvar, informationsbrist, skepticism mot KOL-diagnosen samt lätta eller inga sjukdomssymptom. Självmedvetenhet om vilka strategier patienter har kan både hjälpa dem själva och sjukskötare för en bättre förståelse om varför det kan vara svårt att sluta röka. I Burrows och Carisle (2010) studie framkom det att patienternas främsta motiv för rökstopp är relaterade till hälsa och ekonomi. I studien framkom det också att patienterna kände sig motiverade att sluta röka på sjukhuset men väl hemma sjönk motivationen och patienterna föll tillbaka till samma beteendemönster. För att lyckas med rökstopp behövs en rak men stödjande strategi när patienten informeras om sambandet mellan rökning och KOL. Tillsammans med patienten kan man belysa farorna med rökning och med gemensamma krafter försöka sluta röka. På detta sätt minskar kommunikationsproblem som till exempel undvikande av fakta och på detta sätt behåller patienten en känsla av självkontroll. Enligt god medicinsk praxis (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito: Käypähoito 2018) beror misslyckade försök på motivationsbrist, psykiska problem, andra rökare i närmiljön, viktproblem, kaffe-och alkoholkonsumtion och stress. Omgivningens stöd har stor betydelse för att öka chansen att lyckas.

2.2.2. Fysisk aktivitet och rehabilitering

Det finns ett tydligt samband mellan livskvalitet och fysisk ork, därför är det av största vikt att KOL patienten förbättrar sin kondition eller behåller kvar den kondition som finns. Fysisk aktivitet ska ses om en del av livet, men det är viktigt att den fysiska aktiviteten är anpassad till individen (Larsson 2013, 107). Trots att fysisk aktivitet bland KOL-patienter är viktigt så visade det sig i en studie bland sjukvårdspersonalens i Australien att sjukvårdspersonalen nog kände till rekommendationerna kring fysisk aktivitet och KOL, men få pratade om dess betydelse med patienterna. Orsakerna till detta bland läkare var tidsbrist, medicinska prioriteringar och brist på kunskap, medan vårdpersonalen saknade evidensbaserade strategier för befrämjande av fysisk

aktivitet (Lahham, Burge, McDonald, & Holland 2020). Enligt Larsson (2013, 108) behöver patienterna få veta att det inte är farligt att anstränga sig och att bli andfådd, tvärtom ska träningsintensiteten ska vara så pass ansträngande att patienten blir trött och känner sig andfådd. Enligt god medicinsk praxis (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020) borde man sträva till en så mångsidig träning som möjligt, gärna muskel- och uthållighetsträning. Larsson (2013, 108–111) skriver att uthållighetsträning är det viktigaste momentet för patienter med KOL och ska innefattas av stora muskelgrupper både i armar och ben, 30 min/3 gånger i veckan med pauser vid behov. Bassängträning är ett bra exempel på bra uthållighetsträning för hela kroppen. Många KOL patienter har svaga muskler och det är bra för patienterna att träna styrka med vikter eller gummiband. Rörlighetsträning som är inriktad på ben, bål, nacke och skuldror är också viktigt för att få en förbättrad rörlighet i kroppen och minska risken för skador under träningen. För att bättre klara av det dagliga livet rekommenderas det att patienten också tränar andningsteknik. Patienten kan med hjälp av fysioterapeut få ett individuellt anpassat träningsprogram. Respondenten hade svårt att hitta artiklar som tangerade fysisk aktivitet bland personer som har en lång gången KOL.

En vanlig metod för att mäta den fysisk prestationsförmåga är 6 minuters gångtest (Käypähoito 2020) och enligt Ekroos och Katajisto (2011) skriver att ett gångtest på 6 minuter under 360 meter ökar risken för att efter varje minskning på 50 meter ökar dödligheten med 1,5 gånger. van Dam van Isselt, Spruit-van Eijk., Chavannes, Achterberg, och Groenewegen-Sipkema (2013) skriver i sin artikel om geriatrisk rehabilitering för patienter med avancerad KOL i Nederländerna. Utgående från en patientcentrerad approach skraddarsyr man en rehabiliteringsplan utgående från den äldre KOL- patientens kapacitet. Rehabiliteringen äger rum på specialhem, Skilled Nursing Facilities (SNF) där patienten har tillgång till ett multidisciplinärt team bestående av bland annat sjukskötare, fysioterapeuter, psykologer, arbetsterapeuter, dietister, socialarbetare och tal- och språkpatologer. En rehabiliteringsperiod på ett SNF hem varierar mellan 42 dagar och 3 månader. Man genomgår en generell medicinsk utvärdering av sjukdomens svårighetsgrad, mediciner, relaterade sjukdomar, symptom, funktionell kapacitet, hälsoutvärdering, psykosocial funktion och ADL-funktionen. Utifrån denna information utformas en individuell rehabiliteringsplan som utvärderas en gång i veckan under rehabiliteringsperioden. Programmet är en blandning av rehabiliterings- och palliativ vård och består av medicinsk genomgång, så som optimering av den medicinska vården. inhalationsteknik och genomgång av kronisk syreanvändning. Patienten får information om symptomlindring, stöd till egenvård och rökavvänjning. Vidare får patienten vård

av det multidisciplinära teamet med deras specialiteter. Sista delen av rehabiliteringstiden koncentreras på att hitta strategier för att bibehålla fysiska och psykiska funktioner hemma.

2.2.3. Emotionellt stöd

Det är inte bara de fysiska besvären som behöver vårdas. Patienter kan också uppleva mental ohälsa kopplat till KOL. Dury (2016) gjorde en undersökning i England om KOL patienternas behov av emotionellt stöd. Känslor som ångest, depression, panik och stress är vanliga hos KOL patienter, även känslor som skam och självanklagande är vanliga. Det visade sig att i Durys (2016) artikel att patienterna själva inte tar upp diskussionen om mental ohälsa p.g.a. sjukvårdspersonalens negativa attityd till mentala problem.

Ett stort problem är att hälso- och sjukvårdspersonal inte har tillräckligt med kunskap om mentala störningar, vilket kan leda till att patienterna blir underdiagnostiserade och inte får den behandling som de skulle behöva för sin mentala ohälsa. Enligt Siltanen, Aine, Huhtala, Kunonen, Vasankari och Paavilainen (2020) får patienterna mycket information om den medicinska vården, rökavvänjning och fysisk aktivitet, men patientinformation om den psykologiska biten av sjukdomen ignoreras ofta. Läkare koncentrerar sig på information om diagnos och behandling, medan sjukskötare diskuterade mera om praktiska saker kring sjukdomen samt att frågor om palliativ vård och vård i livets slutskede diskuterades sällan med patienterna. Enligt WHO (2007) måste vården komma bort från sjukdomscentrerad vård och börja se personen bakom patienten. För att kunna möta alla behov som personer med KOL kan ha behöver vården utgå från ett holistiskt perspektiv enligt det tankesättet som används i person-centrerad vård (PCC)

2.2.4. Nutrition

Enligt god medicinsk praxis uppskattas det att cirka 25% av patienter med svår KOL, som är intagna på diverse vårdplatser, lider av näringsbrist och katabolisk ämnesomsättning. Dålig näringsstatus är allvarligt och kan leda till akut andnöd och respiratorvård (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020). Enligt Hodson (2016) ökar undernäring risken för sjukhusintagning, längre sjukhusvistelser, återbesök och ökad dödlighet. Dålig näringsstatus är kostsamt för samhället och bör därför följas upp och åtgärdas. Undernäring hos KOL-patienter kan bero på flera orsaker. Undernäring kan bero på hög energiförbrukning på grund av inflammation eller på grund av att

andningen kräver mera muskelkraft. Orsaken är alltså relaterad till själva sjukdomen. En annan orsak till undernäring kan vara kopplat till läkemedel. Muntorrhet kan orsakas av syrebehandling samt läkemedelsadministration via inhalatorer och nebulisatorer. Muntorrheten kan bidra till smaksensationsstörningar och sväljningssvårigheter. Andra orsaker till undernäring kan vara depression, ångest och motivationsbrist som i sin tur kan leda till social isolering som också är en bidragande faktor till undernäring. Boendemiljö och otillräckliga utrymmen för matlagning kan också bidra till undernäring. Rökstopp kan öka aptiteten då smak- och luktsensationer blir bättre. Enligt Socialstyrelsen (2020) innebär näringsvårdsprocessen att man i tidigt skede upptäcker tecken på malnutrition, t.ex. försämrad aptit. Sedan gör man en bedömning av risk för undernäring t.ex. via ett MNA (Mini Nutritional Assessment)- test. Efter det gör man en utredning av undernäringen och kartlägger vilka problem som finns t.ex. sväljningssvårigheter, vid behov kan man ta hjälp av logoped och nutritionsexpert. Sedan följer man upp vätske- och näringsintag och sedan fastställer man näringsbehovet som och sedan utvärderas interventionen. Nutritionsbehandling kan vara kostbehandling som kan handla om specialkost, stödåtgärder vid matsituationen, konsistensanpassning, måltidsordning (hur maten fördelas under dygnet dvs. 2 huvudmåltider/dag + frukost och mellanmål) och berikning (ökat protein- och fettintag). Den medicinska nutritionsbehandlingen innebär kosttillägg och enteral eller parenteral näringstillförsel.

2.3 Multidisciplinärt KOL-team

För att bättre kunna stöda KOL-patientens behov skriver Larsson (2013, 137) att det finns behov av ett KOL-team runt patienten som kan vårda patienten ur olika perspektiv. I teamet kunde astma-KOL-sköterska, läkare och fysioterapeut ingå och vid behov också dietist och kurator. I en studie gjort i Storbritannien av Kruis, Soljak, Chavannes och Elkin (2016) undersökte man behovet av multidisciplinära team-möten (MDT) vid KOL. I intervjuundersökningen deltog sjukskötare, fysioterapeuter, lungläkare, allmänläkare samt andra som jobbar inom vården. I resultatet framkom det att syftet med ett MDT möte var att öka kommunikationer mellan yrkesgrupper, öka kunskap, utforma vårdplaner och koordinera vården. Under MDT möten kunde man diskutera enskilda patientfall som t.ex. komplexa fall, palliativvård, in- och utskrivningar och förhindrande av exacerbationer. I studien framgick det också att man kunde bjuda in bl.a. socialarbetare, palliativa vården, mentalvårdare och nutritionist till dessa möten. Genom att hålla MDT möten kunde man öka vårdtryggheten och uppdatera kunskap och dela information. Enligt artikeln finns det ingen standardmetod för dessa möten, men det framkom i intervjuerna att det finns behov av att ha en standardiserad möteslista och ha ett mera på förhand planerat diskussionsunderlag för att sedan lättare kunna dokumentera vad som sagts under mötet. I Doekhie, Buljac-Samardzic, Strating och Paauwes (2017) artikel framkom det att det finns tre olika faktorer som påverkar teamarbetet; 1) att man känner personerna man jobbar med, att man vet vad man kan förvänta sig av varje teammedlem och man känner till vars och ens ansvarsområden. Om teammedlemmar känner varandra och kan samarbeta kunde det öka patienttillfredsställelse och patienternas förtroende för vården 2) att man förstår nödvändigheten med informationsutbyte och 3) att helhetssyn i vården anses vara det viktigaste i befrämjandet av samarbete. Trots att varje teammedlem har sitt speciella kunnande inom sitt eget område måste man ändå sträva till att möta patientens behov kollektivt

2.4 Vårdmål för patienter som lider av svår KOL

Vårdmålen för patienter som lider av svår långt gången KOL ligger i att försöka underlätta det vardagliga livet genom att bromsa sjukdomens framfart, öka livskvalitet, minska antalet exacerbationer och minska dödlighet. KOL-patienter behöver i första hand stödjas och uppmuntras till egen vård av vårdpersonalen (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020). I detta kapitel tas upp

KOL-patientens eget ansvar för att ta hand om sig själv och sköta om sin sjukdom. Patienten kan och ska tillsammans med vårdpersonalen ta gemensamma beslut om vården, även kallat delat beslutsfattande vilket också är en del av tanken bakom personcentrerad vård.

2.4.1. Personligt ansvar

Paternalism (förmyndarskap) är ett tankesätt som har länge styrt hälso- och sjukvården och innebär att vården gör något *för* patienterna istället för att göra det *med* patienterna. Det paternalistiska tankesättet gör att patienterna förlorar sin kapacitet att sköta om sig själv och sin hälsa. Man kan tycka att paternalism är något positivt, men faktum är att paternalism tenderar att göra patienterna passiva, vilket är ett hot mot deras hälsa. Patienternas förutsättningar att ta hand om sin hälsa ökar om patienten får information om sin sjukdom, dess behandling, var de kan söka hjälp och hur sjukdomen ska skötas (Coulter, 2011, s. 2–7). Men Coulter (2011, s.8) ställer en trivial fråga; är människor/patienter villiga att ta på sig mera ansvar vad gäller deras hälsa? Sätter man för mycket börda på sjuka och redan utsatta människor och undermineras förtroendet för hälso- och sjukvården? Det är väl känt att förtroende måste förtjänas men enligt Coulter, (2011, s.8) ska förtroende inte förväxlas med blind tro, vårdpersonalen har inte svar på alla frågor. Enligt god medicinsk god praxis innebär egenvård från KOL patientens sida att hen deltar i vårdplaneringen och genomförandet av vården tillsammans med vårdpersonal. Patienten har ansvar för att följa med sitt eget mående och identifiera symptom. Patienten har också ett ansvar att ta sina mediciner samt följa läkarens råd vid händelse av infektioner och försämringstillstånd (Keuhkohtaumatauti: Käypähoito 2020). För att patienten lättare ska kunna sköta den egna vården av KOL kunde man ta hjälp av olika hjälpmedel. Som till exempel trafikljusmodellen för KOL-patienter av Saunier (2017) som utgår från trafikljusens färger, där grönt beskriver måendet som bra och kräver ingen åtgärd, gult ljus beskriver dåligt mående och ger instruktioner på att t.ex. öka medicinering eller ringa läkaren och den röda färgen indikerar direkt fara och ger patienten instruktioner att ringa ambulans. Trafikljusmodellen är ett enkelt visuellt hjälpmedel som stöder patienten att ta hand om sig själv och handla riktigt beroende på måendet.

2.4.2. Delat beslutsfattande

Genom delat beslutsfattande aktiveras och involveras patienten i sin egen vård, vilket ökar chanserna för att vården ska lyckas (Griffith & Tegnah (2013)). I England har man tagit i bruk en slogan som heter “no decision about me without me” (Griffith & Tegnah (2013)) och handlar enligt Department of Health (2012) om att sätta personen i centrum. Personen ska ha rätt att uttrycka sin önskan angående sin vård och få information om olika vårdalternativ. Målet med “no decision about me without me” är att det ska bli normen i vården. Griffith & Tegnah (2013) skriver att det är viktigt att vårdpersonalen kommer bort från ett paternalistiskt tänkande och istället jobbar för befrämjande av partnerskap tillsammans med patienten. Vårdgivare måste ge råd och informera patienten och få patientens samtycke vid bland annat behandling. Patienten har rätt att vägra behandling och det måste man acceptera trots att beslutet kan vara skadligt för patienten. Delat beslutsfattande innebär att vårdaren kan erbjuda patienten olika möjliga vårdalternativ. Enligt Social- och hälsovårdsministeriet (Sihvo, Isola, Kivipelto, Linnanmäki, Lyytikäinen, Sainio (2018, s.10–12) ska patienter ha möjlighet att påverka, delta och planera sin egen vård. Men det förutsätter att det finns ett samarbete mellan patienten, anhöriga, vårdpersonalen och serviceproducenter. Kundorienteradvård är en värdering som strävar till att möta patienternas vårdbehov och ska fungera som utgångsläge vid planering och utförande av vård. Kärnan i denna värdering är respekt för mänskligt värde samt bemötande av människors grundbehov. Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (1992/785) måste vårdplaner göras i samråd med patienten, anhöriga, närstående eller lagliga företrädare vid behov. I vårdplanen bör det framkomma information om undersökning, vård och medicinsk rehabilitering samt hur och vilken tidtabell vården ska ordnas (§4). Patienten har rättighet att få information om hälsotillstånd, vård och behandling samt vilka vård- och behandlingsalternativ det finns (§5). Vården ges i samråd med patienten eller av en annan orsak tillsammans med anhöriga, närstående eller lagliga företrädare som känner till patientens vilja. Om patienten vägrar viss vård och behandling ska vården tryggas på annat sätt i mån av möjlighet och i samförstånd med patienten. Om anhöriga, närstående eller lagliga företrädare förbjuder viss typ av vård ska vården ordnas på annat sätt. Om åsikter är delade ska vården eller behandling utgå från patientens bästa i åtanke (§6). Enligt Tonelli och Sullivan (2019) är delat beslutsfattande en del av personcentrerad vård och ska ske i ett partnerskap med ömsesidig respekt mellan patienten och vårdgivaren. Vid delat beslutsfattande ska patienten som

person respekteras högre än de val han/hon gör.

Enligt god medicinsk praxis är det svårt att uppskatta KOL patientens livslängd och därför är ett palliativt vårdtänk att föredra för att helhetsvården ska vara så smidig som möjligt för KOL-patienten (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypähoito 2019b). Enligt god medicinsk praxis (Lindrände vård i livets slutskede (palliativ vård): Käypähoito 2020) innebär palliativ vård att patienten erhåller aktiv vård vid en obotlig sjukdom. Syftet är att lindra symptom och öka patientens livskvalitet men att ändå ha döden i åtanke. Den palliativa vården är inte enbart för patienten utan stäcker ut sin hand även till patientens anhöriga. Gardiner, Gott, Payne, Small, Barnes, Halpin, Ruse och Seamark (2010) skriver att KOL inte bara påverkar själv patienten utan hela familjen. I de flesta fall är det maken eller maken som sköter KOL patienten hemma. Om den närstående vårdaren själv är gammal och sjuk kan vården av maka eller make med KOL vara en ytterligare börda både emotionellt och socialt, och i en del fall kan friktioner inom familjer förekomma p.g.a. KOL. Men enligt artikeln kan också närstående vård av en patient med KOL också bidra till en ökad livskvalitet. Patienter med KOL och deras familjer behöver stöd också i dessa frågor. Det framkommer också att den palliativa vården inte möter de behov som KOL-patienten har, eftersom den palliativa vården oftast har sin fokus på cancervården (Crawford Brooksbank, Brown, Burgess och Young (2013); Véron et al. (2018); Lavesen, Marsa & Bove 2018). I Crawford et al (2013) artikel kommer det fram att KOL- patientens hjälp ska vara fokuserad på patientens behov, inte prognosen. Crawford et al (2013) hänvisar till en annan artikel gjord av Crawford et al. (2013) om ett ramverk om patientcentrerad modell för avancerad KOL där man tar upp 4 olika teman; 1) riktlinjer för KOL-vården ska utformas enligt sjukdomens inverkan på livet, 2) vården ska vara patientcentrerad, 3) vården ska koordineras mellan sjukhuset, kommunen och hemmet och 4) de anhörigas roll ska erkännas och deras möjlighet att vila ska ökas. Vården ska vara multidimensionell, multidisciplinär och multiprofessionell och ett palliativt vårdtänk rekommenderas för att möta den avancerade KOL-patientens behov och utsatthet. Vården ska utgå från patientens behov och symptom, kärnan i ramverket är att involvera på patienten och närstående i vården. En vårdplan för KOL-patienter borde uppgöras direkt efter att patienten har fått sin diagnos.

Enligt god medicinsk praxis (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypähoito (2019b)) borde en förutseende vårdplan borde göras upp i tid och tillsammans med patienten. Detta ska göras därför att patienten ska ha möjlighet att göra sin röst hörd när det gäller önskningar, rädslor, vårdbegränsningar samt hur vården ska se ut i livets slutskede. Målet med en förutseende vårdplanering är enligt The Gold Standards Framework att bemöta och verkställa patientens värderingar, önskningar, behov och preferenser i vården. Patienter kan själv planera sitt liv och fundera på vad som är viktigt med hjälp av en fem stegsmodell för en förutseende vårdplan där patienten kan 1) tänka (think) på framtiden och vad som är viktigt och vad som är patientens vilja, 2) prata (talk) med anhöriga och reda ut vem som kan prata för patienten ifall patienten inte kan det mera 3) skriva upp (record) och spara anteckningarna, 4) diskutera (discuss) planen med sjukvårdspersonalen, här kan även diskussion om önskade vårdbegränsningar ingå, 5) dela (share) informationen till andra samt i patientjournalen. Crawford et al. (2013) skriver att en förutseende vårdplan också är ett bra verktyg för att underlätta beslut vid frågor om livsuppehållande vård t.ex. DNR (Do-Not-Resuscitate)-beslut. Patienter kan också välja att skriva sin vårdvilja genom sin egen Oma Kanta sida på internet med hjälp av t.ex. bankkoder. Patienter kan skriva allt de önskar; t.ex. vårdvilja, religiös övertygelse, DNR-beslut och andra önskemål (Kanta 2019). Tanken på att dö hemma kan för många KOL-patienter vara en önskan, men när det kommer till kritan kan enligt Rucker och Cook (2013) döden bli svår för både patienten och anhöriga. För att döden ska vara så trygg som möjligt för både patienten och anhöriga kan dödsprocessen börja hemma men efterhand kan patienten flyttas till sjukhuset.

2.5 *Task shifting* för bättre vård

World Health Organisation (WHO) (2008b) definierar *task shifting* som en omfördelning av arbetsuppgifter mellan professioner, så att arbetet delegeras från högkvalificerad till mindre kvalificerad sjukvårdspersonal, för att bättre kunna utnyttja tillgängliga resurser inom hälso- och sjukvården. Enligt Taavitsainen, Saaristo & Tossavainen (2016, 8–10) har man internationellt börjat med arbetsomfördelning inom hälso- och sjukvården för att effektivisera och förbättra

vårdkvaliteten vid både lindriga akuta och kroniska sjukdomar, vilket har lett till att läkare har fått tid för mera komplicerade fall.

WHO (2008b) har gett ut rekommendationer och riktlinjer för hur man kunde stärka och utvidga hälso- och sjukvårdspersonalen för att snabbt öka tillgång olik häls- och sjukvårdstjänster. Implementeringen av dessa riktlinjer borde enligt WHO gå jämsides med andra strategier för att öka antalet arbetare inom alla ramar inom hälso- och sjukvården. Delegering av arbetsuppgifter föreslås vara ett effektivt arbetssätt men som kan komma att kräva betydande investeringar för att kunna genomföras. Trygghet, effektivitet, rättvisa och hållbarhet är nyckelorden i WHO's rekommendationer och inom ramen för dessa nyckelord finns konsultation, situationsanalys samt nationella regelverk. För att säkra vårdkvaliteten behövs kvalitetssäkring, standardiserad utbildning, övervakning, certifiering och utvärdering. WHO's tanke med dessa framtagna rekommendationer är till för att säkerställa tillräckliga resurser för implementering och ska också kunna ge råd om hur man organiserar olika kliniska tjänster med hjälp av denna strategi. De Maesenee, Bourek, McKee, Barry, Brouwer, Kringos, Lehtonen, Murauskiene, Barros Pita, Ricciardi & Siciliani (2019, 7-10) har gjort en rapport om *task shifting* inom hälso- och sjukvården inom den Europeiska Unionen. *Task shifting* kan ses som en förstärkning av sjukvårdens motståndskraft och effektivitet, men ur patientens synvinkel ska det också kunna påverka patientens upplevelse och självständighet. *Task shifting* mellan läkare och sjukskötare kräver utbildning, stöd, integrerat teamarbete och öppna metoder för spridning av information. Det finns åtminstone fyra motiveringar för *task shifting*; ökad hållbarhet inom hälsovården, ekonomisk och social hållbarhet, förbättrande av vårdkvalitén och ökande av motståndskraften i hälsovårdssystemet. Innan *task shifting* tas i bruk inom en organisation måste det planeras noga, finnas klara mål och alla beslut som tas måste vara baserade på evidens. För att få förståelse för vilka förväntningar och rädslor det finns angående implementeringen av *task shifting* borde alla som berörs av det, personal, patienter och organisationer, involveras genom en aktiv dialog. Enligt Kuntatyöntajant (Taavitsainen, et al. 2016, 25) kan uppgifter inom hälso- och sjukvården delegeras, men trots det finns det en del begränsningar som bestäms enligt Finlands lag. Det finns ingen lag i Finland som begränsar delegering av uppgifter, till exempel mellan legitimerad läkare och legitimerad sjukskötare. Men enligt om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (1994/559) är det läkaren som avgör den medicinska undersökningen, diagnostiseringen samt behandlingen av patienten (§22). Men enligt den finländska lagen om yrkesutbildade personer

inom hälso- och sjukvården (1994/559) får en utbildad person inom hälso-och sjukvården som erhållit tillräckligt med utbildning, som har erfarenhet och som har en uppgiftsbeskrivning inleda behandling utgående från patientens symptom, tillgänglig informationen samt egen bedömning av vårdbehovet (§23a). Enligt Kuntatyöntajat (Taavitsainen, et al. 2016, 25) ordinerar läkemedel av läkare, men på senare år har även sjukskötare fått en begränsad förskrivningsrätt av vissa läkemedel efter att ha genomgått en tilläggsutbildning enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (1994/559: §23b). Sist och slutligen konstaterar dock Raleigh och Allan (2017) i sin artikel att utbildning inom klinisk bedömning är en del av *task shifting*, men det viktigaste är ändå vilka färdigheter som ges till den enskilda vårdutövaren än att försöka ersätta en arbetstagare mot en annan. Enligt Fletcher (2013) behövs det stöd från kollegor och en formell godkänd roll för att stärka sjukskötrollen, hen kan inte ensamt ta på sig mera ansvar.

2.5.1. Rollen som avancerad klinisk sjukskötare i *task shifting*

Fagerström (2010, s. 97–100) har skapat en modell för avancerad klinisk omvårdnad för de nordiska länderna. Som bas i denna modell har Fagerström använt Council of Nurses modell och Hamrics vårdmodell. Modellen har 8 kompetenser som en AKS har; *direkt klinisk praxis, etiskt beslutsfattande, coaching och vägledning, konsultation, samarbete, case management, forskning och utveckling och ledarskap*. Kärnan i modellen är relationen mellan patienten och sjukskötaren. Den viktigaste kompetensen är *direkt klinisk praxis* och innebär på en avancerad nivå att AKS självständigt fattar beslut. Det behövs en samverkan av teoretisk- och vetenskaplig kunskap, erfarenhetsbaserad kunskap och en vårdrelation för att kunna göra en klinisk bedömning. Fagerström (2010, s. 136) betonar hur viktigt det är att “verkligen känna sin patient” för att kunna göra en så bra utvärdering av patientens individuella hälsobehov. Fagerström beskriver förmågan att fånga upp det onormala hos patienten som ett detektivarbete, och hör till de kompetenser som en AKS har fått under sin utbildning. Genom att bygga på vårdrelationen till patienten att på riktigt lära känna den unika människan, förstå hennes känslor och reaktioner hjälper AKS att tolka och förstå de olika hälsöförändringarna hos patienten. På så sätt kan AKS observera akuta situationer och i tid förhindra ohälsa hos patienten. För att lyckas med detta detektivarbete behöver AKS föra

ett kliniskt resonemang och ställa olika kliniska hypoteser. Enligt Fagerström (2010, 26) är tanken med en masterutbildad AKS att hen ska självständigt kunna ansvara och behandla patienten, eftersom hen har fördjupad teoretisk och klinisk kompetens tack vare sin utbildning. Nieminen, Mannevaara och Fagerström (2011) skriver i sin artikel om att APN har ett självständigt ansvar att utvärdera patientens hälsohistoria vilket inkluderar patientintervju, undersökning, tolkning, bedömning, undervisning, vägledning och bedömning av läkemedel (inklusive utskrivning av läkemedel och förnyande av läkemedelsrecept) på en avancerad nivå. Spencer och Hanania (2013) skriver att diagnostisering, läkemedelsutskrivning, upptäckande av läkemedelsbiverkningar som te.x. osteoporos, gråstarr, utvärdering och modifiering av vården kunde tillhöra NP-rollen inom KOL vården, men NP-rollen inom KOL vården kan variera mellan olika organisationer. Fletcher (2013) skriver i sin artikel om sjukskötarens expanderade roll inom KOL vården allt från prevention till KOL-patientens vård i livets slutskede. I artikeln framkom det att sjukskötare i Storbritannien med avancerade roller kan göra medicinska och icke medicinska interventioner, ha autonom uppföljningsvård och säkerställa diagnoser. I artikeln framkom det att sjukskötare med expanderade roller behöver träning för att kunna ställa rätt diagnoser, tolka resultat och ge rätt typ av vård. I Lee, Pickstone, Facultad och Titcheners (2017) fallstudie redovisades vilka saker som kunde göras hemma hos patienten med akut exacerbation och ny diagnostiserad hjärtsvikt. I hemmet togs patientens anamnes och man gjorde en omfattande klinisk undersökning av patienten som innefattade inspektion, palpation, auskultation och perkussion. Utifrån kliniska fynd gjordes en arbetsdiagnos efter att man funderat på differentialdiagnoser. För att säkerställa diagnosen gjordes ytterligare undersökningar på sjukhuset, bland annat blodprover och EKG. Efter att diagnosen blev fastställt påbörjades en medicinskbehandling enligt rekommendationer. Studien påvisade att man kan utvärdera, sköta och hantera både akuta och kroniska sjukdomar hemma. Nieminen, Mannevaara och Fagerström (2011) skriver att APN har ett ansvar i vårdrelationen och ska kunna ge tid för patienten, skapa en trygg vårdrelation och garantera vårdkontinuitet. Spencer och Hanania (2013) och Maijala, Tossavainen och Turunen (2016) är inne på samma spår och skriver att det viktigaste är att bygga på en vårdrelation och upprätthålla god kommunikation till patienten samt andra vårdgivare för att optimera vårdresultatet. Att ha ett holistiskt synsätt i patientvården är en viktig kompetens som NP behöver i sitt arbete enligt Maijala, Tossavainen och Turunen (2016). Nieminen, Mannevaara och Fagerström (2011) skriver om att det är viktigt att APN har stöd av en läkare, där man samarbetar och stöder varandra, men det är också viktigt att

det finns en klar ansvarsfördelning mellan APN och läkaren. Raleigh och Allan (2017) skriver att den utökade kunskapen i klinisk bedömning kan tjäna som stöd till läkaren vid vården av kroniska sjukdomar.

Etiskt beslutsfattande hör också till ett av AKS kompetensområden. Att känna igen etiska frågeställningar är viktigt för att kunna lösa olika etiska frågor, för det krävs det att AKS har en djup förståelse för etiska frågor och etiska teorier. Etiska problem kan uppkomma vid klinisk praxis och det hör till AKS kärnkompetenser att kunna göra etiska beslut och hitta lösningar på problem. Mellanmänskliga etiska konflikter kan lösas genom öppenhet och god kommunikation där man aktivt lyssnar på varandra och respekterar varandras åsikter och perspektiv (Fagerström 2010, s141-144). Att vara *coach* innebär bland annat att handleda och syftet är att kunna samarbeta, stödja, vägleda, utveckla och övervinna de hinder som finns i livet. Den som är coach ska kunna stöda och uppmuntra till en persons möjliga tillväxt genom att sätta upp klara mål och sätta upp copingstrategier för det aktuella problemet för att få kontroll över sin hälsa. Där kommer coachens expertkunnande och kompetens att spela en stor roll för att just kunna ge det här stödet och uppmuntran till patienten. Centralt inom coachingen är begreppet egenmakt (*empowerment* på engelska) och personcentrerad omvårdnad. Målet med coaching är stöda patienten att bli en aktiv deltagare i sin egen vård och behandling (Fagerström 2010, 149–160). Fletcher (2013) skriver att sjukskötare med avancerade roller jobbar utöver det traditionella sjuksköterskejobbet också som mentor och utbildare för patienterna så att de kan klara av att sköta sin sjukdom själv.

Begreppet *konsultation* är något som borde förtydligas och särskiljas. Konsultation innebär att två människor har en interaktion, där konsulten har expertkunnande. Den som konsulterar kan med hjälp av konsultens expertis ge bättre vård till patienten. Begreppet sambehandling å andra sidan innebär att två professionella ansvarar för varsin del av patientens behandling. Att remittera innebär att vårdansvaret överförs till en annan professionell eller annan enhet. Ordet klinisk handledning påminner om ordet konsultation, men där finns en skillnad mellan processer, relationer och ansvar. Konsultuppdrag för en AKS kan vara internt inom organisationen eller externt utanför organisationen. Det finns många fördelar med intern konsultation eftersom konsulten ofta känner till organisationen och dess verksamhet, dessutom är en intern konsult alltid tillgänglig inom organisationen. Extern konsultation kräver lång erfarenhet och specialkompetens, vilket en AKS oftast kan ha. AKS kan bli en resurs inom som konsult t.ex. till hemsjukvården och

personalen på äldreboenden då vårdpersonalens kunskap inte räcker till. Man kunde förhindra onödiga sjukintagningar med bl.a. mobila AKS. Ett bra vårdresultat fås genom gott samarbete och god kommunikation (Fagerström 2010, 161–166).

Ordet *samarbete* kan med andra ord kallas teamarbete och partnerskap. Vi är beroende av varandra för att nå de mål man har ställt. För att ett samarbete ska fungera bra bör man ha gemensamma mål och vara öppen för avvikande åsikter, synpunkter och förhållningssätt. Samarbete betyder också att man delar på makten och jobbar för förändringar och utveckling både på det personliga- och det professionella planet. God samarbetsförmåga är viktigt vid direkt klinisk praxis och etiskt beslutsfattande och behövs t.ex. i en vårdrelation mellan AKS och patienten. En AKS som ansvarar för patientens vård och samarbetar med den ansvarige läkare i teamet. Internationellt har man sett att AKS har en ledande roll och en nyckelroll i teamarbetet, för att ha den rollen krävs god samarbets- och ledarskapsförmåga (Fagerström 2010, 166–171). Enligt Fagerström (2010, s.177) har AKS också kunskande att fungera som en koordinator mellan olika discipliner och professioner.

Det engelska begreppet *case management* används internationellt och kan förstås som kontinuerlig patientuppföljning och hantering av vårdkedjan genom hela patientförloppet. Inom Case management är patientcentrering, ansvarighet, vårdkontakt och en strävan till en effektiv ekonomisk verksamhet grundprinciperna för denna typ av verksamhet. Case management ses som en samordningsfunktion för att hjälpa patienten med sin sjukdom och ge den vård och service som krävs. Den centrala punkten ligger i patientens personliga mål och gör då AKS till en ambassadör, stödjare och koordinator i patientens vård. Case management är alltså baserat på personcentrerad vård och inkluderar bedömning av patientens hälsobehov, vårdplanering, serviceplanering och behandlingsplanering som ska koordineras och följas upp (Fagerström 2010, 173–176). Enligt Social- och hälsovårdsministeriet (Muurinen & Mäntyranta s, 5–14) är case manager-modellen är tänkt för vården av multisjuka patienter som använder mycket hälso- och sjukvårdstjänster. Case-managerns uppgifter är att bl.a.: stöda, följa upp, informera, genomföra patientscreening, patientkallelse, utvärdering av resurser och vårdbehov, göra riskanalys, göra upp vårdplaner, sjukdomsprevention, behandla patienten enligt vårdplan, patientuppföljning, koordinering av vård och konsultationer. Enligt Fagerström (2010, 173–178) ska AKS som case manager arbeta i par med en läkare i primärvården och genom denna Case-managermodell kunde läkarens arbetsbörda lättas och patienttryggheten ökas. Enligt Ahlblad (2011) ska en case manager

självständigt ansvara, koordinera vården och jobba sida vid sida med en läkare. Fagerström 2010, 176) skriver att det inte är sjukdomen i sig som ska avgöra hur vården ska se ut, utan det handlar mer om att se över hur patienten klarar sig i sitt dagliga liv. Sjukskötarens uppgift är att företräda och bevaka att patienten får den hjälp hen behöver, för det behövs en bra vårdplan som är uppgjort tillsammans med patienten. Inom *case management* poängteras även anhörigas aktiva roll i patientens vård och behandling för att resultaten av vården ska bli så bra som möjligt. Det finns artiklar som tangerar ämnet *case management*. I Burgess, Young, Crawford, Brooksbank och Browns (2013) studie visade att det inom KOL-vården fanns svårigheter kring tillgång till vård, bristande vårdkontinuitet, dålig kommunikation och dålig vårdkoordinering. Det framkom också att det fanns ett behov av aktiv sjukdomshantering och stöd. Som förslag föreslogs att en KOL-vårdkoordinator kunde vara en effektiv strategi för att säkerställa vården för KOL-patienterna. I Sunde, Walstad, Bentsen, Lunde, Wangen, Rustøen & Henriksen (2014) artikel skriver författarna att vården som är påbörjat på sjukhuset inte slutar när patienten utskrivs från sjukhuset utan vården fortsätter i patientens hem. I och med det har författarna utvecklat en vårdmodell för KOL-patientens vård hemma. I vårdmodellen finns en sjukskötare som fungerar som koordinator i primärvården som kan styra vården till specialistsjukvården vid behov. Ett KOL-uppföljningsbesök hemma kan innefatta undersökning, förändring av vårdplanen både medicinsk- och icke medicinsk behandling samt stärka patientens nya livsstil. Rocker och Cook (2013) skriver i sin artikel om vårdmodellen "INSPIRED (Implementing a Novel and Supportive Program of Individualized Care for Patients and Families Living with Respiratory Disease)" för patienter med avancerad KOL. Vårdmodellen går ut på att stöda patienten och deras familjer hemma genom förebyggande vård, handlingsplan för akut exacerbation och andningsrelaterade svårigheter samt hjälp med navigering i hälso- och sjukvårdssystemet. Enligt artikeln minskade behov av sjukhusvård med 70% då vårdmodellen för hembesök togs i bruk i jämförelse med patienter som inte fick hembesök. Lavesen et al. (2018) har tagit fram en vårdmodell för KOL-patienten i palliativ vård, CAPTAIN-modellen (Comprehensive And Prospective Treatment And Individual Nursing). Modellen går ut på att patienten har en utsedd sjukskötare (C-kapten) som årligen utvärderar den förutseende vårdplanen. CAPTAIN-modellen fungerar multidisciplinärt och tyngdpunkten ligger på tillgänglighet, kontinuitet, vårdrelation och samarbete. C-kaptenens uppgift är att etablera och upprätthålla en individuell relation till patienten. C-kaptenen kan ha upp till 85–100 patienter som hen har en kontakt med. Kontakt till C-kaptenen är individuellt anpassat enligt patientens behov

och kan ske hemma hos patienten eller via telefon. C-kaptenen kan även göra sub-akuta hembesök hos patienten för utvärdering av patientens mående. Cox, Macleod, Sim, Jones och Trueman (2017) skriver i sin artikel om ARAS (Acute Respiratory Assessment Service) som är en sjukskötarledd verksamhet som jobbar för att förhindra onödiga sjukhusintagningar bland KOL-patienter. Syftet med studien var att undersöka säkerhet, effektivitet, eventuella fördelar, kostnadsbesparingar samt hur nöjda patienterna var med denna typ av verksamhet. Resultatet visar att detta specialistteam i denna studie bidrog till att förhindra att patienterna blev intagna på sjukhus och vårdas av en allmänläkare, kunde på så vis spara en ansevärd summa. En framgångsfaktor i ARAS var den specialkunskap som andningssköterskorna hade i detta team. Dessa andningssköterskor klarade av avancerad bedömningsförmåga och kunde bedöma akuta tillstånd så att patienterna i denna studie fick rätt vård i rätt tid. Sedan ARAS togs i bruk 2010 har man noterat mindre antal intagningar på sjukhus.

I Vincent, Hastings-Tolsma, Gephart, & Alfonzos (2015) artikel framkom det att endast 55 % av patienterna tros få evidensbaserad vård. I artikeln kom det fram att kliniska beslut ofta görs på basen av rådande värderingar, tradition och vana. Fagerström (2010, 180–184) skriver att i AKS-verksamheten har *forskning och utveckling* har en central roll som kommer att bli allt viktigare med tanke på patienttryggheten. En AKS har ansvar över forskning och utveckling i sitt arbete. En AKS måste ständigt utvärdera sitt sätt att jobba därför att hen är personligt ansvarig för sin kliniska praxis och därför krävs det att AKS har ett evidensbaserat förhållningssätt i sitt jobb. En AKS ses som ledare för klinisk praxis och kan då på så sätt, med sitt inflytande, förbättra vårdkvaliteten. Nieminen, Mannevaara och Fagerström (2011) skriver att det är nödvändigt att förstå betydelsen av att upprätthålla och utveckla den egna kompetensen och utveckla ett socialt nätverk med andra genom att delta i konferenser och olika utbildningar.

Fagerström 2010, 188–189 skriver att det finns fyra ledarskapsinriktningar för avancerad klinisk omvårdnad. Den första är *kliniskt ledarskap* handlar om att i första hand tillgodo se patientens behov och ge vård och behandling av god kvalitet. Till ledarskapet hör att fungera som röst för patienter, familjer, personalen och kollegor och att fungera som grupp- och systemledare. Det andra är *professionellt ledarskap* och handlar om att kunna samarbeta med andra och känna igen de behov en kollega har och fungera som stöd i form av mentorskap. Denna typ av ledarskap kan utövas genom att bland annat leda professionella nätverk både på lokal plan men också på nationell

och internationell nivå. Den tredje formen av ledarskap är *ledarskap på systemnivå* och syftar på att leda på organisation och/eller systemnivå för att påverka olika organisatoriska strukturer som i sin tur på verkar patientvården. Den fjärde och den sista domänen är *hälsopolitiskt ledarskap* som handlar om att leda förändringsarbete på politisk nivå för att bland annat påverka hur resurser fördelas och hur vården ska struktureras. Nieminen, Mannevaara och Fagerström (2011) skriver att det inom ledarskap är viktigt att man delar kunskap med varandra.

Implementeringen av AKS-rollen i organisationen kan göras t.ex. med hjälp av den kanadensiska PEPPA- modellen som ger vägledning för implementering och genomförande av t.ex. AKS inom en organisation. Modellen innehåller 9 olika steg och dess uppgift är att genom kunskap och förståelse komma över hinder för införande (implementation) av AKS-rollen. I steg ett identifierar man patientgruppen och beskriver den rådande vårdmodellen. I steg två identifierar man de nyckelpersoner som vårdar och behandlar patientgruppen. I steg tre analyseras den nuvarande modellen och sedan eventuellt fastställer man behovet av en ny vårdmodell. I steg fyra identifierar man problem och mål för att förbättra vårdmodellen. I steg fem definieras den nya vårdmodellen och vilken funktion AKS kommer att ha. I steg sex införs strategiplanering för införandet av den nya vårdmodellen. I steg sju verkställs uppgjorda implementeringsplaner. I steg åtta utvärderas AKS funktionen. Det sista nionde steget innebär långsiktig uppföljning och dokumentation av AKS-funktionen och den nya vårdmodellen (Fagerström 2010, s. 394–397).

2.5.2. Processen kring kliniskt beslutsfattande

En AKS ska kunna fatta kliniska beslut efter att ha gått igenom patientens hälsohistoria (anamnes) och en gjort klinisk undersökning. Hela processen börjar med att inleda ett samtal med patienten, där man börjar med att ta reda på varför patienten har tagit kontakt med sjukvården. I samtalet går man igenom persondata, uppgiftslämnare, tidigare sjukdomar och vård, det aktuella läget, läkemedel, ärftlighetsfaktorer, sociala och psykosociala faktorer, livsstil samt allergier och överkänsligheter. En AKS kan göra klinisk undersökning av hela kroppen. All undersökning börjar med att man undersöker patientens allmäntillstånd, där man bedömer patientens fysiska och

psykiska hälsa. En AKS kan undersöka huvudet, vilket innefattar ögon, öron, näsa, hals, munhåla, svalget, bihålor, nacke. Vidare kan AKS undersöka bröstorg, hjärta, lungor, buk, bröst och lymfkörtlar, genitalier, huden, muskler, leder, skelett och psykisk status. En AKS kan också göra en fullständig neurologisk undersökning. (Fagerström 2011, s. 211–216). Enligt Fagerström (2011, s. 241) är kliniskt beslutsfattande en cirkulär process som börjar vid anamnesen och den kliniska undersökningen och fortsätter sedan med bedömning och kritisk granskande av fynd som gjorts utvärderingen av fynden. Bickely och Szilagyi (2017, s. 25–27) rekommenderar att man gör upp en lista över patientens symptom, fynd vid klinisk undersökning samt tillgängliga laboratorieprov. När man lokaliserar anatomin är det viktigt att man är så specifik som möjligt. Ibland kan patienten ha flera symptom, ha vaga symptom och det kan också hända att flera kroppssystem är involverade i problemen. Med hjälp av gruppering av kliniska fynd som t.ex. ålder, tidsram, involverade organsystem och nyckelfrågor kan man lättare reda ut komplicerade problem. Orsaken till avvikande fynd är ofta kopplade patologiska processer så som t.ex. inflammationer och infektioner med mera. Men problemen kan också vara patofysiologiska så som t.ex. hjärtsvikt eller psykologiska som kan tolkas som somatiska problem, t.ex. depression och huvudvärk. Vid hypotesskapande skriver Lindgren och Aspegren (2018, s. 239–240) att patientens berättelse ofta bidrar till flera hypoteser, men genom att använda sig av en metod som Bickley och Szilagyi (2017, s. 27–28) rekommenderar kan man lättare få en mera specifik hypotes när man väljer att specificera problemet, koppla ihop fynd med vad som kan orsaka problemen, eliminerar hypoteser som inte förklarar problemen och välja den mest sannolika hypotesen. Det är mycket viktigt att hela tiden också vara vaksam över potentiella livshotande tillstånd. Efter att man gjort upp en hypotes bör den testas och det kan göras med hjälp av t.ex. laboratorieprover och röntgenundersökningar eller andra undersökningar. Efter det kan man göra upp en arbetsdiagnos som är mest trolig med alla den data som finns tillgängligt. Fagerström (2010, s. 241) skriver att genom värdering bör AKS kunna skilja mellan det normala från det onormala utifrån patientens symptom, objektiva fynd och känna till eventuella riskfaktorer. Utifrån patientens helhetssituation görs en bedömning baserat på fakta, tidigare erfarenhet, riktlinjer/ vårdprogram och evidensbaserad forskning. Efter att diagnosen har blivit fastslagen börjar man fundera på behandling, egenvårdsråd, ge råd om förebyggande åtgärder och planera uppföljning. I slutet av mötet säkerställs det att patienten har förstått det som sagts under samtalets gång. Patienten bes kontakta sjukvården igen vid behov. Enligt Fagerström (2011, s. 181) ska de kliniska besluten vara baserade på både den bästa och den

nyaste forskningen. Men beslut görs inte enbart genom system och analyser. Intuitionen har också en stor betydelse vid beslutsfattande, trots att det anses som ovetenskapligt och involverar inte analytiskt tänkande (Lindgren & Aspegren 2018, Pearson 2013). Intuition är baserat på den individuella människans uppfattning av situationen och kan definieras som “det sjätte sinnet”, magkänsla eller föräning (Pearson 2013). Frågan är om man använda sig av intuition vid kliniskt beslutsfattande och det kan man enligt Pearson (2013) och kan enligt Lindgren och Aspegren (2018 s, 240) leda en till rätt beslut. Dokumentationen ska vara språkligt tydlig, korrekt och all onödig information ska lämnas bort. Man kan gärna använda sig av olika modeller för att bättre kunna strukturera dokumentationen. Det viktigaste är att AKS dokumenterar både om omvårdnaden och det medicinska, vad hen har observerat, identifierat, bedömt och vilka åtgärder AKS har tagit för omhändertagandet av hälsoproblemet. Dessutom ska AKS också kunna utvärdera genomförda åtgärder utgående från ett helhetsperspektiv av patientvården (Fagerström 2011, 241–242).

3 Teoretiska utgångspunkter

Som teoretisk utgångspunkt i detta arbete har Brendan McCormacks och Tanya McCances teori om person-centrerad vård valts för att få en så bred förståelse för vad PCC innebär och hur PCC-tankesättet kan ändra vården mot en allt människovänligare och betjänande miljö, baserat på en enskilda människans behov. Eftersom fokus i detta arbete ligger på KOL-patienten som bor hemma har respondenten valt att inspireras av PCC-teorin. Detta beror främst på att en stor del av KOL- vården numera sker hemma hos personer med KOL, så med tanke på det borde ordet patient ändras till ordet person. Personer med KOL måste bli hörda och sedda i sitt eget hem för den person han eller hon är. För att patienten ska klara av att vara hemma så länge som möjligt måste patienten kunna sköta om sig själv eller få stöd och hjälp för att klara det, därför har teorin om egenvård enligt Dorothea Orem valts. Respondenten kommer att använda ordet person istället för patient från och med detta kapitel utan att ändra på källornas val av ordet patient.

3.1 Personcentrerad vård

Begreppet personcentrerad vård (PCC) är en vårdform där patienten som person är i centrum för vården och har till stor del sitt ursprung inom gerontologisk omvårdnad. Grunden för PCC är respekt för personen, den enskildes rätt till självbestämmande, ömsesidig respekt och förståelse. Att utveckla personcentrerad omvårdnad krävs engagemang från individer, team och från organisationen. PCC-ramverket utvecklades för ett projekt på ett universitetssjukhus, i syfte att mäta effekten av införande av PCC i vården. PCC-ramverket var en blandning av Brendan McCormacks PCC-ramverk för äldre människor och Tanya McCances ramverk för omvårdnadserfarenheter bland patienter och sjukskötare. Ramverket består idag av fyra huvudkomponenter; *nödvändiga förutsättningar*, *vårdmiljön*, *vårdprocesser* och *resultat* (se bild 2) (McCance & McCormack 2013, 81–85).

Nödvändiga förutsättningar

I den yttersta delen av modellens ring är vårdgivaren i fokus. För att kunna bedriva personcentrerad omvårdnad måste vårdgivaren ha de rätta förutsättningarna; professionellt kunnande, sociala

färdigheter, engagemang, självkänedom, tro och värderingar. Det professionella kunnandet innefattar vårdgivarens färdigheter att kunna fatta beslut, prioriteringsförmåga, medicinskt och medicinsk-tekniskt kunnande (McCance & McCormack 2013). En vårdgivare måste kunna se vården ur ett holistiskt perspektiv och inte bara se det medicinska, vården bör kunna möta alla de behov som patienten har. Den professionella kompetensen påverkas av vilken vårdkultur som råder inom organisationen. Sociala färdigheter innefattar förmågan att kunna kommunicera på flera olika plan både verbalt och non-verbalt. Goda kommunikationsfärdigheter krävs för att få fram vad som är det allra viktigaste i patientens liv. Dålig kommunikation kan öka patienternas och familjernas utsatthet. En annan förutsättning för PCC är att vårdgivaren har engagemang, en dedikation att vilja det bästa för patienten. Engagemangen kan vara kopplat till jobbet men kan också vara individuellt. Vårdgivarens livshistoria och erfarenhet kan påverka vårdrelationen. Genom självreflektion kan vårdgivaren öka sin självkänedom vem vårdgivaren själv är. Vårdgivaren måste ha klara och tydliga värderingar eftersom värderingar är något som anses som rätt och fel, vår moraliska och etiska kod. Målet är att alla professionella ska tillsammans utveckla och komma överens om vilka professionella värderingar som ska genomsyra vården och att alla jobbar för samma vision och mission (McCormack & McCance 2017, 41–47).

Vårdmiljö

Vårdmiljön påverkar och påverkas av människor, processer och olika strukturer och har en stor inverkan på klinisk effektivitet och själva vårdteamets effektivitet. En vårdmiljö ska ha en lämplig andel av olika kompetenser, dvs. det ska finnas en blandning av personal med olika roller som vårdar patienten. Tyvärr har man sett att medicinskt kunnande och medicinsk tekniskt kunnande värderas allt högre inom omvårdnad, med risken att vården endast blir en serie av vårdaktiviteter. Men patienter tar det tekniska kunnandet för givet, patienter värdesätter istället relationer, bekvämlighet och estetik inom omvårdanden. För att jobba personcentrerat måste man ta reda på vad patienter värderar högst (McCormack & McCance 2017, 47–49). En bra vårdmiljö innebär att beslut tas tillsammans, ett delat beslutsfattande, där man hör allas åsikter. Ur vårdgivarens synvinkel handlar det också om att kunna påverka vården. Maktfördelningen bland personalen har också betydelse, man understryker betydelsen av rolltydlighet, uppskattning av varje teammedlems arbetsinsats, autonomitet/självständighet, jämställdhet och möjlighet att kunna förhandla. Partnerskap innebär att man delar på makten och maktbalans. Det är viktigt att inse att

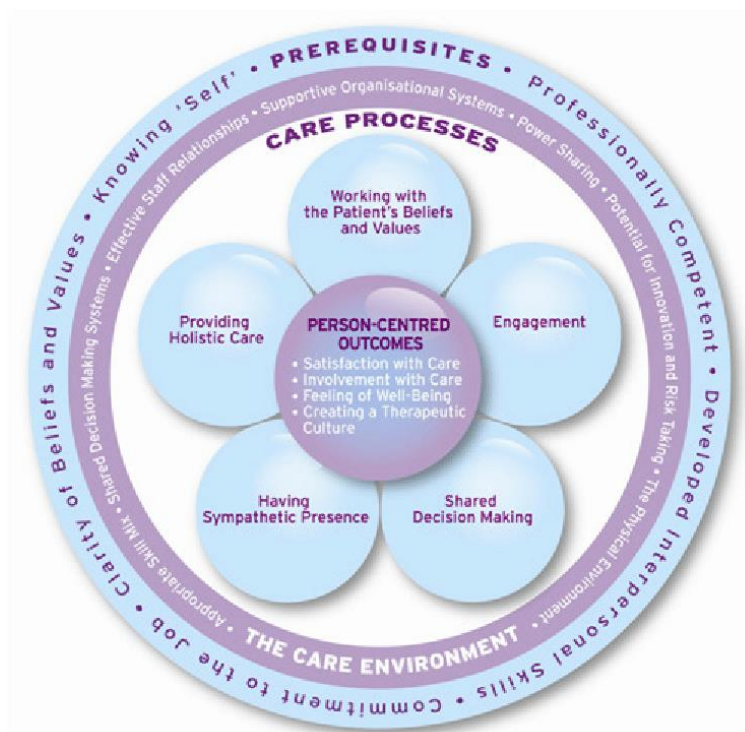
partnerskap och maktbalans finns också i patient-vårdrelationen. Personcentrerad vård behöver organisatoriska system som uppmuntrar initiativtagande, kreativitet, frihet och säkerhet. Dessutom behövs det system som understryker betydelsen av kultur, relationer, värderingar, kommunikation, professionell självständighet och ansvarstagande i vården (McCormack & McCance 2017, 51–53; McCance & McCormack 2013, s 87).

Personcentrerade processer/ Vårdprocesser

Vid personcentrerade processer är patienten i fokus. Personcentrerade processer innebär att jobba med patientens övertygelser och värderingar och jobba för att tillfredsställa patientens behov. För att detta ska kunna hända bör vårdgivaren få klart fram vad patienten värderar och skapa ett partnerskap med patienten. Förutsättningen för partnerskapet är att vårdaren är engagerad, har en medkännande närvaro och jobbar för ett delat beslutsfattande tillsammans med patienten (McCance & McCormack 2013, 88–89). Patientens värderingar är det mest centrala principen inom PCC. Vårdgivaren måste ha förståelse för att varje patient är individuell och att patientens egen livshistoria påverkar vilka beslut patienten gör. Genom dialog och genuin närvaro kan vårdgivaren bilda sig en bild av vem patienten är. Vårdgivarens roll är “att vara där”, ge stöd och underlätta möjligheten för patienten att gå den väg individen själv har valt. Vårdrelationen är en terapeutisk relation som baseras på ömsesidig respekt och ärlighet. Vårdgivaren måste kunna engagera sig i patienten men ska också ha möjligheten att kunna ta ett avstånd, speciellt vid tillfällen där man inte riktigt kommer överens, för att få möjligheten att reflektera över alternativ och hitta den bästa lösningen av problemet. I den terapeutiska relationen bör man sträva till att känna mera sympati än empati. Sympatisk närvaro eller medkännande närvaro är ett sätt att vara med patienten, att engagera sig, vara tillgänglig och se patienten som en unik individ. För att kunna ha sympatisk närvaro kräver det att man känner till patientens tro och värderingar. Inom PCC pratar man också om holistisk vård, vilket betyder att man tillfredsställer patientens fysiska behov men också tar i beaktande patientens utveckling samt psykologiska-, sociokulturella-, religiösa-aspekter (McCormack & McCance 2017, 53–57; McCance & McCormack 2013, 89).

Resultat av personcentrerad vård

Det man vill åstadkomma med personcentrerad vård är att skapa en god upplevelse av vården. Den goda upplevelsen kan utvärderas både av patienten och vårdgivaren. Man strävar till delaktighet där patienten aktiveras i vården tillsammans med vårdgivaren, man upprätthåller ett partnerskap där man jobbar med delat beslutsfattande. Man vill också skapa en känsla av välbefinnande för både patienten och vårdgivaren. En positiv vårderfarenhet ökar känslan av välbefinnande. Det är också en del av PCC att vårdaren känner välbefinnande, i detta fall i form av känslan av att vara värdefull i sitt jobb. Känsla av välbefinnande för patienten är att hon känner sig sedd, bekräftad och respekterad. För att utveckla PCC inom arbetsplatsen behöver man en kultur baserat på delat beslutsfattande, goda relationer mellan personalen, transformellt ledarskap och stöd för olika innovationer (McCormack & McCance 2017, 58–61; McCance & McCormack 2013, 89).



Figur2. PCC modellen enligt McCormack och McCance (2010) består av fyra huvudkomponenter: nödvändiga förutsättningar (prerequisites) , vårdmiljö (care environment) vårdprocesser (care processes) och resultat (person centred outcomes) (McCance, McCormack, & Dewing 2011).

3.2 Egenvårdsteori enligt Dorothea Orem

Den amerikanska vårdteoretikern Dorothea Orem skrev och utvecklade sin teori om egen vård från år 1959 till 2001. Kärnan i Orem's omvårdnadsteori är att alla patienter vill ta hand om sig själva. Patienten uppmuntras till oberoendekap och självständighet (Petiprin 2020). Orem grundade sin teori baserat på sin egen erfarenhet och genom utformning av läroplaner för sjuksköterskeutbildningen på 1950-talet då frågor om sjukskötarens självständiga roll och verksamhet var en het fråga. Orem's teori är starkt betonad av en positivistisk teoriideal och sätter mycket vikt på de kroppsliga behoven som måste tillgodoses. Tyvärr belyser teorin inte människans mentala, psykiska och sociala aspekter särskilt väl. Trots det har Orem's teori haft stor betydelse för sjukskötare som jobbar med att stärka patienternas egenvård, bland annat patienter med kroniska tillstånd. Huvuddelarna i Orem's omvårdnadsteori är; *egenvård* (Self-Care), *egenvårdsbrist* (Theory Of Self-Care Deficit) och *omvårdnads system* (Theory of Nursing Systems) som sedan uppspjälkas i underkategorier. Delarna bildar tillsammans en allmän omvårdnadsteori (Kirkevold 2008, 148–149, 160–164).

Egenvård

Med egenvård avses det som individen gör för att bevara sitt liv, hälsa och sitt välbefinnande, även så kallade *egenvårdsaktiviteter*. Människor har både behov och krav som måste tillgodoses. Syftet med egenvård är att möta de egna *egenvårdsbehov* (Self-Care Requisites) som personen har, alltså de nödvändigheter som behövs för att fungera optimalt som människa. Orem pratar om *universella* behov (Universal Self-Care Requisites), vilket syftar på livsnödvändigheter som kroppen behöver för att kroppen ska fungera, så som syreupptag, födo- och vätskeintag, elimineringsprocesser, aktivitet, vila, förbyggande av fara samt befrämjande av patienten som en social varelse. Människor har också *utvecklingsmässiga* behov (Developmental Self-Care Requisites) som börjar då människan föds och slutar då människan dör. Under människans levnadstid på jorden förekommer flera olika utvecklingsskeden och under dessa skeden förekommer det olika behov som måste tillfredsställas, t.ex. vid olika tillstånd som graviditet eller förlust av en närstående. En människa som lider av sjukdom, skada eller andra problem behöver få sina specifika behov tillfredsställd. Orem pratar om *egenvårdsbehov relaterat till hälsoproblem* (Health Deviation Self-Care Requisite). Orem kom fram till att det fanns 6 olika kategorier av egenvårdsbehov kopplat till sjukdom; att få adekvat medicinsk hjälp, bli medveten om sin sjukdom, åtgärder, vara medveten

om effekten med medicinska behandlingen har, modifiera självbilden genom acceptans av sjukdomen eller behov av omvårdnad och lära sig leva med sjukdomen och vad allt det innebär (Kirkevold 2008, 149–152). *Egenvårdskrav* (Self-Care Demand) beskrivs av Orem som de aktiviteter som måste utföras för att möta de universella, utvecklings- och hälsomässiga behoven som en människa har. Egenvårdskraven kan identifieras genom att se de befintliga egenvårdsbehoven som finns, se hur behoven förhåller sig till varandra, se vilka faktorer som påverkar hur behoven tillfredsställs (t.ex. ålder, kön, utvecklingsstadium) samt vilka metoder man använder för att möta behoven (Kirkevold 2008, 152).

Egenvårdsbrist

Egenvårdsbrist (Self-Care Deficit) uppkommer enligt Orem då det råder en obalans mellan människans egenvårdskapacitet och egenvårdsbehov. Egenvårdsbrist svarar på frågan om varför människan behöver omvårdnad. Egenvårdsbrist kan vara delvist eller total. När situationen så kräver kan egenvårdsbehovet stillas av anhöriga eller professionella. *Egenvårdskapacitet* (Self-Care Agency) varierar under människans liv, men påverkas till stor del av vilka kunskaper, motivation, mentala och praktiska färdigheter som människan har. Tidigare erfarenheter, kultur, utbildning, hälsotillstånd, resurser och ålder påverkar också den egna kapaciteten av att tillgodose de egna behoven. Människan kan ha begränsningar när det gäller kapaciteten till egen vård, även så kallat *egenvårdsbegränsning* (Self-Care Limitations). Det är då fråga om som okunskap och oförmåga att fatta beslut och utföra resultatutriktade handlingar (Kirkevold 2008, 152–153).

Omvårdnadssystem

Omvårdnadssystem innefattar omvårdnadskapacitet, hjälpmetoder och olika omvårdnadssystem. Dessa komponenter kommer på fråga då patienten behöver hjälp, Orem pratar om en *hjälpssituation*. En hjälpssituation består av minst två personer, där patienten behöver hjälp med att tillgodose sina behov. Hjälparens uppgift är att känna igen vilka behov patienten för att kunna komplettera eller kompensera patientens förmåga att tillgodose sina behov. Kirkevold skriver att Orem ansåg att för att kunna utöva omsorg måste man ha kunskap, attityd, färdigheter och rätt egenskaper för att kunna jobba med omvårdnad, även så kallad *omvårdnadskapacitet* (Nursing Agency). För att kunna göra det krävs utbildning. Orem lade tyngdpunkt på praktiska färdigheter så som diagnostisering, ordination, behandling och organisering av vård. Orem kallar dessa fyra

komponenter för “omvårdnadsprocessen” och är en del av sjuksköterskans professionella tekniska kunnande och vårdrelationen mellan patienten och sjukskötaren. Sjukskötaren kan med så kallade *hjälpmetoder* (Methods of Assisting) öka patientens förmåga till egenvårdsaktiviteter genom att bland annat; handla/utföra något för patienten, vägleda, stödja, skapa en utvecklande miljö och undervisa patienten. *Omvårdnadssystem* (Nursing Systems) är interaktionen mellan patienten och sjukskötaren där man har klara roller i omvårdnadssituationen. Omvårdnadssystem kan vara fullständig, delvis eller stödjande/undervisande. Vid ett fullständigt omvårdnadssystem är patienten oförmögen att utföra egenvårdsaktiviteter och syftet är att stödja och skydda patienten. Vid ett delvist omvårdnadssystem deltar både patienten och sjukskötaren i omvårdnaden och man använder sig av alla hjälpmetoder. Den stödjande/undervisande kommer på frågan när sjukskötaren lär patienten de åtgärder som behövs för att tillgodose patientens egenvårdskrav. Hjälpmetoder som då används är stödjande, vägledande och skapande av utvecklande miljö. (Kirkevold 2008, 153–156).

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta utvecklingsarbete är att ta fram en modell för en ny AKS-roll inom vården av personer med KOL som har syrebehandling hemma. Resultatet kan förbereda en väg för att utveckla möjlighet för ny arbetsfördelning mellan läkare och AKS och skapa möjlighet för utveckling av en *case manager* roll.

1. Hur kan AKS rollen se ut och utvecklas inom KOL-vården för personer som bor hemma och har syrebehandling?
2. På vilket sätt kan den nya AKS-rollen förbättra teamarbete mellan olika yrkesgrupper?

5 Metod

I detta kapitel kommer en beskrivning av den metod som har valts, om informanterna och intervjustudiens för- och nackdelar enligt litteraturen. Som dataanalysmetod har innehållsanalys valts och denna analysmetod beskrivs också ingående i detta kapitel.

5.1 Kvalitativ metod

Det man vill få fram genom att använda sig av kvalitativ metod är få fram förståelse genom närhet till forskningsobjektet. På detta sätt vill man få information om den undersöktes situation, perspektiv och världsbild. Forskaren vill komma åt information om hur fenomen ser ut inifrån. Syftet är att få en så verklig bild av strukturer, handlingsmönster och socialordning som möjligt (Holme& Solvang 2000, 14, 92–93). Att jobba med kvalitativ metod betyder enligt Kvale & Brinkman (2014, 47) att man jobbar med ord istället för siffror.

5.1.1. Semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod

Enligt Kvale och Brinkman (2014, s17) används kvalitativa intervjuer för att få förståelse för olika synvinklar, få mening på den erfarenhet som finns och upptäcka den värld som den intervjuade lever i. Trost (2014, 53) skriver att intervjuaren ska stäva till att få svar på frågan *hur* och försöka

förstå den intervjuade. Kvale och Brinkman (2014, s. 17–20) förklarar intervjusituationen som ett samtal mellan två personer som är strukturell och har ett klart syfte. Avsikten med interaktionen är att bidra till ny kunskap genom att lyssna och ställa frågor. Som vid alla datainsamlingsmetoder förekommer det både för- och nackdelar som man bör känna till. Fördelen med intervjuer enligt Bell (2010, 158–159) är att metoden är flexibel vilket medför att intervjuaren får en unik möjlighet att ställa följdfrågor, gräva lite djupare samt följa med ansiktsuttryck, tonfall och pauser. Andra fördelar med intervjuer är enligt Denscombe (2016, 287–288) att forskaren har chans att få en hög svarsfrekvens eftersom intervjuer vanligtvis är bestämda på förhand. Enligt Denscombe (2016, 270–290) finns det vissa nackdelar med intervjumetoden som är bra att känna till. Intervjuer ger information oftast det som sägs, men avspeglar det alltid det som sker i verkligheten? Genom validering av data under intervjun kan man kontrollera riktigheten och relevansen under tiden samtalet pågår. Under en intervju kan den intervjuade påverkas av intervjuarens identitet, detta kallas för intervju-effekt. Människan har en tendens att ge olika svar beroende på hur den som intervjuar uppfattas. En del människor kan ge svar på frågor som de tror att den intervjuade vill ha vilket påverkar kvaliteten av den insamlade data. Ibland kan ljudinspelare och kameror göra så att den intervjuade känner sig obekvämt vilket också kan påverka hur intervjun utvecklar sig. Bell (2010, 158–159) skriver att tidsåtgången vid en intervju kan ta lång tid i anspråk vilket begränsar eventuellt antalet informanter. Tidsåtgången till att formulera frågor och andra förberedelser inför intervjun beräknas ta lika mycket tid som vid en enkätundersökning. Det är därför bra att göra upp en tidsplan för studien. Kvale och Brinkman (2014, 32–37, 153–155) presenterar praktiska steg hur man kan genomföra en intervjustudie, men påminner om att det inte finns klara regler eller metoder som man måste följa. Processen börjar med att teman väljs ut för projektet och noggrann planering av utförandet. Efter det görs själva intervjun som följas av utskrift, analys, verifiering och till sist rapportering. Mellan dessa steg finns ett beroendeförhållande som man bör ha en överblick över. Man måste nämligen kunna se tillbaka för att få perspektiv, se framåt för att på bästa sätt tackla problem som kan komma i senare stadier och hålla sikten inställd på slutpunkten för att nå målet, vilket är att bli klokare. Enligt Bell (2010, 159) skriver att intervjufrågorna ska vara specifika och språket som används ska vara förståeligt. Intervjuaren bör vara medveten sitt eget tonfall och på vilket sätt frågorna formuleras eftersom det kan påverka den intervjuade. Ledande, värderande frågor och outtalade antaganden ska undvikas. Enligt Denscombe (2016, 266) innebär semistrukturerade intervjufrågor att intervjuaren har ett antal färdiga frågor, svaren är

öppna och den intervjuade har möjlighet att vidareutveckla sina tankar. Descombe (2016, 276) skriver vidare att det är bra om man på förhand kommer överens om tidpunkten för intervjun. Intervjuaren bör också på förhand ha en viss kännedom över tidsåtgången för själva intervjun. En överenskommelse över tidslängden hör till god ton. Platsen och placering av intervjun inverkar på intervjun. Det är viktigt att man inte blir störd och avbruten på något sätt. Under intervjun borde man kunna sitta öga mot öga, dvs. rummet bör vara möblerat för det ändamålet. Respondenten kom på förhand överens med intervjupersonerna om tidpunkten för när intervjuerna skulle äga rum.

5.1.2. Urval

Respondenten har valt att intervjua sjukskötare, sjukskötare med läkemedelsförskrivningsrätt, avancerade kliniska sjukskötare, teamledare och läkare som känner till sjukdomen KOL för att få en så bred bild som möjligt och få ta del av olika perspektiv. För att få information till detta slutarbete användes bekvämlighetsurval för att hitta intervjupersoner som var villiga att ställa upp. Intervjupersonerna blev tillfrågade att ställa upp på intervju genom personlig kontakt öga mot öga samt via telefonkontakt, förslag på intervjupersoner har också erhållits av överskötare på sjukhuset. Samtliga har önskat att få ta del av informationsbrev (bilaga 2a och 2b), samtycke (bilaga 3a och 3b) och intervjufrågorna (bilaga 4a och 4b) och forskningsplanen på förhand för att kunna förbereda sig bättre inför intervjun. De flesta intervjuerna har tagit plats på arbetsplatsen, förutom en intervju som genomfördes i privat bostad enligt önskemål från intervjupersonen i fråga. Intervjuplatserna har valts ut med omsorg, för att minimera risken för att bli störd under själva intervjun. Alla intervjupersoner gav sitt samtycke till intervjun och de fick information om att intervjun spelas in och att deras anonymitet skulle garanteras under hela processen gång. Själva inspelningen av intervjun gjordes via mobilen, via en ljudinspelningsapplikation. Efter att intervjun blivit färdigt transkriberades intervjun i sin helhet inklusive alla hummande, utfyllnadsord och tankepauser. Transkriberingen av intervjuerna skrevs ner ordagrant på intervjupersonernas modersmål. De flesta intervjupersonerna pratade med sin svenska dialekt under hela intervjun.

5.2 Etiska överväganden

Det finns etiska aspekter med intervjuer man måste ta hänsyn till. För det första måste man ha tillstånd att utföra en undersökning (Bell 2010, 53). Respondenten har fått tillstånd att utföra denna studie av överskötaren (se bilaga 5) Enligt den forskningsetiska delegationen (2009) finns det tre grundprinciper för humanistisk forskning; 1) *respekt för deltagarens självbestämmande rätt*, 2) *undvikande av skador* och 3) *integritet och dataskydd*. Ett samtycke ska ges av den som deltar i forskningen, den kan vara muntlig eller skriftlig. Deltagaren har alltid när som helst möjlighet att avbryta sitt deltagande, men det som har sagts innan avbrytandet får användas i forskningen. Deltagarna ska få information om forskarens kontaktuppgifter, forskningstema, på vilket sätt hur materialinsamlingen genomförs, tidsåtgång, på vilket sätt materialet används och sparas. Vidare måste forskaren se till att deltagarna inte åsamkas psykiska, ekonomiska eller sociala skador genom sitt deltagande i forskningen. Den viktigaste forskningsetiska principen är integritetsskydd. Integritetsskydd handlar om att skydda materialet på bästa sätt. Man måste noga planera på förhand på vilket sätt man hanterat det insamlade materialet. Oberoende vilken typ av material (pappers- eller elektroniskt material) måste man ha en plan på vilket sätt dessa hanteras, sparas, slängs /och eller arkiveras. Identifierbar information som inte behövs för analysen ska förstöras, raderas, förenklas eller ändras. Material som samlats in får inte användas i annat syfte och får heller inte föras vidare till någon annan. Anonymitet och konfidentialitet är två ledord som viktiga att ta i beaktan. Med konfidentialitet menas att deltagarnas identiteter inte kan kännas igen av någon (Kvale & Brinkman 2014, 109). Enligt Trost (2014, 61) innebär anonymitet att ingen känner till namnet som blivit intervjuad eller känns igen av andra orsaker. Detta betyder att man inte kan garantera anonymitet vid en intervju eftersom den som intervjuar känner till den intervjuades identitet. Eftersom intervjuaren har tystnadsplikt hålls den intervjuades identitet anonym för läsaren.

5.3 Dataanalysmetod

Innehållsanalys är en dataanalysmetod som går ut på att koda och kategorisera intervjumaterialet för att få en överblick av det inhämtade materialet (Kvale & Brinkman 2014, 241). Dalen (2008, 66) delar in intervjukällorna i olika grupper, de uttalade orden är bara en del av intervjun. Vid analysen måste man också beakta miljön, anteckningarna och den non-verbala kommunikationen.

Hartman (1998, 258) skriver att analysen av materialet börjar med kodning av textmassan, vilket betyder i rent klarspråk att man reducerar, organiserar och kategoriserar materialet. Man börjar med att hitta begrepp som verkar intressant som sedan kategoriseras. Med hjälp av dessa steg kan texten tolkas och förstås. För att hitta de intressantaste begreppen går man tillbaka till forskningsfrågan och sökande efter begrepp som är mest framträdande och ofta förekommande. Vid kategoribildning menar man klassificering, man föser samman olika begrepp som handlar om samma sak till en kategori. Till sist skapar man en huvudkategori som innehåller det viktigaste för personerna som har varit med i undersökningen. Dalen (2008, 74–75) varnar för att kategoriseringen kan bli en summering av det som sagts. Istället borde man stäva till en högre mera högre tolkande teoretisk nivå för att erhålla en djupare förståelse.

5.4 Undersökningens praktiska genomförande

Respondenten fick idén till detta arbete via läkare och teamledare på arbetsplatsen. På våren 2020 påbörjades den omfattande processen med att hitta bakgrundsmaterial till examensarbetet. Information söktes från olika böcker och från Internet. Tillstånd till att utföra studien ansöktes av ledande skötare som också beviljades (bilaga 5). På vintern 2020 började processen med att formulera intervjufrågorna i samråd med examenshandledaren. Som datainsamlingsmetod har respondenten valt att genomföra semistrukturerade intervjuer. Under våren 2021 genomfördes och transkriberades intervjuerna. Under våren och försommaren 2021 lästes intervjuerna flera gånger och med hjälp av kodning av ord framkom väldigt många kategorier. Men med hjälp av forskningsfrågorna reducerades kategorierna avsevärt, vilket underlättade den fortsatta kategoriseringen av materialet till det slutliga resultatet.

6 Resultat

I detta kapitel kommer resultaten att presenteras utgående från intervjuerna (se bild 3). Den övergripande kategorin heter: **AKS rollen inom KOL-vården** och har delats in i tre kategorier; **rollbeskrivning**, **samarbete** och **patienttrygghet** med tio tillhörande underkategorier.

AKS rollen inom KOL-vården		
Rollbeskrivning <ul style="list-style-type: none"> • Koordinator • Egen mottagning • Klinisk praxis • Ledarskap 	Samarbete <ul style="list-style-type: none"> • Kontakt och konsultation • Multidisciplinära team 	Patienttrygghet <ul style="list-style-type: none"> • Vård i hemmet • Stöd • Helhetsyn • Ökad tillgänglighet

Figur 3 visar en sammanfattning av resultatet av AKS rollen inom KOL-vården.

De flesta informanterna pratade sitt svenska modersmål som är i form av en finlandssvensk dialekt. Alla citat som är använda i det här arbetet är skrivna på informanternas säregna dialekt. Citaten är skrivna på informanternas modersmål. Svåra dialektalord är försedda med asterix (*) och finns förklarade i text. Varje citat har ett nummer efter sig för att kunna härleda rätt citat till rätt informant utan att äventyra konfidentialiteten. De ord som informanterna har betonat särskilt i intervjun är skrivna med versaler. Observera att även de förkortade orden KOL och AKS också är skrivna med versaler. Alla tankepauser och hummande är borttagna ur citaten. Citaten har också förkortats för att bara ta fram det mest väsentliga utan att för den delen förlora innebörden i citaten.

6.1 Informanternas bakgrund

Medelåldern bland informanterna var 53,2 år, den äldsta informanten var 71 år och den yngste informanten var 35 år gammal. I denna studie deltog sju sjukskötare och tre läkare med varierande bakgrund. Bland dessa sju sjukskötare fanns det tre som hade avancerad klinisk sjuksköterskeutbildning, två som hade läkemedelsförskrivningsrätt, en hade palliativutbildning och tre av dem hade också någon form av ledarskapsutbildning. Läkarinformanterna var alla specialistläkare. Fem av informanterna jobbar på en lung- och astmaenhet, två jobbar på ett dag- och hemsjukhus och två informanter jobbar på en bäddavdelning. Eftersom de flesta informanterna hade en lång erfarenhet hade de också sett hur KOL-vården har utvecklats genom åren. Bland annat har den medicinska utvecklingen gjort att patienterna har fått det betydligt bättre, även användningen av v-pap apparater i hemmet har förbättrat KOL-vården.

6.2 Rollbeskrivning

I denna kategori framkom det fyra underkategorier som speglar AKS-rollen i KOL-vården; **koordinator, egen mottagning, klinisk expertis och ledarskap.**

6.2.1. Koordinator

Enligt informanterna ansågs den avancerade kliniska sjukskötarens roll inom KOL -vården vara att fungera som en brobyggare, samordnare, "spindeln i nätet" och koordinator mellan patienten och läkaren men också den som håller kontakt till andra yrkesgrupper. Enligt informanterna är det viktigt att koordinatören har tillräckligt med erfarenhet och känner till hur vårdssystemet fungerar. (ordförklaringar: dehär= den här, ijee= här, byri= börjar, kona = kunna).

"AKS kan väl vara den här spindeln i nätet tänker ja som, som för fram dehär AKS patientens behov och samordnar olika saker...Men så ska de ju vara dehär AKS som är ansvarig för vården å som är spindeln i nätet ijee*." (6)*

“Men att du ska vara ganska ERFAREN tå å, tå ska du ju veta huru huset fungera, men tå å andra sidan om du ha arbeta läng så byri du ju veta hur ett hus FUNGERAR så då vet du att: ja, ja men vi sku ju kona* egentligen ta å ring dit och dit å förösk he” (9)*

6.2.2. Egen mottagning

I resultaten framkom det att det inte för tillfället riktigt finns en uttalad person som sköter om KOL-patienterna. Själva AKS- mottagningen skulle enligt informanterna vara en självständig mottagning som också kunde göra hembesök, även akuta hembesök. Som förslag gav informanterna att KOL-vården kunde skötas av en primärvårdsläkare tillsammans med en AKS. Enligt en informant kunde läkare från öppna vården remittera patienten till en AKS som då kunde gå igenom KOL-patientens vård. (ordförklaring: tokidee = en sån där).

“...visserligen finns e dag- och hemsjukhuset å he finns lungpolikliniken men di har som int na tokidee uttalad, att den här mänskan sköiter precis KOL, di har som int som en angiven person riktigt sådee...så tror jag att he sko vaa stor betydelse att he sko finnas ein som sköiter KOL-patienter. Att hon har dehär specialkunnande om just den här patientgruppen” (5)*

“...jag ser att det behöver int nödvändigtvis vara en lungläkare som e liksom den ansvariga LÄKAREN i det här systemet...även en primärvårdsläkare som har intresse och kunnande för den här vården av KOL-patienter kan fungera som den här läkarparten i vården” (7)

6.2.3. Klinisk expertis

Intervjupersonerna ansåg att den utbildning som AKS har fått gör att AKS har ett mera tränat öga för kliniska situationer, vilket gör att en AKS kunde fungera som läkarens förlängda arm. Utbildningen gör att AKS har en djupare förståelse av kroppens funktioner än hos en grundutbildad sjukskötare. Enligt informanterna skulle AKS i framtiden kunna ordinera blodprov, skriva remisser, tolka olika mätningar, bedöma syremängd, ge vacciner och göra kliniska undersökningar och kontakta läkaren vid behov. Informanterna ansåg också att en AKS kunde ha ett större ansvar

för den medicinska biten. Informanterna ansåg att läkemedelsförskrivningsrätten kunde vara ett bra komplement till AKS utbildningen för att öka kvaliteten på vården och hjälpa läkaren, men det ansågs inte vara en förutsättning för AKS verksamheten i sig. (ordförklaring: tömdee= de där)

“...tack vare den här utbildningen så lär man sig att se vad man ska se... såna där alla röda flaggor ...för att det behöver nog vara ett skolat öga för att man ska veta vad man ska lägg märke till...Att he int bara till exempel det här undersökningsresultaten som den här läkaren då stöder det här fortsatta vården på utan också det här... din subjektiva uppfattning.” (1)

“...nu i och med att vi har flyttat de här kontrollerna över till hemmet, så liksom då faller ju bort den här...direkta kontakten till läkaren och läkarundersökningen. Men att den här avancerade kliniska sjukskötaren sku då kunna gärna göra kliniska undersökningar och liksom då på de sättet fungera som läkarens längre arm.” (7)

“En AKS kan ju ta artärastrup å ordineer blodprov, lungröntgen...di kan ju skriv REMISS till lungröntgen...å så förstås dehär Sentec å och tömdee nattoxymeter mätningar...Jag tror att di kan tolk döm... att he sko ju underlätt jättemyki fö dehär läkarn om en AKS sko kona göra allt dehär å och tå bara konsulter läkarn vid BEHOV.” (6)*

“...den här avancerade kliniska utbildningen så kan ju också ta ett större ansvar för de här medicinbehandlingen...” (4)

6.2.4. Ledarskap

En av AKS uppgifter kunde också vara att fungera som stödperson till övrig personal. Utöver det kunde AKS också ha en roll som utbildare och den som håller sig uppdaterad med kunskap. (ordförklaring: husi= huset (vilket tolkas som sjukhuset av respondenten), å=och).

“Å att man också som kan vara stöd för personalen i husi, elder inom verket.” (5)*

“...AKS så ska ju åtminstone vara den här som e, som håller sig up to date me allting tänker jag...å också kan skola” (4)*

“Till exempel på en enhet om det är en patient som är inne som har KOL och bor på en enhet så skulle den här AKS skötaren kunna far och informera och int ha någon föreläsning direkt, men berätta åt dem... Det kan vara lite svårt för personalen, de sköter ju mycket helhetssynen på de här patienterna, men just med såhär apparatur så kan det vara knepigt. Ibland är de rädda om de inte vet...”(2)

6.3 Samarbete

Läkar-sjukskötersksamarbetet visade sig fungera bra som det är nu, men inför den nya AKS rollen behövs nya arbetsuppgifter och ett fungerande samarbete för att det ska fungera. En koordinator för denna patientgrupp ansågs kunna förbättra samarbetet. Ett välfungerande samarbete kunde fås genom att tillsammans arbeta fram ett välfungerande system, där patienten är utgångspunkten, mellan olika professioner så som bland annat; näringsterapeuten, fysioterapeuten, psykologen, läkare inom olika områden, hemvården, lungpolikliniken, hjälpmedelscentralen, materialutdelningen, prästen, palliativa polikliniken, socialskötaren, hjärtskötare och hemsjukhuset. Det framkom att det vore bra ifall det fanns flera AKS skötare som skötte om denna patientgrupp eftersom antalet patienter är många och patienterna är ofta multisjuka. Enligt informanterna borde man börja jobba mera som i team runt patienten. Som förslag kom det att man kunde starta med några testpatienter. Som bäst pågår en utredning av KOL-patientens vårdkedja inom organisationen och vilken roll var och en har i den kedjan.

“... samarbete med skötare-läkare har fungerat redan nu..., men att...samarbete och arbetsuppgifterna blir lite ANNORLUNDA... men... fodrar bra samarbete för att det ska fungera.” (7)

Å att...man .. tänker lite vidare...ho man praktiskt gör e...att man måst bara böri på TROR jag, att he finns som int...myki HINDER för en sänhee verksamheit... att böri me na några testpatienter å gå vidare från he så att man...därifrån man måst kanske start e. (4)

“...vi har ju i planerna, att i år ... utarbeta... KOL-patientens vårdkedja, och där har vi ju flera olika delar, att vi har ju den biten som gäller diagnostiken, sån där poliklinisk diagnostik, vården av en sån här stabil COPD-patient, en akut försämring kanske med juren, en intagning för exacerbation på avdelningen, men att de här är ju en också en viktig grupp just de här med de där avancerad KOL och de där dag-och hemsjukhusets roll där och samarbete med lungpolikliniken...att vi sku liksom kunna jobba på den här kedjan just lite kring de där tankarna som har också nu har kommit fram som vi har haft tidigare, å så att vi sku kunna sätta den här delen av kedjan till pappers och börja jobba vidare.” (7)

6.3.1. Kontakt och konsultationer

Enlig informanterna fås ett bättre samarbete genom ökad kontakt- och konsultations möjligheter. För att systemet ska fungera borde man tillsammans bygga upp system där man vet hur, vem, när, i vilka saker man konsulterar, vilka möjligheter som finns och vilka roller var och en har. Enligt informanterna kunde AKS vara den som främst har konsultationsmöjligheten till olika instanser. AKS kunde konsulteras av andra yrkesgrupper. (ordförklaring: åpp= upp).

“min tanke sku vara det att vi sko som tillsammans bygga åpp de här systemet, att vilken roll var och en har i patientens vård och vi har liksom har ett system hur vi till exempel konsulterar varandra, vilka möjligheter vi har.... vem man ska konsultera, när man kan konsultera, i vilka saker man kan konsultera....och att vi sku liksom tillsammans jobba åpp de här systemet och sen att det just sku vara den här AKS skötaren som är den som har den här konsultations MÖJLIGHETEN ganska långt till olika håll” (7)

“... så då är det till äldreboende så kan de konsultera därifrån en AKS skötar om de funderar på någonting. Att andra yrkesgrupper har någon att konsultera, det är ju inte alltid så lätt att få tag i en läkare och så där så då skulle det vara en AKS skötare som känner patienten, eller lär känna.” (2)

6.3.2. Multidisciplinära team

Enligt informanterna ansågs AKS kunna vara navet i det multidisciplinära teamet eftersom den personen är mest insatt i patientens vård. Enligt informanterna skulle man regelbundet hålla

multidisciplinära möten där man tar upp aktuella saker inom KOL-vården eller om enskilda patienter. (ordförklaringar: såleiss= på så sätt, ter= där, vann= var).

“man sku vara liksom som en såndee kontaktperson kanske som e liksom e centralt i multidisciplinära teamet som ska ha hand om den här patienten, att man e såleiss den som kanske tar kontakt med en instans som patienten tå just kan BEHÖV.... Och också utifrån andra instanser så veit man att VEM man ska ta kontakt med ... att he sko vara den här personen tå som sitter på den positionen.” (8)*

“Att man sko ha regelbundna möten ter vann* man tar upp kanské aktuellt om inom dehär KOL-vården och om e naa patient som man behöver diskuter, om man har na gemensam patient.” (6)*

6.4 Patienttrygghet

I denna huvudkategori framkom det tre underkategorier som alla beskriver på vilket sätt patienten kunde ha nytta av en AKS och på vilket sätt man kunde utveckla servicen; **vård i hemmet, helhetssyn, stöd och ökad tillgänglighet.**

6.4.1. Vård i hemmet

Enligt informanterna är det bra att vården kan komma hem till patienten eftersom patienterna ofta har svårt att förflytta sig. Vård i hemmet ansågs också ge ökad trygghet för patienten. Vård i hemmet ger också chansen för vårdpersonalen att se hur patientens livssituation egentligen ser ut. Ett kliniskt kunnande i hemmet ansågs också av informanterna, vara en källa till trygghet hos patienten. Enligt informanterna kunde hembesöksverksamheten utvecklas till tätare och kontinuerligare besök och halvaktuella till akuta hembesök för att patienten ska kunna stanna hemma längre. Ett uppföljningsbesök strax efter sjukhusvistelse var ett annat utvecklingsförslag som framkom av informanterna.

“...det kan vara betungande för patienten att komma på kontroller redan, att det kan vara en väldigt stor sak i deras liv på det sättet att liksom, det kräver mycket organisering, att, det att man för den tjänsten HEM till patienten att de tycker jag att är väldigt viktigt... “ (7)

“...vården i hemmiljön he e ju där patienten befinner se att tå siir man som behovet att på så sätt så tänker jag att vi
 SIIR patienten i de här sjukhusmiljö på en poliklinik. Den här sköterksan siir en där var hede RIKTIGA,
 VERKLIGA livet är.”(4)

“...jag vet inte om ni har tid att dricka lite kaffe där hemma, lite prata också inte bara snabbt komma och in och ut
 eller....kanske man kan gå ute lite ut och promenera om de orkar...” (10)

“...utveckla åt de hållet att den här, just den här AKS skötaren ... även kan fungera i en sån situation att om
 patienten hamnar in som till avdelningen och sen då patienter utskrivs från avdelningen så de där vidare till då kan
 liksom vara med där i den här då man kommer hem och den här uppföljningen där hemma efter sjukhusvistelsen...”
 (7)

6.4.2. Helhetssyn

Enligt informanterna var helhetssyn av KOL-patientens livssituation mycket viktigt. Vården borde utvecklas mot ett mera holistiskt tankesätt, där man beaktar och bemöter alla de behov patienten har. Även de anhöriga och familjen har behov som måste höras. Genom en vårdplan kunde man lättare dra upp riktlinjerna för patientvården. Genom bedömning av helhetssituationen kunde man förebygga försämringsperioder. (ordförklaringar: heilheitsvård= helhetsvård, adee= den där).

“...ju svårare COPD de e desto viktigare e de att liksom se den där hela mänskan å hela livssituationen ... ta den
 här mera holistiska synen på patientens situation...jag ser att med den här utvecklingen så utvidgar vi den här KOL-
 vården mot en mera helhetsmässig vård där vi beaktar... alla hälsans riktningar..., även mera den där sociala och
 de där psykiska välbefinnande än vad vi har gjort tills nu...int enbart själva PATIENTEN utan även omgivningen
 och anhöriga att då e de int enbart fråga om sånär medicinsk sjukdom till en del som man kunde behandla med
 mediciner eller åtgärder...” (7)

“He betyder att he e ganska långa BESÖK å för att he behöver finnas myki tid att sii på helheten, anhörigas del, att
 vad har vi för resurser inom familjen på he viset OCH behov att he kan ju också finnas ett stort behov där. Så att

dehäär e just he som ja tänker tå igen e just att utveckla nånting nytt nog, att det känns kanske som he e som behöver göras, att utveckla en ny typ av... arbete, arbetsuppgift.” (4)

“...adee viktigaste arbetsuppgifterna så tycker jag ju att e som ti skapa en heiltheitsvård* för adee patienten, en vårdplan som fungerar tillsammans med patienten å och tillsammans med med AKS:aren.” (8)*

6.4.3. Stöd

Informanterna ansåg också att vård i hemmet kunde öka stödet för bl.a. användandet av lunghjälpmedel och mediciner, information, nutrition, tobaksavvänjning, fysisk aktivitet. Att stöda egenvården ansågs som viktigt för att patienten ska känna sig självständig.

“Och uppmuntra till det här egenvård... känner sig självständig, motiverade och nöjda då man gör det själv och hur de ska sköta sig, var i gång liksom... att ge stöd och att jag vet att jag får hjälp att klara det praktiska och i hemmet...” (2)

“...” så är det också viktigt att det här med det här inhalationsmedicinerna...för det händer sig att vi träffar på patienter som int har tagit sin inhalationsmedicin på rätt sätt och det betyder ju då att patienten int har fått optimal effekt av sin inhalationsmedicin... att ingripa om det är nåt felteknik... kolla det här fysiska, hur patienten orkar vara i gång och försök motivera till fysisk aktivitet...de här patienterna så har ju vanligen lunghjälpmedel har de ju, att de kan ha till exempel en v-pap apparat eller så kan de ha en syreberikare och samtidigt så kan du ju stöd patienten i det här om patienten har nå frågor om den här behandlingen eller funderar på nånting, kan nånting var fel, att det kommer oljud av apparaten eller läcker masken eller nånting...” (1)

6.4.4. Ökad tillgänglighet

Enligt informanterna borde det finnas ett telefonnummer som patienterna och de anhöriga kunde ringa till eftersom det kunde vara lättare för patienterna att få kontakt med en AKS som känner patienten än en läkare. Det framkom av en informant att lungpolikliniken inte alls har kontakt med syreberikarpatienterna. Att det finns ett nummer att ringa till ansågs minska ångest och öka

tryggheten. Enligt informanterna kunde det även finnas möjlighet att få kontakt med någon även kvällstid, vilket kunde vara en utvecklingsmöjlighet. Att det finns en känd kontaktperson sänker ribban för patienterna att ta kontakt enligt informanterna. I studien framkom det att både lungpolikliniken och AKS kunde vara kontaktkanaler för patienten, men en informant tyckte att det vore bra om en och samma person hade kontakt med patienten. (ordförklaringar: känder=känner, läger=lägre, ho= hur, handee=den där, hedee= det där/den där).

“Nå, he allra viktigaste e nog att man att man... är en kontaktperson för den specifika KOL-patienten. Att KOL-patienten och KOL-patientens anhöriga veit att... ti den här sjuksköitarn kan jag vänd me, för hon har hedee specifika å edee expertkunskapen som jag behöver.” (5)

“...att man ringer åt dem... att di veit att e finns naan, eller å att e finns ett telefonnummer di kan ring...” (3)

“...he e no ti vara liksom egentligen de här... mänskan som du som patienten vet att HENNE kan jag kontakta eller å di vet, å om int di vet så tar di fram, alltså di e på min sida, jag vet att di insatt i de här... di vet att DEN mänskan kan di lita på. He siir jag som he ALLRA, ALLRA viktigaste.” (9)

“Jag tror ju att om he finns en mänska eller en sjuksköitar som har dehär uppgifterna så personen i fråga veit, känder patiententerna, å patienterna veit vart di ska ta kontakt så e nog ribban läger* att man tar kontakt, än om man ska ring ti en vilt främmande mänska.” (5)*

“Nå, jag tänker ju på den här som en såhee kanske den här första kanalen, att nu har den här lungpolikliniken vari första kanalen, men att he sko KONA vara eller varför int båda vägarna tå sko e förstås vara så att lungpolikliniken hela tiden en öppen kommunikation till den avancerade sköterskan, att de kan gå via oss eller HO nu sen blir...att he ger som... en ökad tillgänglighet i handee* visionen som JAG ser å just att man kan ge hedee* stöde å hedee* vården i hemmiljö.” (4)*

7 Tolkning av resultat

I detta kapitel tolkas och analyseras resultatet utgående från de teoretiska utgångspunkterna och den teoretiska bakgrunden. Tolkningen av resultatet utgår från de kategorier som steg fram i analysen utgående från svaren som framkom ur de semistrukturerade intervjuerna. Studien syfte är alltså att utveckla en modell för en ny AKS-roll inom vården av personer med KOL som har syrebehandling hemma. Det sekundära syftet är att förbereda en väg för att utveckla möjlighet för ny arbetsfördelning mellan läkare och AKS. Forskningsfrågorna var: hur kan AKS rollen se ut och utvecklas inom KOL-vården för personer som bor hemma? På vilket sätt kan den nya AKS-rollen förbättra teamarbete mellan olika yrkesgrupper?

7.1 Ny rollbeskrivning för AKS

I resultatet framkom det att informanterna ansåg att AKS kunde fungera som en koordinator inom KOL-vården. En koordinator kunde tolkas som en case manager som enligt Fagerström (2010) handlar om att kontinuerligt följa upp och hantera vårdkedjan, vilket passar in på informanternas syn på AKS rollen. Begreppet kundorienteradvård som Social och hälsovårdsministeriet (Sihvo, Isola, Kivipelto, Linnanmäki, Lyytikäinen, Sainio (2018) använder kunde också tolkas som en form av koordinatorskap och case management. Enligt Ahlblad (2011) skriver att rollen som case manager innebär att vårdaren i fråga ska självständigt ansvara och koordinera vården. Informanterna ansåg att AKS kunde ha en samordnande funktion, vilket också Fagerström (2011, 42) skriver om och det innebär att hjälpa patienten att få den vård och service som behövs för att klara sitt vardagliga liv. I Sunde et al. (2014) artikel framkom det att det redan finns framtagna vårdmodeller där sjukskötare fungerar som koordinatörer för KOL-patienter som styr vården till rätt instans. I Burgess, Young, Crawford, Brooksbank och Browns (2013) studie föreslår att en KOL-vårdkoordinator kunde vara en effektiv strategi för att säkerställa vården för KOL-patienterna. Både Lavesen et al. (2018) och Rucker och Cook (2013) skriver i sina artiklar om olika modeller för en koordinator inom KOL-vården som stöder informanternas syn på vad en koordinator gör, bl.a. upprätthålla vårdrelation och vårduppföljning. Enligt Orem (Kirkevold 2008) är det vårdarens uppgift att känna igen de behov som patienten har och tillfredsställa dem. Enligt informanterna är det just utbildningen som AKS fått som är den nyckeln till att, ändra vården och avlasta läkarens arbetsbörda. Enligt Orem (Kirkevold 2008) krävs det att vårdaren har rätt

utbildning, kunskap, attityd, färdigheter och de rätta egenskaperna, även så kallad omvårdnadskapacitet (Nursing Agency) för att klara av att diagnostisera, ordinera, behandla och organisera vården då patienten befinner sig i en hjälpsituation.

Att AKS kunde ha egen mottagning framkom också i resultatet, där AKS kunde vara den där uttalade personen som sköter KOL-patienterna. Enligt Fagerström (2011, 26) hör det till AKS kompetensområde att självständigt ha ansvar för vård och behandling genom en självständig mottagning. McCance och McCormack (2013) skriver att det professionella kunnandet inkluderar färdigheter att kunna fatta beslut, prioritera och att ha ett medicinskt och medicinskt tekniskt kunnande. Utöver det måste vårdaren också ha sociala färdigheter och goda kommunikationsfärdigheter. Informanterna ansåg att AKS också hade en roll som länken mellan patienten och läkaren men också som länken till andra yrkesgrupper. Enligt Fagerström (2011, s.177) har AKS också kunnande att fungera som en koordinator mellan olika discipliner och professioner. Av informanterna kom det som förslag att AKS kunde ha en primärvårdsläkare som parhäst inom KOL-vården. Vilket också stöds av Fagerström (2011, s 178) som skriver att en AKS ansvarar över patientens vård och har ett samarbete med läkaren inom primärvården och får ett stöd av det multidisciplinära teamet. Enligt Nieminen, Mannevaara och Fagerström (2011) är det viktigt att AKS (APN) har ett läkarstöd och att samarbetet mellan parterna löper bra samt att ansvarsfördelningen mellan parterna är klarlagt. Taavitsainen, Saaristo och Tossavainen (2016) skriver att genom task shifting mellan läkare och AKS kunde läkaren få mera tid till mera komplicerade saker. Enligt WHO (2008b) kunde delegering av uppgifter vara ett effektivt arbetssätt för att öka tillgången till hälso-och sjukvårdstjänster för patienterna. Men task shifting mellan läkare och sjukskötare kräver utbildning, stöd, teamarbete och öppna metoder för informationsspridning enligt De Maesensee et al. (2019).

I resultatet framkom det att AKS har genom sin utbildning fått mera kunskaper inom klinisk kompetens. Enligt Fagerström (2010) är klinisk praxis en av de viktigaste kompetenserna som AKS har. Enligt Fagerström (2010) har AKS kompetens göra klinisk undersökning av hela kroppen samt att bedöma patientens både fysiska och psykiska hälsa. I resultatet framkom det att AKS kunde i framtiden ordinera, tolka mätningar och göra kliniska undersökningar. Detta stöds av Nieminen, Mannevaara och Fagerström (2011) som skriver att AKS kan tolka, bedöma, undervisa, vägleda på en avancerad nivå. Kunskapen att göra kliniska undersökningar gör, enligt

informanterna, att AKS kunde fungera som läkarens förlängda arm, vilket också stöds av Raleigh och Allan (2017) som skriver att den utökade kunskapen i klinisk bedömning kan tjäna som stöd till läkaren vid vården av kroniska sjukdomar. Enligt informanterna kunde AKS ha nytta av läkemedelsförskrivningsrätten i sitt jobb i och med att informanterna ansåg att AKS kunde ha ett större medicinskt ansvar. Nieminen, Mannevaara och Fagerström (2011) och Spencer och Hanania (2013) skriver att både APN och NP internationellt har rätt att skriva ut och förnya läkemedel. Att ha läkemedelsförskrivningsrätt kunde också ses som en del av task shifting mellan sjukskötare och läkare i detta avseende, för att enligt De Maesenee et al. (2019) öka hållbarheten och vårdkvalité inom hälsovården.

Enligt informanterna kunde AKS fungera som stödperson och utbildare för övrig personal. Detta kunde tolkas som professionellt ledarskap som enligt Fagerström (2010, 190) handlar att kunna samarbeta och stöda övrig personal genom mentorskap. AKS ska kunna känna igen när en kollega är i behov av stöd. Mentorskap betyder enligt Fagerström (2011, 190) att hjälpa andra att växa och uppnå en annan nivå av erfarenhet. AKS kunde på så vis vara en rollmodell för andra genom sin kunskap och erfarenhet.

7.2 Samarbete mellan olika professioner utvecklar personcentrerad vård

I resultatet framkom det att man tillsammans behöver arbeta fram ett välfungerande system. Informanterna ansåg också att ett utökat samarbete mellan olika professioner var viktigt. Enligt McCormack och McCance (2017) och Fagerström (2010, 168) anser att en bra vårdmiljö fås genom att göra beslut tillsammans och dela på makten, även s.k. partnerskap.

Informanterna ansåg att man genom ökad kontakt- och konsultationsmöjligheter kunde förbättra samarbetet. Enligt Fagerström (2010, 161) skriver att ingen kan veta allt därför är det viktigt ur samarbetssynvinkel att ha möjlighet att konsultera varandra för att vården ska vara av så hög kvalité som möjligt. Enligt informanterna framkom det att man borde man borde utveckla ett system hur man konsulterar varandra och vilka möjligheter som finns. Ordet konsultation innebär att konsulten har expert kunnande inom sitt område, t.ex. fysioterapeut eller läkare, som t.ex. AKS kan vända sig till för att lösa ett aktuellt vårdproblem. Men en AKS kan också själv fungera som

konsult internt i organisationen vilket kan ha sina fördelar, bl.a. att AKS är kontinuerligt tillgänglig för andra att kontakta och som dessutom har kännedom hur organisationen fungerar. (Fagerström 2010, 162–164).

Enligt informanterna ansågs AKS kunna vara navet i det multidisciplinära teamet. Detta stöds också av Fagerström (2010, s 166–177) som skriver att AKS-rollen internationellt har en ledarroll inom teamarbete. Informanterna hade räknat upp flera samarbetspartners som en AKS kunde ha. Man kunde fundera på vem som ska höra till det primära multidisciplinära teamet? Enligt Larsson (2013) räknar upp att en astma-KOL-sköterska, läkare och fysioterapeut kunde ingå i ett multidisciplinärt team och kan vid behov även ta med andra professioner. En bra vårdmiljö är också enligt McCormack och McCance (2017) att det finns flera olika kompetenser i ett team och de understryker att det är viktigt det är att varje teammedlem har en klar roll och att man uppskattar varje teammedlems arbetsinsats. Enligt Fagerström (2010, 166–171) skriver också att man genom att ha gemensamma mål, ge möjlighet att uttrycka åsikter, och kunna ge synpunkter kan man förbättra samarbetet.

7.3 Patienttryggheten ökas med ett personcentrerat vårdtänk

Enligt informanterna är det bra att vården kan komma hem till patienten. Vård i hemmet ansågs ge ökad trygghet för patienten enligt informanterna. Informanterna ansåg att vård hemma gav vårdaren chans att se hur patientens livssituation ser ut i det verkliga livet. Det här kunde tolkas som en form av PCC-vård där personen står i centrum av vården. Enligt McCance och McCormack (2013) innebär PCC respekt och förståelse för patienten och hennes självbestämmanderätt. PCC innebär också en enligt McCance och McCormack (2013) att man jobbar utifrån patientens värderingar och tillfredsställer personens behov. Informanterna ansåg att klinisk kunskap i hemmet kunde ge ökad trygghet för patienten i hemförhållanden vilket också Lee, Pickstone, Facultad och Titchener (2017) kom fram i sin artikel. Man kan i hemmet göra avancerade bedömningar av patientens mående. Enligt Sunde et al. (2014) kunde ett KOL- hembesök bl.a. bestå av undersökningar, uppdatering av vårdplan, medicinsk eller icke medicinsk behandling och patientstöd.

Helhetssynen i vården var enligt informanterna ett av det viktigaste uppgifterna för en AKS inom KOL-vården. Informanterna tyckte att vården borde utvecklas mot ett mera holistiskt tankesätt. Den här tankegången stöds av Majjala, Tossavainen och Turunen (2016), Fagerström (2011) och McCormack och McCance (2017) som skriver att ha ett holistiskt synsätt i vården är en viktig kompetens. Fagerström (2010) och McCormack och McCance (2017) skriver att vården borde ses som en helhet där alla patientens behov möts, inte bara det medicinska. Vården borde utgå från att se över hur patienten klarar sig i det dagliga livet istället enligt Fagerström (2010) och McCormack och McCance (2017), vilket också informanterna ansåg. Även de anhöriga och familjen måste få sin röst hörd i vården enligt informanterna. Fagerström (2011) skriver också att anhörigas aktiva roll i vården är viktigt för att vårdresultatet ska bli så bra som möjligt. Enligt informanterna kan man genom en vårdplan lättare dra upp riktlinjerna för vården. Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (1992/785) ska vårdplaner göras i samråd med patienten, anhöriga, närstående eller lagliga företrädare vid behov. Men det, skriver Social- och hälsovårdsministeriet (Sihvo, Isola, Kivipelto, Linnanmäki, Lyytikäinen, Sainio (2018, s.10–12) förutsätter att det finns ett samarbete mellan patienten, anhöriga, vårdpersonalen och serviceproducenter. Enligt informanterna är det viktigt att det finns en kontaktperson KOL-patienterna kan vända sig till. Att ha ett nummer att ringa till ökar känslan av trygghet. Det kunde tolkas som att just att någon form av koordinator skulle vara den personen som fungerar som kontaktperson så som enligt Lavesen et al. (2018) beskriver C-kaptensmodellen funktion, att vara den som upprätthåller relationen och kan fungera som kontaktperson. Dock framkom det av informanterna att det kunde finnas flera kontaktkanaler för patienten. Det här kunde tolkas som samarbete som enligt Fagerström (2010, 166) kan leda till ett bättre vårdresultat.

Enligt informanterna kan man i hemmet uppmuntra och stöda patienten till egenvård och på så sätt få patienten att känna sig mera självständig, motiverad och nöjd. Det här kunde tolkas som ett personcentrerat arbetssätt. Inom PCC vill man skapa ett partnerskap med patienten enligt McCance och McCormack (2013) där alla beslut som tas ska tas tillsammans med patienten. Enligt Griffith och Tengnah (2013) aktiveras och involveras patienten i den egna vården genom delat beslutsfattande. Att stöda egenvården ansåg informanterna som viktigt för att patienten ska känna sig självständig. Det här kan tolkas som coaching som enligt Fagerström (2010) innebär en storts bemyndigade av patienten, att ge patienten egenmakt (empowerment). Målet är att patienten ska bli en aktiv deltagare i den egna vården, eftersom paternalism och passivitet går hand i hand enligt

Coulter 2011. Fletcher (2013) skriver att sjukskötare med avancerade roller i Storbritannien jobbar som mentorer och utbildare för patienten att klara sig själv. Att aktivera och involvera patienten är också något som Orem (Kirkevold 2008) också pratar om. Enligt Orem (Kirkevold 2008) är egenvårdaktiviteter något som individen själv gör för att bevara sitt liv, hälsa och välbefinnande. Ibland kan patienten lida av egenvårdsbrist vilket Orem (Kirkevold 2008) beskriver som en obalans mellan egenvårdskapacitet och egenvårdsbehov, vilket kan leda till att patienten behöver hjälp av utomstående, Orem (Kirkevold 2008) använder begreppet hjälpsituation. I en sån situation är hjälparens uppgift att känna igen vilka behov patienten har och ska sedan kunna komplettera och kompensera patientens behov. Det är kan tolkas som att till det som informanterna ansåg om stödet för bl.a. användandet av lunghjälpmiddel och mediciner, information, nutrition, tobaksavvänjning, fysisk aktivitet. Med tanke på stödet i hemmet kan man på ett bättre sätt kunna kartlägga personens livsmiljö, t.ex. med ett riskkartläggningsverktyg (Moore 2009) och på så sätt kunna förhindra potentiella risker. Enligt informanterna kunde hembesöksverksamheten utvecklas till tätare och kontinuerligare besök. Informanterna ansåg också att AKS kunde göra halvakuta till akuta hembesök för att patienten ska kunna stanna hemma längre. Enligt Lee, Pickstone, Facultad och Titchener (2017) artikel är det fullt möjligt att göra akuta hembesök för att utvärdera, sköta och hantera både akuta och kroniska sjukdomar. Ett uppföljningsbesök strax efter sjukhusvistelse var ett annat utvecklingsförslag som framkom av informanterna vilket passar in på Sundes et al. (2014) artikel som skriver att vården som är påbörjat på sjukhuset inte slutar när patienten utskrivs från sjukhuset utan vården fortsätter i patientens hem. Sunde et al. (2014) skriver att ett KOL-uppföljningsbesök hemma kan innefatta undersökning, förändring av vårdplanen både medicinsk- och icke medicinsk behandling samt stärka patientens nya livsstil. I Burrows och Carisle (2010) skriver i sin artikel att de tobaksrökande patienterna kände sig motiverade att sluta röka på sjukhuset men väl hemma sjönk motivationen och patienterna föll tillbaka till samma beteendemönster. Det här kan man tolka som en motivering till att uppföljningsbesök hemma behövs strax efter att personen utskrivs från sjukhuset. I resultatet framkom det att ökad tillgänglighet ökar patientens och de anhörigas trygghet. I Lavesen, et al. (2018) modell fanns det en utsedd sjukskötare som hade hand om en patientgrupp och som hade sin tyngdpunkt i att skapa en vårdrelation till patienten och upprätthålla kontakten till patienten. På detta sätt kunde man tolka att det vore bra om det fanns en utsedd person som personer med KOL och deras anhöriga kunde vända sig till med sina frågor för ökad trygghet.

8 Kritisk granskning

I detta kapitel kommer respondenten att kritisk granska studien genom att diskutera studiens kvalitet som helhet. Begrepp som reliabilitet och validitet används för att kunna avgöra en studies giltighet och pålitlighet enligt Holme och Solvang (2012, 94). Med begreppet validitet menas något som är giltigt, sanningsenligt, riktigt och styrka i det som har sagts (Kvale och Brinkmann 2012, 296). Validering handlar inte om att validera en viss del av studien, utan validering ska genomsyra hela forskningsprocessen som del av en kvalitetskontroll som går ut på att kontrollera, ifrågasätta och tolka resultaten teoretiskt (Kvale och Brinkmann (2012, 298).

Enligt Kvale och Brinkmann (2012, 297-298) kan valideringen göras i sju olika delar; *tematisering* där undersökning är beroende av teoretiska antaganden och hur logisk härledningen är från teori till forskningsfrågor; *planeringen* handlar om intervjudesign och intervjumetoder för hur väl de passar in med studiens ämne och syfte; *intervju* syftar på hur tillförlitlig är intervjupersonernas utsagor, hur intervjukvaliteten är samt utfrågningar i det som sägs och ständig kontroll av den information som man fått; *utskrift*; tillförlitlig överföring av muntligt tal till skrift; *analys* frågar man sig om de frågor man ställt till sin text valid och är logiken i tolkningen hållbar?; *validering* innebär val av relevant validering i en specifik undersökning; *rapportering* ger rapporten en tillförlitlig redogörelse av undersökningen resultat? Här kommer även läsarens tolkning av resultatets validitet. Enligt Trost (2014, 131–132) används begreppet reliabilitet mest inom kvantitativa studier eftersom man använder det för att mäta någonting som varje gång ska ge samma resultat utan slumpavvikelser. Enligt Kvale och Brinkmann (2012, 295) ska resultatet bli det samma om någon annan gör exakt samma studie. Respondenten anser att det finns en logisk förankring mellan teori och forskningsfrågor.

I början var det svårt med problempreciseringen, eftersom respondenten hade ganska lite erfarenhet om KOL-vården. Skulle studien handla om KOL-vården i allmänhet, övergripande KOL-koordinator eller endast KOL-koordinator för patienter med syreberikare hemma? Idéer bollades fram och tillbaka och slutligen kom respondenten fram till att det var just en studie om KOL-koordinator för patienter med syreberikare hemma som var aktuell för respondentens del.

Teorin behandlar sjukdomen KOL-patienten och vilka utmaningar det kan leda till och på vilket sätt AKS kan vara till hjälp för både personal och patienten i dessa frågor. I början av skrivprocessen bollades det mellan datainsamlingsalternativen enkät och intervju. Respondenten valde att använda sig av intervjustudie. Det som avgjorde valet var möjligheten att få så bred information som möjligt. Respondenten anser att intervju var den lämpligaste datainsamlingsmetoden för denna studie. Intervjufrågorna hade sin grund i forskningsfrågorna. Utformning av frågorna hade fått genom att läsa andra studier och forskningsrapporter och sedan modifierats till det som passade denna studie. Enligt respondenten förstod intervjupersonerna till stor del vad som frågades, men några informanter tyckte att frågorna gick lite in i varandra, vilket de också kanske gjorde till en del, men intervjuer är som en sorts diskussion där en sak kan leda till något annat, där frågorna sinsemellan lätt kan suddas ut så att intervjun blev mera till ett samtal än en frågestund. Respondenten hade bra möjlighet att ställa följdfrågor vilket gjorde att intervjun kanske svälldes ut en aning, där kunde respondenten kanske ha kunnat styra intervjun lite bättre, men respondenten ville inte heller avbryta "flowet" i samtalet. Men tack vare att intervjun gled lite utanför kanterna fick respondenten mycket information som var allmänt matnyttigt, men eftersom en del svar inte tangerade forskningsfrågorna har de därför lämnats bort i resultatredovisningen. Orsaken till glidningen i intervjuerna kan säkert härledas till respondentens minimala erfarenhet av just den här datainsamlingsmetoden. För övrigt märktes det att informanterna nog påverkades av att intervjuerna spelades in, trots försök att minimera inspelningsapparatens synlighet. Efter att inspelningen avslutades slappnade intervjupersonerna av och började prata mera fritt. Respondenten hade kunnat välja enkät som datainsamlingsmetod, men respondenten tror att svarsprocenten inte hade varit tillräckligt hög för att få tillförlitligt resultat, därför anser respondenten att intervju var den bäst lämpade metoden för denna studie. Utskriften av intervjun påbörjades genast efter själva intervjun. Respondenten lyssnade på intervjuerna i slowmotion och skrev ut intervjuerna på skilda dokument på datorn. Några av informanterna pratade dialekt, vilket respondenten försökte efter bästa förmåga skriva ner ordagrant. Det var en svår process, eftersom dialekter är så olika från by till by och det finns inte exakta skrivregler på hur man ska skriva ut dialektala uttryck. Respondenten skrev som det lät i hennes öron. Här kan respondentens egen säregna dialekt ha tolkat uttalsljuden i skriftlig form annorlunda än andra, men själva innebörden av det som sagts stämmer överens med vad informanterna menar. Respondenten har ordagrant skrivit ner alla hummanden, tankepauser och ordförstärkningar. Ibland var det svårt att höra vad

informanterna sa vilket gjorde att en del meningar blev ofullständiga, detta hände endast ett fåtal gånger och respondenten anser inte att bortfallet har någon betydelse för själva resultatet. Transkriberingen var en lång process, en intervju som varade i cirka 20–30 minuter tog cirka 4 timmar i genomsnitt/ intervju att transkriberas. Slutligen fick respondenten 86 sidor transkriberat material, vilket var överväldigande och mycket krävande att navigera sig igenom. Intervjusvaren genomlästes, intervjuerna skrevs ut på papper och kodord togs fram för navigering. Kodade ord var ord som ofta förekom. I början togs alldeles för många kategorier fram, eftersom materialet var så digert. För att få något grepp om allt det som sagts utan att drunkna i materialet helt och hållet, tog respondenten ett steg tillbaka och återvände till själva problemformuleringen och forskningsfrågorna med handledarens stöd. Trots att resultatredovisningen till en början inte lyckades särskilt väl, lärde respondenten sig en nyttig läxa. Respondenten har nu fått konkret uppleva hur otroligt viktigt det är att forskningsfrågorna är välformulerade och tillräckligt begränsade. Intervjuerna lästes igen med lite smalare perspektiv för att endast få svar på forskningsfrågorna och få fram de mest relevanta kodorden. Intervjuerna printades ut på nytt, och citaten klipptes ut i lappar enligt relevans, alltså det som tangerade forskningsfrågorna, och citaten sattes under rubriker. Dessutom fick varje urklippt citat ett nummer som kunde härledas till rätt informant vilket underlättade respondentens skrivarbete på datorn. Citatlapparna spreds ut på köksbordet där de slutgiltiga kategorierna steg fram. Respondenten fick erfara att intervju som datainsamlingsmetod var en mycket krävande metod. Tolkningen av resultaten visade att det finns ett starkt samband mellan studiens resultat och tidigare forskning och respondenten finner att de forskningsartiklar som användes var relevanta för studien. Enligt Descombe (2016, 411) ska det finnas en förankring till empiriska data för att studien ska vara trovärdig. Trots det, är det läsaren som själv måste avgöra om studien är tillförlitligt. Respondenten anser att studiens styrka ligger i informanterna digra kunskap och breda syn på vad KOL-vården behöver, hur den nya AKS rollen kunde se ut och utvecklas.

Kvale och Brinkmann (2014, 291–292) diskuterar begreppet objektivitet. Objektivitet som är fri från snedvridenhet, eller så kallat bias, är tillförlitlig kunskap. Kunskapen är då kontrollerat och oförstörd av ens egna fördomar. Men frågan är om en kvalitativ studie kan vara helt objektiv? Enligt Bell (2010, 167) kan skevhet förekomma omedvetet och medvetet t.ex. att man väljer ut synvinklar från litteraturen som speglar ens egna uppfattningar eller att man använder ordval som leder läsaren till tolkningar i en bestämd riktning. Risker för skevhet ökar ifall intervjuerna utförs

av en enda forskare och ifall forskaren är mycket engagerad i studiens frågeställning. Därför måste forskaren vara på sin vakt och ständigt ifrågasätta sitt förfaringsätt. Enligt Kvale och Brinkmann (2014, 292) borde man fundera över sin egen objektivitet och att man tillkännager sina egna fördomar och sin partiskhet. Holme och Solvang (2012, 94) skriver att närheten mellan forskaren och informanten kan skapa bestämda förväntningar och bidra till att informanten beter sig enligt forskarens förväntningar, vilket forskaren måste vara medveten om. Begreppet för-förståelse är den uppfattning som forskaren har fått genom erfarenheter, utbildning och annat vetenskapligt arbete kan påverka studien. Även forskarens fördomar kan färga av sig. Med detta sagt så kan man inte som kvalitativ forskare vara helt objektiv (Holme och Solvang (2012, 95). Enligt Trost (2014, 134) är det orealistiskt att syfta på objektivitet som att vara nollställd, helt saklig, utan åsikter och utan att ta ställning. Respondenten har insett att det är omöjligt att ha en helt objektiv syn. I denna studie kan det finnas risk för bias eftersom respondenten har en för-förståelse för ämnet eftersom hon själv jobbar väldigt nära både informanterna och patientgruppen ifråga. I detta fall är intervjuerna gjord av en enda person, respondenten själv, vilket också kan ha påverkat resultatet i studien. Eftersom samtliga informanter ville ta del av forskningsplanen innan intervjuerna tror respondenten att det har kunnat påverka informanterna till en del, men å andra sidan gav också informanterna möjlighet att på förhand bekanta sig med ämnet för att bilda sig en uppfattning om vad ämnet egentligen handlar om. Respondenten upplever att teoridelen gav mycket kött på benen för att kunna ställa forskningsfrågorna och utforma frågor till intervjun. Respondenten bedömer, trots risker för bias, att studien ändå visar en objektiv bild av den upplevda verklighet som informanterna i denna studie har. Resultatet i denna studie bjöd inte på några överraskningar utan speglade väldigt nära det som framkom i teoridelen samt i tidigare forskning, vilket och är studiens styrka.

9 Diskussion

I detta kapitel kommer respondenten att diskutera examensarbetet från början till slut genom egen reflektion. Titeln på examensarbetet lyder: att skapa andningshåll. Rubriken är tolkningsbar ur flera perspektiv. Att skapa andningshåll syftar på andningsorganen där patienten behöver få hjälp med att kunna andas, t.ex. med hjälp av läkemedel och syrebehandling. Men det handlar också om att skapa möjligheter för personer med KOL att lätt få hjälp när det behövs, att inte behöva lida i onödan. Respondenten ser case managern som andningshålet för personer med KOL. Att skapa andningshåll syftar också på annan vårdpersonal som behöver hjälp i KOL frågor, att de också har lätt att ta kontakt, att de vet att det finns någon som kan svara på frågor, kan ta reda på, organisera och koordinera. Bakgrunden har respondenten försökt få så informativt som möjligt. De artiklar som respondenten har valt har varit från olika länder och världsdelar. Bakgrunden är till en stor del uppbyggt enligt god medicinsk praxis i Finland och har sedan fyllts på med artiklar och annan informationskälla så som böcker och andra källor från Internet. Respondentens tidigare kunskap om sjukdomen KOL innan detta arbete var väldigt skral. I och med detta arbete har respondenten fått en betydligt djupare kunskap i ämnet som sjukdom i sig, men också börjat se personen bakom sjukdomen på ett helt annat sätt än tidigare tack vare den teoretiska referensramen. Världsbilden har vidgats så att säga. Respondenten valde PCC som referensram i ett tidigt skede efter att ha läst en artikel i tidningen *Vård i Fokus* (1/2020) om personcentrerad vård i sjukskötarens arbete skriven av Linschi, Säätelä och Levy-Malmberg. Teorin om egenvård kändes också som ett bra val och tangerade det viktiga ämnet egenvård som respondenten ansåg var viktigt för hemmaboende personer med KOL.

Metoddelen har till en del diskuterats redan i föregående kapitel, i kritiska granskningen, men fortsätter lite djupare och friare i diskussionsdelen. I den ursprungliga planen hade respondenten tänkt använda sig av enkätundersökning och aktionsforskning. Enkäter valdes bort p.g.a. det ett snäva och mycket specifika ämnet som respondenten hade valt. Det hade funnits en stor risk för ett stort bortfall vilket gjorde att respondenten valde intervju som metod istället. Respondenten anser att valet av intervju som metod som den bäst lämpade metoden i detta arbete. Respondenten har tidigare erfarenhet av enkätundersökning i samband med sitt förra examensarbete, men inte av intervjumetoden. Respondenten fann att intervju som metod var allt annat än en lätt metod, vilket också hade framkommit i de metodböcker som respondenten hade tagit del av. Att intervjua en

annan person kräver goda kommunikationskunskaper av intervjuaren och förmåga att lyssna och läsa av situationer. Respondenten är glad över att 10 personer ställde upp i intervjuerna, det var alltså ett bra drag att välja intervju som metod. I fråga om att välja mellan kvalitativ och kvantitativ metod kan man säkert diskutera i all oändlighet. Fakta baserat på siffror kanske säger mera än åsikter, men dessa åsikter som informanterna kom med i denna undersökning är ändå en del av deras verklighet och som respondenten också tror att speglar vårdverkligheten. Respondenten tror på mjuka värden och finner den kvalitativa metoden som human, som en bred och nyanserad förståelse av mänsklig aktivitet. Som redan nämndes hade respondenten i början tänkt använda sig av aktionsforskning, men den idén lades ner ganska snabbt. Respondenten insåg att aktionsforskning hade tagit för mycket tid och hade krävt andra människors involverande i processen. Men aktionsforskning hade varit en intressant metod att testa. Hur resultatet hade sett ut ifall respondenten hade valt aktionsforskning vet man inte, men antagligen hade man kunnat få fram en helt färdig modell för AKS rollen inom KOL-vården som genast hade kunnat tas i bruk av organisationen. Men å andra sidan så kanske det är bra att ha is i hatten och skynda långsamt med utvecklingen och känna av läget.

Respondenten hade i planen också tänkt analysera enkäterna med hjälp av innehållsanalys. Trots tidigare erfarenhet av innehållsanalys, bjöd det massiva materialet respondenten en ordentlig kategoriseringsshicka. Till skillnad från det förra examensarbetet, där arbetet gjordes parvis, var respondenten ensam med det stora materialet som skulle kodas och kategoriseras. Att jobba ensam har både fördelar och nackdelar, det som respondenten saknade allra mest var möjligheten bolla med tankar och idéer tillsammans med någon annan. Men med handledarens hjälp fick respondenten ordning på kodningar och kategorier via telefon. Kategorierna som framkom i resultaten var 3st och underkategorierna var 10st. I materialet framkom det mera information än det som presenterades i detta arbete, så t.ex. som stora mängder bakgrundsfakta om informanterna. Den intervjufrågan hade man kunnat använda t.ex. kvantitativmetod för att spara intervjutid och transkriberingstid. Trots det var det intressant för respondenten att ta del i informanternas utbildningar, gamla arbetsplatser och digra erfarenhet inom KOL-vården. Innehållsanalys går ut på att analysera innehållet, vilket kanske låter lättare än det är i verkligheten. Det var svårt att analysera och tolka det uttalade. Respondenten tror att det krävs erfarenhet och mycket träning för att höra nyanserna i kommunikationen. Fokus ligger ofta på det uttalade ordet.

Respondenten hade två frågeställningar som hen ville få svar på; i den första frågan vill respondenten veta hur kan AKS rollen se ut och utvecklas inom KOL-vården för personer som bor hemma? I den andra frågan ville respondenten få svar på vilket sätt kan den nya AKS-rollen förbättra teamarbete mellan olika yrkesgrupper? Studien syfte var att utveckla en modell för en ny avancerad klinisk sjukskötare (AKS)-roll inom vården av personer med KOL som har syrebehandling och bor hemma. Syftet kan förbereda en väg för att utveckla möjlighet för ny arbetsfördelning mellan läkare och AKS. Sammanfattningsvis framkom det i resultatet att en AKS kan fungera som en koordinator som samordnar vården. En AKS kan ha egen mottagning med ett övergripande vårdansvar. Tack vare sin utbildning och träning i klinisk undersökning kan AKS fungera om läkarens ögon och öron. AKS är ett stöd, utbildare och ledare som bör kunna samarbeta med andra. Själva KOL-vården ska genomsyras av ett holistiskt tänkande vilket betyder att man tar i beaktan hela människan och hennes liv. AKS jobbar sida vid sida med en läkare, med det multidisciplinära teamet som stöd. AKS kan ha egen mottagning. Enligt informanterna upplever personer med KOL trygghet då de får vård i hemmet, får stöd och har möjlighet till kontakt.

I den första forskningsfrågan ville respondenten alltså ta reda på hur AKS rollen kunde se ut och hur rollen kunde utvecklas, vilket också tangerar syftet med denna studie, alltså att utveckla en modell för en ny avancerad klinisk sjukskötare (AKS)-roll inom vården av personer med KOL som har syrebehandling hemma. I resultatet framkom det att AKS kunde vara en koordinator för den här KOL patientgruppen. Som vision för AKS verksamheten ser respondenten att AKS är den som är koordinatör och har helhetsansvaret för vården. Respondenten anser att begreppet case manager tydligt markerar vad rollen handlar om. AKS som case manager kunde visualiseras som en paraply över vården, som en som samordnar vården, konsulterar andra professioner, är patientens röst i vården, fungerar som konsult och stöd till andra professioner, och är läkarens närmaste parhäst. Enligt respondenten är det viktigt att vara medveten om att det alltså handlar om en ny typ av roll och nya arbetsuppgifter. Enligt Fagerström (2011, 72) är det inte fråga om en uttänjning av den traditionella sjukskötrollen, så som att sjukskötaren skulle erhålla nya färdigheter eller få nya ansvarsområden som tidigare har hört till en annan yrkesgrupp. AKS-rollen är en helt självständig roll som innebär att AKS ska ha frihet att göra egna beslut baserat på den egna omdömesförmågan, expertkunskande och klinisk kunskap (Fagerström 2011, 72). De nya arbetsuppgifterna för AKS rollen kunde vara ganska långt det som informanterna ansåg, dvs. tolka olika resultat, ordinera blodprov och röntgen, göra akuta och subakuta hembesök mm. Vilka de

nya arbetsuppgifterna är behöver man fundera ut tillsammans med berörda parter. Oberoende vilka uppgifterna i framtiden blir, måste fokus ändå ligga på helhetsbilden. Respondenten tycker att idén som framkom ur resultatet om remiss till AKS från primärvården för att göra helhetsbedömning av KOL patienten vård var intressant. Den här tanken kunde man gärna utveckla vidare för att öka tryggheten för personer som lider av KOL genom att jobba mera preventivt för att kunna förhindra exacerbationer i tid och minska på onödiga intagningar på sjukhus. Lika intressant är idén om tanken att AKS kunde göra hembesök strax efter utskrivningar från sjukhuset. Här kunde AKS verkligen ha en nisch, att göra hembesök och göra kartläggningar i hemmet genom att bl.a. använda sig av riskkartläggningsverktyg enligt Moore (2019) och att ge stöd i olika former enligt det som patienten behöver för att klara sig hemma strax efter utskrivning från sjukhuset. Enligt respondenten kunde AKS också ha som nisch att skriva vård- och handlingsplaner som sedan uppdateras och följs upp enligt behov som bland annat Lavesen et al. (2018) beskrev i CAPTAIN-modellen. I resultatet framkom det att man gärna kunde starta med testpatienter för att starta upp AKS verksamheten. Det här tycker respondenten är en lysande idé eftersom man på så sätt kunde fundera på vilka urvalskriterier valet av personer med KOL en AKS kunde ha hand om. Detta ser respondenten som ett tryggt sätt att i sakta mak bygga upp en trygg och säker vård. Genom att börja med en grupp testpersoner med KOL kunde man lättare utveckla och utvärdera AKS verksamheten precis som man föreslår enligt PEPPA-modellen. På samma gång kunde man också upptäcka vilka potentiella risker det finns i AKS verksamheten och arbeta för att minimera dessa risker. I resultatet framkom det att förskrivningsrätten inte är en förutsättning för AKS verksamheten. Men kunde förskrivningsrätten öka AKS autonoma verksamhet i framtiden? Enligt respondentens åsikt handlar förskrivningsrätten mångt och mycket om att skriva ut läkemedel, men tillika handlar det också om ökad medicinsk trygghet i verksamheten, alltså att ha en djupare kunskap i mediciner med tanke på interaktioner och biverkningar, vilket talar för att läkemedelsförskrivningsrätten kunde vara en potentiell utvecklingsmöjlighet för AKS. En del av syftet med denna studie var att förbereda en väg för att utveckla möjlighet för ny arbetsfördelning mellan läkare och AKS. Man borde reda ut vem som kommer att vara läkarparten i detta partnerskap, enligt informanterna kunde läkarparten vara en läkare från primärvården. Läkarparten i AKS verksamheten måste vara klarlagt för att kunna utveckla verksamheten och man bör även se över hur ansvaret mellan AKS och läkaren fördelas. För att samarbetet mellan AKS och läkaren ska bli bra bör man lära känna varandra och bygga upp ett förtroende för varandra. Förutom det

borde man också utreda när och vem AKS ska konsultera och i vilka frågor, men sådana frågor kan säkert lösas under utvecklingens gång. I bilaga 6 finns en översikt av hur AKS rollen som case manager kunde se ut och hur rollen kunde utvecklas.

I den andra forskningsfrågan ville respondenten ha svar på vilket sätt kan den nya AKS-rollen förbättra teamarbete mellan olika yrkesgrupper. I resultatet framkom det att man tillsammans ska bygga upp ett fungerande system. Enligt respondenten träffar Fagerström (2011) huvudet på spiken då hon skriver att vi alla är beroende av varandra. Det här är enligt respondenten en mycket viktig insikt. Tillsammans kan man genom ett gott samarbete utveckla vården till att bli ännu bättre än den är idag. Teamarbete är enligt respondenten ett tankesätt som gör att alla i teamet har möjlighet att dra sitt strå till stacken för att jobba för att vården ska bli bra. Enligt respondenten låter det logiskt att man börjar tänka utanför boxen lite mera och börjar ta tillvara på all den outnyttjade kunskap som finns bland olika professioner. Alla professioner runt patienten är högt utbildade människor som har specialkunskap inom sitt specialområde, tänk vilken rikedom det är för hela samhället att dessa människor finns! Respondenten anser att det finns mycket potential inom organisationen och ser möjligheten för en koordinator att jobba för att ta tillvara på den kunskap utnyttja det maximalt. Att ha multidisciplinära team-möten är något som kunde utvecklas inom KOL-vården. Som vision ser respondenten att man bra kunde använda sig av den teknik som finns, dvs. att man kunde hålla möten virtuellt t.ex. med AKS, läkare och fysioterapeuten. I visionen tänker sig respondenten även att man kunde involvera personer med KOL att delta i möten genom enkla tekniska lösningar.

I resultatet framkom det att vård i hemmet ökar patientens trygghet. Respondenten har själv fått erfara att det bästa med hembesök är den stressfria miljön och en helt annan möjlighet till närvaro i vårdrelationen. Respondentens vision är att personen med KOL får ha AKS helt för sig själv under hembesöket och får känna sig hörd, sedd och förstådd. Det här går hand i hand med McCance och McCormacks (2013) PCC- teori, där man strävar till att göra vården till en positiv upplevelse för både för den vårdbehövande och vårdaren. Att jobba i hemmet på detta sätt är väldigt givande också för vårdaren, eller AKS i detta fall, och ger vårdaren möjlighet att utöva sin sjuksköterskeprofession fullt ut. Respondenten anser att AKS har möjlighet att bemyndiga (empower) personen med KOL, att ge hen makten och styrkan att ta makt över sin egen kropp och sitt eget liv ifall case manager rollen införs. Respondenten anser att AKS främsta uppgift i

vårdrelationen är att stöda personen med KOL att kunna ta hand om sig själv så långt och bo hemma så länge som möjligt. I resultatet framkom det att tryggheten ökar med goda kontaktmöjligheter. Respondenten anser att AKS kunde tjäna människorna genom att vara nära och lättillgänglig. AKS kunde utveckla sin verksamhet utgående från ett PCC-tänk. För att hitta platsen för en AKS i organisationen behöver man göra en del analyser för införandet av en ny roll, till exempel med hjälp av PEPPA-modellen. Respondenten anser att denna studie kunde vara en bra grund för eventuell implementering av den här nya rollen eftersom det framkom klart och tydligt att informanterna, som är experter inom detta område, ansåg att det finns ett behov av en koordinatorroll för KOL-patienter som bor hemma inom organisationen. I resultatet framkom det att det som bäst pågår en kartläggning av KOL-patientens vårdkedja inom organisationen, så en del av processen är redan i gång. I den arbetsgruppen sitter respondenten tillsammans med läkare, sjukskötare från bäddavdelningar, sjukskötare från lungpolikliniken och fysioterapeuter som funderar på KOL-vården hur den ser ut idag, vilka vårdrekommendationer och nya forskningsrön som finns och hur vården kunde utvecklas. Inom arbetsgruppen har vi börjat lära känna varandra bättre och diskussionerna kring KOL-vården har varit givande och informativa. Det vore mycket intressant att utveckla en ny sorts arbetsuppgift för AKS inom organisationen för den här gruppen av KOL-patienter. En koordinator, en *case manager* kunde göra skillnad i dessa patienters och deras anhörigas liv, att ge dem livskvalité, att ge dem andningshål.

Som slutsats verkar det finnas ett behov för att införa en *case manager* modell för personer med KOL som bor hemma och har syrebehandling. Detta arbete är en modell för hur den rollen kunde se ut, eller varför inte för *case manager* roll i vilken vårdkontext som helst? Detta arbete ses av respondenten som ett frö som har blivit sått i jorden i väntan på att det kanske börjar gro och utvecklas. En del idéer förblir bara idéer, andra idéer kanske väcker tankar och utvecklas. Förhoppningsvis bidrar detta arbete till bättre vård för personer med KOL, där det finns utökad möjlighet att få kontakt och stöd för att klara det dagliga livet trots sjukdom som begränsar livet. Förutom att patienterna kan få det bättre så tror respondenten att även andra professioner kan ha nytta av en KOL *case manager*. Respondenten tror på att alla vinner på ett utökat samarbete inom organisationen, vilket säkert också kan öka på trivseln på arbetsplatsen när man lätt kan få råd och hjälp när det behövs. Respondenten har genom detta arbete fått mycket information och många nya insikter som redan har kommit till användning. Det har varit en prövande resa som har krävt planering, tid, självinsikt och tålamod!

Källhänvisning

Ahlblad, J., 2011. *Sairaanhoitajista case managereita terveyskeskuksiin*. [Online] <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/sairaanhoitajista-case-managereita-terveyskeskuksiin/> [hämtat 10.8.2021].

Bell, J., 2010. *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Bickley, L. S., & Szilagy, P. G., 2017. *Bates' guide to physical examination and history taking* (12th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Braun, C.A. & Anderson, C.M., 2012. *Patofysiologi- Om hur förändringar i kroppens funktioner påverkar vår hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

BTS Guidelines. British Thoracic Society (BTS) Guidelines, 2015. British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults: accredited by NICE. *Thorax*. 15(70), s.1-43. [Online] https://thorax.bmj.com/content/70/Suppl_1/i1 [hämtat 28.12.2020].

Burgess, T., Young, M., Crawford, G. B., Brooksbank, M. A., & Brown, M., 2013. Best-practice care for people with advanced chronic obstructive pulmonary disease: the potential role of a chronic obstructive pulmonary disease care co-ordinator. *Australian Health Review*, 37(4), 474–481.

Burrows, J., & Carlisle, J. 2010. They don't want it ramming down their throats. Learning from the perspectives of current and ex-smokers with smoking-related illness to improve communication in primary care: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development* (Cambridge University Press / UK), 11(3), 206–214.

Chhajed, P. N., Miedinger, D., Baty, F., Bernasconi, M., Heuss, L. T., Leuppi, J. D., & Tamm, M., 2010. Comparison of combined oximetry and cutaneous capnography using a digital sensor with arterial blood gas analysis. *Scandinavian Journal of Clinical & Laboratory Investigation*.

Coulter, A., 2011. Ebook : Engaging patients in healthcare. ProQuest Ebook Central. [Online] <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.novia.fi>

Cox, K., Macleod, S. C., Sim, C. J., Jones, A. W., & Trueman, J., 2017. Avoiding hospital admission in COPD: impact of a specialist nursing team. *British Journal of Nursing*, 26(3), 152–158.

Crawford, G. B., Burgess, T. A., Young, M., Brooksbank, M. A., & Brown, M. (2013). A patient-centred model of care incorporating a palliative approach: a framework to meet the needs of people with advanced COPD?. *Progress in Palliative Care*, 21(5), 286-294.

Dalen, M. 2008. *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups utbildning.

van Dam van Isselt, E. F., Spruit-van Eijk, M., Chavannes, N. H., Achterberg, W. P., & Groenewegen-Sipkema, K. H., 2013. Geriatric rehabilitation for patients with advanced COPD: programme characteristics and case studies. *International journal of palliative nursing*, 19(3), 141-146.

De Maesenee, J., Bourek, A., McKee, M., Barry, M., Brouwer, W., Kringos, D., Lehtonen, L., Murauskienė, L., Barros Pita, P., Ricciardi, W. & Siciliani, L., 2019. *Task shifting and health system design- Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)*. [Online] https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/023_taskshifting_en.pdf [hämtat 27.5.2020].

Denscombe, M. 2016. *Forskningshandboken : för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Department of Health. 2012. *Liberating the NHS: No decision about me, without me*. [Online] https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216980/Liberating-the-NHS-No-decision-about-me-without-me-Government-response.pdf [hämtat 30.10.2020].

Doekhie, K. D., Buljac-Samardzic, M., Strating, M. M. H., & Paauwe, J., 2017. Who is on the primary care team? Professionals' perceptions of the conceptualization of teams and the underlying factors: a mixed-methods study. *BMC Family Practice*, 18, 1–14.

Dury, R., 2016. COPD and emotional distress: not always noticed and therefore untreated. *British Journal of Community Nursing*, 21(3), 138–141.

Ekroos, H. & Katajisto, M. 2011. Liikunta parantaa keuhkohtaumatautipotilaan ennustetta. *Lääkärilehti*, 50–52/2011, s. 3819.

Fagerström, L., 2010. *Avancerad klinisk sjuksköterska- Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.

Finto- Finländsk tesauros- och ontologiservice, 2020. [Online] [Finto: TERO: kroniskt obstruktiva lungsjukdomar](#) [hämtat 2.2.2021].

Fletcher, M. J., & Dahl, B. H., 2013. Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care?. *Primary Care Respiratory Journal*, 22(2), 230-233.

Forskningsetiska delegationen, 2009. [Online] *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. [Online] <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskapriciper.pdf> [hämtat 28.12.2020].

Gardiner, C., Gott, M., Payne, S., Small, N., Barnes, S., Halpin, D. & Seamark, D. (2010). Exploring the care needs of patients with advanced COPD: an overview of the literature. *Respiratory medicine*, 104(2), 159–165.

God medicinsk praxis. 2018. *Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito* [Online] <https://www.kaypahoito.fi/hoi40020> [hämtat 16.8.2020].

God medicinsk praxis. 2019a. *Keuhkohtaumatauti – salaa etenevä kansantauti*. [Online] <https://www.kaypahoito.fi/khp00012> [hämtat 25.8.2020].

God medicinsk praxis. 2019b. *Palliatiivinen hoito ja saattohoito*. [Online] <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063> [hämtat 30.10.2020].

God medicinsk praxis. 2020. *Keuhkohtaumatauti*. [Online] <https://www.kaypahoito.fi/hoi06040> [hämtat 25.8.2020]

God medicinsk praxis. 2020. *Lindrände vård i livets slutskede (palliativ vård)*. [Online] <https://www.kaypahoito.fi/sv/khr00088> [hämtat 18.8.2020].

Griffith, R., & Tengnah, C., 2013. Maintaining professional boundaries: keep your distance. *British journal of community nursing*, 18(1), 43-46.

Hartman, J. 1998. *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Hodson, M. 2016. Integrating nutrition into pathways for patients with COPD. *British Journal of Community Nursing*, 21(11), 548-552.

Holme, I.D & Solvang, B.K., 2000. *Forskningsmetodik-Om kvantitativa och kvalitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

International Council of Nurses (2001-2020). *Definition and Characteristics of the Role* [Online] [NP and AP Roles - ICN Nurse Practitioner / Advanced Practice Nursing Network \(aanp.org\)](https://www.kanta.fi/fi/blogi/-/asset_publisher/1QjC602jKPR6/content/omakantaan-voitallentaa-hoito-ja-elinluovutustahdon) [hämtat 2.2.2021].

Kanta. 2019. *Omakantaan voi tallentaa hoito- ja elinluovutustahdon*. [Online] https://www.kanta.fi/fi/blogi/-/asset_publisher/1QjC602jKPR6/content/omakantaan-voitallentaa-hoito-ja-elinluovutustahdon [hämtat 17.12.2020].

Karolinska Institutet [u.å] *Blood Gas Monitoring, Transcutaneous*

Transkutan blodgasmätning. [Online] <https://mesh.kib.ki.se/term/D001785/blood-gas-monitoring-transcutaneous> [hämtat 24.5.2021].

Kirkevold, M. 2008. *Omvårdnadsteorier-analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur. Andra upplagan.

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla, A. 2020a. *Nya arbetsbeskrivningar för sjukskötare – kvalitet i framtida social-och hälsovårdstjänster*. [Online] https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/05/APN_RAPORTTI_RUOTSI_WEB.pdf [hämtat 20.10.2020].

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla, A. 2020b. *Sairaanhoitajien uudet työkuvat- .laatua tulevaisuuden sote-palveluihin*. [Online] [Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf \(sairaanhoitajat.fi\)](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/05/APN_RAPORTTI_RUOTSI_WEB.pdf) [hämtat 18.9.2021]

Kruis, A. L., Soljak, M., Chavannes, N. H., & Elkin, S. L. (2016). COPD Multidisciplinary Team Meetings in the United Kingdom: Health Care Professionals' Perceptions of Aims and Structure. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13(5), 639–641.

Kvale, S. & Brinkman, S. 2014. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: studentlitteratur.

Lahham, A., Burge, A. T., McDonald, C. F., & Holland, A. E. (2020). How do healthcare professionals perceive physical activity prescription for community-dwelling people with COPD in Australia? A qualitative study. *BMJ open*, 10(8).

Larsson, K. (2013). *KOL i primärvården*. Lund: Studentlitteratur.

Lavesen, M., Marsa, K. B. M., & Bove, D. G. (2018). A new way of organising palliative care for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of palliative nursing*, 24(2), 64-68.

Lee, G., Pickstone, N., Facultad, J., & Titchener, K. (2017). The future of community nursing: Hospital in the Home. *British Journal of Community Nursing*, 22(4), 174–180.

Lindgren, S & Aspegren, K., 2018. *Kliniska färdigheter*. I: S. Lindgren och K. Aspegren red. Lund: Studentlitteratur.

Linschi, A, Säätelä, S. & Levy-Malmberg, R. 2020. Implementering av personcentrerad vård (PCC) i sjukskötarens arbete. *Vård i Fokus*, 20(1), 25–29.

Lundh, L., Hylander, I. & Törnqvist, L., 2012. The process of trying to quit smoking from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 485–493.

Maijala, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2016). Health promotion practices delivered by primary health care nurses: Elements for success in Finland. *Applied nursing research: ANR*, 30, 45–51.

Mas, A., & Masip, J., 2014. Noninvasive ventilation in acute respiratory failure. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 9, 837–852.

McCance, T & McCormack, B. 2013. Personcentrerad omvårdnad. I: J.Leksell och M.Lepp red., *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber.

McCormack, B., McCance, T. 2017. The Person-centred Practice Framework. I: B. McCormack, B., T, McCance, T. & H, Klopper, H, (Eds). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (Second edition.). Wiley Blackwell.

Moore, D., 2019. Home oxygen therapy in patients with COPD: safety issues for nurse prescribers. *British Journal of Nursing*. 19 (28), s. 912–917.

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. [u.å.] *Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa*. Social- och hälsovårdsministeriet. Helsingfors [Online]

https://stm.fi/documents/1271139/14270.58/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2/get_file.pdf.pdf [hämtat 11.8.2021].

Nicolaysen, G., 2014. Syra-basbalansen. I: G. Nicolaysen & P.Holck, red. *Anatomi och fysiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Nieminen, A. L., Mannevaara, B., & Fagerström, L., 2011. Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 661-670.

Pearson, H., 2013. Science and intuition: do both have a place in clinical decision making? *British Journal of Nursing*, 22(4), 212–215.

Petiprin, A., 2020. *Dorothea Orem- Nursing Theorist*. [Online] <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Dorothea-E-Orem.php> [hämtat 10.11.2020].

Raleigh, M., & Allan, H., 2017. A qualitative study of advanced nurse practitioners' use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 26(13–14), 2025–2035.

Rocker, G. M., & Cook, D. (2013). “INSPIRED” Approaches to Better Care for Patients with Advanced COPD. *Clinical & Investigative Medicine*, 36(3), E114–E120.

Saunier, D. T. (2017). Creating an Interprofessional Team and Discharge Planning Guide to Decrease Hospital Readmissions for COPD. *MEDSURG Nursing*, 26(4), 258–262.

Sihvo, S., Isola, A-M., Kivipelto, M., Linnanmäki, E., Lyytikäinen, M., & Sainio, S., 2018. *Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli- loppuraportti*. Social- och hälsovårdsministeriet. Helsingfors. [Online]
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160828/STM_r1618_Asiakkaiden%20osallistumisen%20toimintamalli.pdf?sequence=4&isAllowed=y [hämtat 22.8.2021].

Siltanen, H., Aine, T., Huhtala, H., Kaunonen, M., Vasankari, T., & Paavilainen, E., 2020. Psychosocial issues need more attention in COPD self-management education. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(1), 47–55.

Socialstyrelsen, 2020. *Att förebygga och behandla undernäring- Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst*. [Online] [Att förebygga och behandla undernäring \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/att-forebygga-och-behandla-undernaring) [hämtat 16.8.2021].

Spencer, P., & Hanania, N. A., 2013. Optimizing safety of COPD treatments: role of the nurse practitioner. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 6, 53.

Sunde, S., Walstad, R. A., Bentsen, S. B., Lunde, S. J., Wangen, E. M., Rustøen, T., & Henriksen, A. H., 2014. The development of an integrated care model for patients with severe or very severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): the COPD–Home model. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(3), 469-477.

Sörenson, S., 2018. *Kliniska färdigheter*. Ingår i S. Lindgren och K. Aspegren red. Lund: Studentlitteratur.

Taavitsainen, V., Saaristo, H., & Tossavainen, M-M., 2016. *Toimivaan työjakoön!- Tehtävien ja työnjakojen muutokset terveydenhuollossa*. [Online] <https://www.kt.fi/publications/2017-008> [hämtat 6.3.2020].

The Gold Standards Framework [u.å] *Advance Care Planning*. [Online] <https://www.goldstandardsframework.org.uk/advance-care-planning> [hämtat 17.12.2020].

Tonelli, M. R., & Sullivan, M. D. (2019). Person-centred shared decision making. *Journal of evaluation in clinical practice*, 25(6), 1057–1062.

Trost, J., 2014. *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur. (4:e uppl)

Véron, C., Pautex, S., Weber, C., Janssens, J.-P., & Cedraschi, C., 2018. Recollection of participating in a trial: A qualitative study of patients with severe and very severe chronic obstructive pulmonary disease. *PLoS ONE*, 13(9), 1–13.

Vincent, D., Hastings-Tolsma, M., Gephart, S., & Alfonzo, P. M. (2015). Nurse practitioner clinical decision-making and evidence-based practice. *Nurse Practitioner*, 40(5), 47–54.

WHO. 2006a. [Online] *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*. [Online] https://www.who.int/respiratory/copd/GOLD_WR_06.pdf [hämtat 17.12.2020].
[hämtat 11.8.2021].

WHO. 2006b. *Task shifting to tackle health worker shortages*. [Online] https://www.who.int/healthsystems/task_shifting/TTR_tackle.pdf?ua=1
[hämtat 22.8.2020].

WHO. 2007. *People-Centred Health Care*. [Online] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207004/9789290613930_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [hämtat] 13.9.2021.

WHO. 2008a. *Task shifting: global recommendations and guidelines*. [Online] https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_guidelines/en/
[hämtat 25.5.2020].

WHO. 2008b. *Task Shifting Global Recommendations and Guidelines*. [Online] <https://who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf> [hämtat 27.8.2021].

WHO 2021a [Online] *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*.
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
[hämtat 11.8.2021].

WHO (2021b). [Online] *Tobacco*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
[hämtat 11.8.2021].

Finlands författningssamling

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785 [Online] www.finlex.fi [hämtat 17.6.2020].

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 28.6.1994/559 [Online] www.finlex.fi [hämtat: 3.3.2020].

Figurförteckning

Figur 1. Luftvägarnas anatomi7

Brydolf, J. 2019. 1177 Vårdguiden, nationella redaktionen. *Så fungerar luftvägar och lungor*. [Online] [Så fungerar luftvägar och lungor - 1177 Vårdguiden](#) [hämtat 23.8.2021].

Figur 2. PCC modellen enligt McCormack och McCance (2010).....32

McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. 2011. An exploration of person-centredness in practice. Online journal of issues in nursing. 16. 1. 10.3912/OJIN.Vol16No02Man01. [Online] [Person-Centred Nursing Framework \(McCormack & McCance, 2010\) \[See full... | Download Scientific Diagram \(researchgate.net\)\]](#)[hämtat 23.8.2021]

Figur 3. Resultatsammanfattning.....43

Bilaga 1

Databaser och sökord

Respondenten har sökt genom databaserna:

Academic Search Elite (EBSCO), Cinahl (EBSCO), Cochrane Library, Google, Google Scholar, Finlex, PubMed.

Följande sökord har använts i olika kombinationer:

COPD/ Chronic obstructive pulmonary disease, Keuhkohtaumatauti, KOL

Severe COPD

Advanced COPD

Egen vård

Case Manager

Nurse Practitioner

Advanced Nurse Practitioner

Nurse Practitioner Role

Nurse Practitioner Scope of practice

Nurse Practitioner copd management

Shared decisionmaking

Clinical decisionmaking

Home visits, home visiting, house calls

Oxygen Therapy

Multidisciplinary team

Home Oxygen Therapy

Asiakasvastaava

Palliative care

Care model

Cutaneous Capnography

Geriatric rehabilitation

Rehabilitation

Patient needs

Patient Centered Care

Person Centered Care

Self Care, Egenvård

Task shifting

Substitution

Delegation

Paternalism

Physical Activity

Nutrition

Self Care

Bilaga 2a

Informationsbrev till samtycke av deltagande i intervjustudie, med titel **“Att skapa andningshål”- Ny arbetsfördelning mellan läkare och avancerad klinisk sjukskötare i vården av avancerad kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).**

Jag heter Sissel Lövsund och håller på med mina mastersstudier (högre yrkeshögskoleutbildning) med inriktningen avancerad klinisk sjukskötare (AKS) på Yrkeshögskolan Novia, Vasa. I utbildningen ingår det att göra ett skriftligt arbete. Till detta arbete samlas information in genom intervjuer.

Syftet med detta slutarbete är att utveckla en modell för en ny AKS-roll inom vården av patienter med avancerad KOL som har syrebehandling. Syftet kan förbereda en väg för att utveckla möjlighet för ny arbetsfördelning mellan läkare och AKS.

Intervjuer till denna studie kommer att ta cirka 30 minuter i anspråk. Under intervjun kommer en ljudbandspelare att användas. All information som fås kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att du inte kommer att kunna identifieras av någon utomstående. Din medverkan är frivilligt och du kan när som helst avbryta intervjun.

Med vänlig hälsning:

Studerande:

Sissel Lövsund

Yrkeshögskolan Novia, Vasa

Sissel.ak.lovsund@edu.novia.fi

Tel: 040-*****

Handledare:

Rika Levy-Malmberg

Yrkeshögskolan Novia, Vasa

Rika.levy-malmberg@novia.fi

[Tel: 040-*****](tel:040-*****)

Bilaga 2b

Ilmoituskirje haastattelututkimukseen osallistumiselle nimeltä "**Hengitysreikien luominen**" - **Uusi työnjako lääkäreiden ja asiantuntijasairaanhoitajien välillä pitkälle edenneen kroonisen obstruktiivisen keuhkosairauden hoidossa.** (ruotsiksi: "Att skapa andningshål"- Ny arbetsfördelning mellan läkare och avancerad klinisk sjukskötare i vården av avancerad kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).

Nimeni on Sissel Lövsund ja opiskelen kliinisen hoitotyön masteriksi (ylempi ammattikorkeakoulututkinto) Novian ammattikorkeakoulussa, Vaasassa **asiantuntijasairaanhoitajaksi**. Koulutukseen sisältyy kirjallisen työn tekeminen. Tätä työtä varten tietoja kerätään haastattelujen avulla.

Tämän lopputyön tarkoituksena on kehittää malli uudelle asiantuntijasairaanhoitaja-roolille pitkälle edenneen keuhkohtaumataudin potilaiden hoidossa joilla on happihoito. Tarkoitus olisi kehittää mahdollinen polku uudelle työnjaolle lääkäreiden ja asiantuntijasairaanhoitajien välillä.

Tämän tutkimuksen haastattelut kestävät noin 30 minuuttia. Haastattelun aikana käytetään nauhuria. Kaikkia tietoja käsitellään luottamuksellisesti, mikä tarkoittaa, että kukaan ulkopuolinen ei pysty tunnistamaan sinua. Osallistumisesi on täysin vapaaehtoista ja voit peruuttaa haastattelun milloin tahansa.

Ystävällisin terveisin:

Opiskelija:

Ohjaaja:

Sissel Lövsund

Rika Levy-Malmberg

Ammattikorkeakoulu Novia, Vaasa

Ammattikorkeakoulu Novia, Vaasa

Sissel.ak.lovsund@edu.novia.fi

Rika.levy-malmberg@novia.fi

Puh: 040-*****

Puh: 040-*****

Bilaga 3a

Samtycke till deltagande i intervjustudie

Jag samtycker att delta som intervjuperson i arbetet ”Att skapa andningshål”- **Ny arbetsfördelning mellan läkare och avancerad klinisk sjukskötare i vården av avancerad obstruktiv lungsjukdom (KOL)**. Jag ger lov till att ljudinspelare används under själva intervjun och jag känner till att mina utlämnade uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt. Jag känner också till att jag har rätt att avbryta intervjun när som helst. Allt material som samlas in kommer att förvaras på ett säkert ställe och ingen utomstående kommer att ha tillgång till materialet. Resultatet av studien kommer att publiceras på Internet. Efter att resultatet har blivit publicerat kommer all inspelat material att förstöras.

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Ort och datum: _____

Bilaga 3b

Suostumus osallistumaan haastattelututkimukseen

Hyväksyn osallistumiseni haastatteluun työhön "Hengitysreikien luominen" - Uusi työnjako lääkäreiden ja asiantuntijasairaanhoidtajien välillä pitkälle edenneen kroonisen obstruktiivisen keuhkosairauden hoidossa. Annan suostumuksen ääninauhureiden käyttöön varsinaisen haastattelun aikana ja tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti. Tiedän myös, että minulla on oikeus peruuttaa haastattelu milloin tahansa. Kaikki kerätty materiaali varastoidaan turvalliseen paikkaan ja poistetaan tutkimuksen valmistuttua. Kukaan ulkopuolinen ei pääse aineistoon. Tutkimuksen tulokset julkaistaan Internetissä. Tuloksen julkaisemisen jälkeen kaikki tallennetut materiaalit tuhotaan.

Allekirjoitus: _____

Nimenselvennys: _____

Paikka ja päivämäärä: _____

Bilaga 4a

Intervjufrågor

1. Berätta om dig själv: ålder, utbildning, arbetserfarenhet, erfarenhet av sjukdomen KOL?
2. Hur ser du på behovet av en AKS (avancerad klinisk sjukskötare) för patienter med avancerad KOL? Motivera ditt ställningstagande!
3. Vilka specifika arbetsuppgifter kunde en AKS utföra inom KOL-vården, utöver de uppgifter som en sjukskötare utan vidareutbildning gör? Vilka är de viktigaste arbetsuppgifterna enligt dig?
4. På vilket sätt kan AKS jobba för att öka välbefinnande och trygghet hos patienten med avancerad KOL?
5. Hur kan AKS-rollen förbättra samarbetet mellan olika yrkesgrupper som sköter patienter med avancerad KOL? - Motivera!

Bilaga 4b

Haastattelukysymykset


1. Kerro itsestäsi: ikä, koulutus, työkokemus, kokemus keuhkohtaumataudista?
2. Kuinka näet asiantuntijasairaanhoitajan tarpeen edenneen keuhkohtaumataudin hoidossa?
Perustele kantasi!
3. Mitä erityisiä tehtäviä asiantuntijasairaanhoitaja voisi suorittaa keuhkohtaumataudin hoidossa niiden tehtävien lisäksi, joita hoitaja ilman jatkokoulutusta hoitaa? Mitkä ovat mielestäsi tärkeimmät tehtävät?
4. Millä tavoin asiantuntijasairaanhoitaja voi parantaa edenneen keuhkohtaumataudin potilaan hyvinvointia ja turvallisuutta?
5. Kuinka asiantuntijasairaanhoitajan-rooli voisi parantaa yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä, jotka hoitavat edennyttä keuhkohtaumatautia sairastavia potilaita? - Perustele!

Bilaga 5




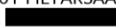
STADEN JAKOBSTAD
Social- och hälsovårdsnämnden
Tjänsteinnehavarbeslut
Datum 15.02.2021
Paragraf 54/2021

PIETARSAAREN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveyslautakunta
Viranhaltijapäätös
Päivämäärä 15.02.2021
Pykälä 54/2021

Sakägare/ Asianosainen	Sissel Lövsund, Dag- och hemsjukhuset
Ärende/ Asia	Beslut om tillstånd för forskning och lärdomsprov, Sissel Lövsund, Dag- och hemsjukhuset
Beskrivning/ Selostus	Anhållan om tillstånd för forskning och lärdomsprov. "Att skapa aningshål" - Ny arbetsfördelning mellan läkare och klinisk sjukskötare. Utveckla ny AKS-roll inom vården av patienter med avancerad KOL. Målgrupp för studien är avancerade kliniska sjukskötare (AKS), sjukskötare, ledare och läkare. Semistrukturerade intervjuer kommer att användas i studien, för att analysera svaren kommer innehållsanalys att användas. Intervjuerna önskas genomföras i februari - mars 2021.
Beslut/ Päätös	Godkänns enligt plan. Social- och hälsovårdsverket önskar 1 ex. av utv.arbetet till biblioteket och 1 ex. till lung- och astmaenheten.
Underskrift/ Allekirjoitus	Lis-Marie Vikman Chef för vårdarbetet/Hoitotyön päällikkö
Delgivning/ Tiedoksianto	

Dokumentet har undertecknats elektroniskt i ärendehanteringssystemet.
Asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu asianhallintajärjestelmässä.

Staden Jakobstad
Social- och hälsovårdsverket
PB 111
68601 JAKOBSTAD
Tfn. 

Pietarsaaren kaupunki
Sosiaali- ja terveystoimisto
PL 111
68601 PIETARSAARI
Puh. 

Digital signature 15.02.2021 16:36
Lis-Marie Vikman, chef för vårdarbetet/hoitotyön päällikkö 15.02.2021

Bilaga 6

Case manager

- Koordinator
- Helhetsansvar över vården
- Egen mottagning med självständigt ansvar för vård och behandling
- Har klinisk kunskap och kan göra kliniska bedömningar
- Större medicinskt ansvar
- Uppdaterad med information
- Professionellt ledarskap
- Konsult i sakfrågor

Rollutveckling

- Tolka, ordinera, göra bedömningar
- Remisser till AKS som går igenom KOL-patientens vård
- Uppföljningsbesök efter utskrivning från sjukhus
- Göra upp vårdplaner
- Akuta hembesök för bedömning av måendet