

Avancerad klinisk sjukskötare

-Utveckling av nya arbetsroller på en jourmottagning

Siv Käld-Aspfors och Minna Lithén

Examensarbete för Högre (YH)-examen

Ledarskap och utveckling/Avancerad klinisk vård

Vasa 2023

EXAMENSARBETE

Författare: Siv Käld-Aspfors & Minna Lithén

Utbildning och ort: Högre (YH)-examen Vasa

Inriktning: Ledarskap och utveckling/Avancerad klinisk vård, Vasa

Handledare: Anita Wikberg

Titel: Avancerad klinisk sjukskötare -Utveckling av nya arbetsroller på jourmottagning

Datum: 12.6.2023 Sidantal: 62

Bilagor: 2

Abstrakt

Syftet med detta examensarbete är att beskriva och utvärdera den nuvarande avancerade kliniska sjukskötarens (AKS) roll och ta reda på vilka andra roller hen kan ha på en jourmottagning, vilken roll ledaren kunde ha för en framgångsrik implementering av AKS-roller. Detta för att skapa värde för patienten, öka flödeseffektiviteten och samtidigt kunna ta till vara den avancerade kliniska sjukskötarens kompetens på ett kostnadseffektivt sätt. Forskningsfrågorna som vi skall försöka få svar på var: Uppfyller de nuvarande AKS-rollerna patientens förväntningar? Vilka andra roller kan en AKS inneha på en jourmottagning för att kunna öka flödeseffektiviteten? Vilken roll har ledaren vid implementering av AKS-roller?

Som datainsamlingsmetod användes semistrukturerade enkäter för att utvärdera de nuvarande AKS-rollerna. Fokusgruppintervjuer användes för att få fram vilka nya roller en AKS kunde ha på en jourmottagning för att öka flödet samt vilken betydelse ledaren har vid implementering av AKS-roller. I enkätundersökningen deltog 82 patienter och i fokusgruppintervjuerna deltog 12 arbetstagare från olika professioner. Kvalitativ aktionsforskning användes för att resultatet bättre kunde återspeglas i det praktiska arbetet.

Resultatet visar att det finns nya roller som en AKS kunde ha på en jourmottagning och presenteras som en hybridmodell för avancerade kliniska sjukskötare på en jourmottagning där behovsspecifika mottagningar, ambulerande AKS-team och klinisk ledare är nya AKS roller. Hybridmodellen ger möjlighet till ett effektivare flöde och på samma gång höjer den värdet för patienten. På detta sätt skapas högkvalitativa, kostnadsreducerande och attraktiva yrkesroller för avancerade kliniska sjukskötare.

Språk: svenska

Nyckelord: Avancerad klinisk vård, AKS, jourmottagning, flödeseffektivitet, utveckling, roll, ledarens roll, hybridmodell

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Siv Källd-Aspfors & Minna Lithén

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

Suuntautumisvaihtoehto: Kehittäminen ja johtaminen/Kliinisesti edistynyt hoitotyö, Vaasa

Ohjaaja(t): Anita Wikberg

Nimike: Kliininen asiantuntija sairaanhoitaja – Uusien roolien kehittäminen päivystysvastaanotolla

Päivämäärä 12.6.2023

Sivumäärä 62

Liitteet 2

Tiivistelmä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja arvioida nykyisen kliinisen asiantuntija sairaanhoitajan (KLIAS) roolia ja selvittää mitä muita rooleja hänellä voi olla päivystysvastaanotolla sekä esimiehen roolia onnistuneesti hyödyntämällä KLIAS hoitajan toimintaa, joka luo potilaalle enemmän arvoa, lisää toiminnan virtausta ja kuinka samalla voidaan hyödyntää KLIAS hoitajan pätevyyttä kustannustehokkaalla tavalla. Tutkimus kysymykset, joihin haluamme saada vastauksen on: Täyttääkö nykyiset KLIAS-hoitajan roolit potilaan odotukset? Mitä muita rooleja KLIAS hoitajalla voisi olla päivystysvastaanotolla, joka voisi nostaa toiminnan virtausta? Minkälainen rooli esimiehellä on KLIAS hoitajan roolien hyödyntämisessä?

Tiedonkeruu menetelmänä käytettiin kyselylomake, jolla pyrittiin arvioimaan tämän päivän KLIAS-hoitajan rooleja. Tutkimuksessa käytettiin myös kohderyhmä haastattelua millä haluttiin saada esille mitä uusia rooleja KLIAS-hoitajalla voisi olla päivystysvastaanotolla, jotta toimintavirtaus sekä mikä merkitys esimiehellä on KLIAS-hoitajan roolin hyödyntämisessä. Kyselylomakkeisiin vastasi 82 potilasta ja kohderyhmä haastatteluihin osallistui 12 työntekijää eri ammattiryhmistä. Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen toimintatutkimus minkä avulla tulokset voitiin paremmin yhdistää käytännön työhön.

Tuloksen mukaan on olemassa uusia rooleja KLIAS-hoitajalle päivystysvastaanotolla mikä voidaan kuvata kliinisen asiantuntija sairaanhoitajan hybridimallina päivystysvastaanotolla missä uusia rooleja on tarpeeseen määritelty vastaanotto, liikkuva KLIAS-tiimi ja kliininen esimies. Hybridimalli mahdollistaa parempaan virtaukseen ja samalla myös nostaa arvoa potilaalle. Tällä tavalla luodaan korkealuokkaisia, kustannusedullisia ja puoleensavetäviä kliinisen asiantuntija sairaanhoitajan ammattirooleja

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Kliininen edistynyt hoitotyö, kliininen asiantuntija sairaanhoitaja, KLIAS, kehittäminen, rooli, päivystys, toimintavirtaus, hybridiimalli

BACHELOR'S THESIS

Author: Siv Käld-Aspfors och Minna Lithén

Degree Programme: Social and healthcare (master's degree), Vaasa

Specialisation: Leadership and development/Advanced Clinical Nursing, Vaasa

Supervisor(s): Anita Wikberg

Title: Advanced nurse practitioner – New roles of the advanced nurse practitioner on a emergency ward

Date 12.6.23

Number of pages 62

Appendices 2

Abstract

The purpose of the thesis is to describe and evaluate the current role of the advanced nurse practitioner (ANP) and to find out what other roles an ANP could have in an emergency department and what role the leader could have to successfully implement the roles of ANP in order to create value for the patient, increase the flow and in the same time take advantage of the competence of the ANP cost effectively. The questions to be answered are: Do the current roles of ANP meet the expectations of the patients? What other roles could ANP have in an emergency department to increase flow efficacy? What are the leaders' roles in the implementation process?

Semi-structured surveys were used as data collection methods to evaluate the current ANP roles. Focus group interviews were used to investigate if there are new roles ANP could have in an emergency department, to increase the flow, and what meaning the leader have for the implantation of ANP roles. 82 patients were included in the surveys and 12 healthcare professionals attended the focus group interviews. Qualitative action research method was used to reflect the results to the clinical work.

The results show that there are new roles the ANP could have in an emergency department and are presented as a hybrid model for ANP in an emergency department. Needs specific receptions, ambulative ANP-teams and clinical leaders are new roles. The hybrid model makes a more effective flow possible and at the same time it increases the patient's value. In this way a high qualitative, cost-reductive and attractive role for the ANP is created.

Language: Swedish

Key words: Advanced nurse practitioner, ANP, APN, emergency department, flow-efficiency, development, role, leader, hybridmodel

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	<i>Avancerad klinisk sjuksköterska.....</i>	2
2.2	<i>Avancerad klinisk sjukskötare på en jourmottagning.....</i>	4
2.3	<i>Vårdbedömning och triage på en jourmottagning</i>	6
2.4	<i>Peppa - modellen</i>	7
2.5	<i>Ledarskapets roll för att skapa förändring</i>	14
3	Teoretisk referensram	17
3.1	<i>Lean</i>	18
3.2	<i>Grundprinciperna för Lean enligt Jeffrey Liker.....</i>	18
3.3	<i>5S standardiserar och skapar ordning</i>	21
3.4	<i>Flödeseffektivitet</i>	22
3.5	<i>Från novis till expert</i>	23
3.5.1	<i>Novisen</i>	24
3.5.2	<i>Avancerad nybörjare.....</i>	24
3.5.3	<i>Kompetent</i>	25
3.5.4	<i>Skicklig.....</i>	26
3.5.5	<i>Experten.....</i>	27
4	Syfte.....	29
5	Metod	29
5.1	<i>Kvalitativ aktionsforskning</i>	30
5.2	<i>Kvantitativmetod</i>	31
5.3	<i>Datainsamlingsmetod.....</i>	31
5.3.1	<i>Enkät</i>	32
5.3.2	<i>Val av informanter till enkätundersökningen</i>	32
5.3.3	<i>Fokusgruppintervjuer.....</i>	33
5.3.4	<i>Val av informanter till fokusgruppintervjuerna</i>	33
5.4	<i>Etiska aspekter.....</i>	34
5.5	<i>Dataanalysmetod</i>	36

6	Resultatredovisning från enkätundersökningen.....	37
7	Resultat från fokusgruppintervjuerna	42
7.1	<i>Behovsspecifika mottagningar</i>	42
7.2	<i>Gynekologi.....</i>	44
7.2.1	Barn.....	44
7.2.2	Psykisk ohälsa	45
7.2.3	Infektioner	45
7.2.4	Sår	45
7.2.5	Digitala tjänster.....	46
7.3	<i>Klinisk ledare.....</i>	46
7.3.1	Case manager.....	47
7.3.2	Triage	47
7.3.3	Konsult	48
7.4	<i>Ambulerande AKS-team.....</i>	48
7.4.1	Vårdbedömning i hemmet.....	49
7.4.2	Värde för patienten.....	49
7.4.3	Utmaningar	50
7.5	<i>Flödeseffektivitet</i>	50
7.5.1	Teamwork	51
7.5.2	Tillit	52
7.6	<i>Ledarens roll vid implementering</i>	52
7.6.1	Behovsprioritera	53
7.6.2	Våga leda.....	53
7.6.3	Stöda	53
8	Hybridmodellen.....	54
9	Resultatdiskussion.....	55
10	Metoddiskussion	57
11	Avslutning	58
	Källförteckning	60
	Bilaga 1 Utvärdering av AKS-mottagningen	
	Bilaga 2 Frågeguide för fokusgrupp intervjuer	

1 Inledning

Social- och hälsovårdssektorn i Finland genomgår nu den största reformen på årtionden. Arbetet inom social-och hälsovårdssektorn, inklusive räddningsväsendet som också omfattas av reformen, ändras till alla delar. Målet med Välfärdsreformen är att göra vården och omsorgen mera tillgänglig och jämlik i hela vårdområdet.

Inom hälso- och sjukvården strävar man efter att använda resurser verkningsfullt och göra rätta saker på rätt ställe. Tillräckligt med personal och en optimal arbetsmängd på alla verksamhetspunkter, detta är en utmaning på många ställen.

Ett återkommande problem inom vården idag är bristen på vårdpersonal och bristen på läkare speciellt inom primärvården. Den pågående vårdreformen med centralisering som mål innebär stora inbesparingar. För att överleva behövs nya effektiva arbetsmetoder.

Forskning visar att sjukvårdssystemet i hela världen upplever överbelastning av patienter på jourmottagningarna. Överbelastningen inverkar snabbt på vården av patienterna samt ökar missnöje hos patienterna och vårdarna. Överbelastningen är mångfacetterad och kan förknippas med den ökade patientvolymen, genomströmningen av patienter samt bristen på rum och sängar. Ett växande problem är patienter med icke akuta besvär, som leder till en konflikt mellan behov och kapacitet, som ofta orsakar förseningar. (Jeyaraman, Alder & Copstein, 2022)

Det har visat sig att avancerade kliniska sjukskötare (AKS) besitter en unik förmåga att känna igen säkra och effektiva arbetssätt inom vården. Genom att kunna ge högkvalitativ och effektiv vård kan AKS-sjukskötare med fördel minska väntetiderna och öka genomströmningen på en jourmottagning. Avancerade kliniska mottagningar har också visat sig vara kostnadseffektiva och patienternas livskvalitet och hälsa har på längre sikt förbättrats. Samtidigt har det visat sig att patienterna är väldigt nöjda över den vård som en avancerad klinisk sjukskötare kan ge. (Boman, Egilsdottir, Levy-Malmberg & Fagerström, 2019 & Martin-Misener m.fl., 2015)

Bakgrunden till vårt val av ämnesområde är grundat på behov av mera möjligheter att erbjuda den akuta patienten rätt vård på rätt nivå. Bristen på läkartider inom primärvården leder till att patienter med icke alltid akuta behov söker sig till jourmottagningen, vilket leder till stor belastning på jourens läkare och vårdpersonal. Vi kommer i arbetet att använda oss av förkortningen AKS för den avancerade kliniska sjukskötaren.

Genom att vidareutbilda sjukskötare till AKS inom olika områden kan man på ett tryggt sätt avlasta och effektivisera jourens verksamhet. Läkarnas arbetsbörda kan minskas och på samma gång minskar väntetiden för patienten så att hen snabbare får tillgång till en vårdbedömning (Htay & Whitehead, 2021).

2 Bakgrund

Vi har valt att fördjupa oss i definitionen av vad en avancerad klinisk sjukskötare är och vilka färdigheter en avancerad sjukskötarexamen tillför på en jourmottagning. Vi har även valt att ta med ledarens roll i utvecklandet av nya roller för AKS och dess implementering i den dagliga verksamheten.

2.1 Avancerad klinisk sjuksköterska

Sjukskötarens roll och omvårdnad har i takt med att samhället utvecklats under de senaste 100 åren genomgått stora förändringar. Från att tidigare ha varit en barmhärtighetsgärning till ett professionellt yrkesområde, som kräver en högklassig yrkeshögskoleutbildning. Kravet på vården och sjuksköterna ökar i takt med att vården blir dyrare och behovet av att tänka kostnadseffektivt växer. I och med att befolkningens ålder stiger ökar behovet av uppföljning av långvariga sjukdomar, hälsorådgivning och vård och behandling under en längre tid, speciellt i slutskedet av livet. Detta ställer höga krav på vården och sjuksköternas professionella kompetens. Även befolkningens levnadsvanor och kulturella bakgrund ställer idag höga krav på vården samt kräver en mera individanpassad vård. Den "Nya" vuxna generationen har i dag ett större behov av hälso- och sjukvård och är inte nödvändigtvis nöjda med en rutinemässig vård och behandling. Därmed behöver hälso- och sjukvården följa med utvecklingen för att kunna möta befolkningens behov. (Fagerström, 2011, ss. 22-24)

Diskussionen kring avancerad klinisk praktik började redan på 1960-talet i USA och spred sig till Australien och Storbritannien i slutet av 1970-talet och 1980-talet. I början på 2000-talet började utvecklingen av expertuppgifter på avancerad nivå i hela världen så även i de nordiska länderna. Eftersom arbetsbeskrivningen varierar mycket mellan länderna är det svårt att uppskatta i hur många länder AKS verkar. Uppskattningsvis ligger det mellan 33–60 länder. I Finland utexaminerades de första expertsjukskötarna år 2006 och de första experttjänsterna inom avancerad klinisk vård inrättades vid universitetssjukhusen. AKS hette då expertsjukskötare men började sedan kallas avancerade kliniska sjukskötare. Implementeringen har gått något trögt och ännu idag är deras kompetenser och kompetensområden bristfälligt definierade. (Nieminen, 2011; Fagerström, 2011, ss. 36–37 & Kotila, 2020)

Enligt International Council of Nurses (ICN), 2020 definieras avancerad klinisk sjukskötare AKS (Advanced Practice Nurse APN) som en registrerad sjuksköterska som har det expertkunnande som krävs för att kunna fatta komplexa beslut och klinisk kompetens för en utvidgad arbetsbeskrivning, som formas av de rättigheter hen har och av sammanhanget där hen verkar. AKS skall kunna ge en hög kvalitativ och avancerad vård, behandla samt förebygga sjukdom. Till rollen hör även att kunna ge rehabiliterande vård, behandla och uppfölja kroniska sjukdomar. AKS skall även ha förmågan att kunna integrera evidensbaserad vård i praktiken, kunna ta egna vårdbeslut och därmed självständigt bedöma och diagnostisera hälsoproblem. Utöver detta skall AKS ha förmåga att ge stöd och konsulteringstjänster till annan vårdpersonal på en professionell nivå. Hen skall ha den kompetens som behövs för att kunna planera, samordna, genomföra och utvärdera åtgärder, för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvårdstjänster på avancerad nivå. AKS förekommer ofta som första kontaktpersonen inom akut- och primärvården.

Det förekommer stora variationer internationellt i både AKS utbildningen och i kompetensutövningen. Nationella krav, reglering samt tillämpningsområden varierar från region till region. De största hindren för en AKS att få utöva sin yrkeskompetens är ofta lagstiftningens status i regionen och hård reglering av legitimationen. Icke stödjande organisatoriska miljöer och normer har en negativ inverkan. En orsak kan vara att många inte förstår vad en AKS är och vilken yrkeskompetens hen har. Att en AKS inte får möjlighet att utöva sin kompetens fullt ut kan ha en negativ inverkan på hälso- och sjukvården. Detta är ett slöseri med mänskliga resurser och kan leda till frustration, utdragen behandling av

sjukdom och ytterligare extra arbete för andra teammedlemmar inom vården. (Heale, 2015)

En AKS kan ha avancerade arbetsuppgifter på olika enheter inom social- och hälsovården. Internationellt sett arbetar AKS främst inom primärvården, på hälsovårdsstationer, på kliniker som bedrivs av AKS, läkarmottagningar, vårdhem, sjukhus och inom hemsjukvården. Till arbetsuppgifterna hör konsultering, remittering till andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård, självständig patientvård, en del kirurgiska ingrepp samt förskrivning av vissa läkemedel. (Kotila, 2020)

2.2 Avancerad klinisk sjukskötare på en jourmottagning

Vid en jourmottagning förväntar sig invånarna att få en snabb bedömning och omhändertagande vid ett akut sjukdomsfall eller vid allvarliga skador för att sedan i snabb takt få en diagnos eller arbetsdiagnos, inleda vården och behandling samt få en plan för den fortsatta vården. Arbetet varierar på en jourmottagning beroende på vilken typ av jourmottagning det är. På universitetssjukhus och på centralsjukhus handlar det ofta om kritiskt sjuka patienter med sviktande vitala funktioner, medan det på vård- och hälsocentraler eller andra mindre enheter handlar om mera enklare hälsohinder eller hälsobehov. Vid vårdcentralernas jourmottagning tas idag även emot patienter som av någon anledning inte kan vänta på en tid till läkarmottagningen. Denna patientgrupp har ökat parallellt med att väntetiderna till läkare på läkarmottagningen ökat. Ofta handlar det om en sjukdom som gör patienten arbetsoförmögen och därmed i behov av sjukskrivning. I dessa fall är det omöjligt att vänta flera veckor på en läkartid. Detta system är i längden ohållbart. Tillgängligheten till vård för patienter som akut behöver vård borde förbättras och bli mera lättillgängligt. (Fagerström, 2011, s. 262)

Enligt Fagerström (2011) kunde inrättande av flera tjänster för AKS vara en lösning på problemet. Enligt tidigare forskning har det visat sig att de flesta som besökt en AKS mottagning är nöjda med besöket. AKS gav patienten mera tid och information samt vården var mera helhetsinriktad.

Inbesparingar har gjort att hälsovårdscentralernas akutmottagningar har fått förkortade öppethållningstider. Vilket har gjort att samma antal patienter behöver få vård inom en mindre tidsram. Utmaningen är då att inte utestänga hjälpbehövande samtidigt som

patienterna med icke akuta besvär behöver hänvisas eller ges en tid till läkarmottagningen inom rimlig tid. I dessa fall kunde man ha användning av en AKS för att effektivera systemet för de patienter som behöver vård inom ett par dagar och för de patienter, som kan vänta någon vecka på en tid till läkarmottagningen. (Fagerström, 2011, s. 263)

I USA var det just bristen på läkare och det ökade antalet patienter som strömmade in på jourmottagningarna som gjorde att sjukskötare började rekryteras från primärvården för att hjälpa till att hantera det ökade antalet patienter, som många gånger hade en lång sjukvårdshistoria. (Fagerström, 2021, s. 166)

Fagerström (2011) jämför AKS yrkesroll på en jourmottagning med *The Association of Advanced Nursing Practice Educators* (AANPE 2006) kompetensbeskrivning för AKS:

- Att kunna ta en övergripande anamnes
- Att självständigt kunna utföra fysiska undersökningar
- Att kunna med hjälp av sin expertkunskap göra en klinisk bedömning för att identifiera en eventuell diagnos
- Att kunna vid behov remittera patienten vidare för utredning
- Att kunna ställa en slutgiltig diagnos
- Att kunna besluta om eventuell behandling, inklusive föreskrivning av läkemedel eller remittera vidare till lämplig specialist
- Att kunna med hjälp av sin omfattande praktiska erfarenhet planera och erbjuda kvalificerad och kompetent vård och omsorg tillsammans med övriga teammedlemmar
- Att kunna garantera kontinuitet i vården samt ordna kontroller vid behov
- Att kunna tillsammans med patienten bedöma och utvärdera behandlingen och göra förändringar enligt behov
- Att kunna arbeta självständigt men även som en del av vårdteamet
- Att kunna utöva ledarskap

- Att kunna ge evidensbaserad omvårdnad för varje patient

Inom akutvård har det visat sig att en AKS kan ansvara för en stor del av patientens vårdbedömning och behandling. En AKS kan vara lokaliserade på större sjukhus på så kallade avancerade sjuksköterskekliniker där läkare finns till hands för bl.a. remisser, mindre kommunala sjukhus, enheter för mindre skador eller "drop-in mottagningar" där läkare inte alltid finns på plats. Vilka arbetsuppgifter en AKS har är beroende på i vilken vårdmiljö hen arbetar i. (Fagerström L. M., 2021, ss. 164-166)

2.3 Vårdbedömning och triage på en jourmottagning

Triage kommer från franska ordet *trier* som betyder sortera, sälla och välja och definieras som en process som används för att sortera och prioritera patienter. Utgångspunkten är att ta anamnes, symptom och vid behov vitala parametrar som andningsfrekvens, puls och kroppstemperatur. Syftet med triagering är att behandla de mest brådskande och allvarligt sjuka patienter först. Triagering används både på jourmottagningar och katastrofplatser men har även börjat användas inom sjukvårdens telefonrådgivning. (Fagerström, 2011, s. 246)

Den första utmaningen på en jourmottagning är att snabbt och effektivt kunna bedöma patientens vårdbehov samt kunna hänvisa hen till rätt vård i rätt tid. För den här typen av bedömningar har man utvecklat triage, vilket är en bedömningsprocess, men framkallar inget slutresultat för vården. Triagering innebär en snabb undersökning av patienten samt en bedömning av hur brådskande patientens vårdbehov är och på basen av det klassificeras patienten i en brådskande kö. (Fagerström, 2011, ss. 246-247)

Enligt en studie gjord av Jeyarama m.fl. (2022) kan en AKS ledd triage på en akutmottagning signifikant minska tiden innan den första bedömningen görs samt minska tiden som patienten behöver stanna på akutmottagningen innan utskrivning. AKS ledd triage har också minskat tiden för triage, minskat andelen patienter som lämnar akutmottagningen utan undersökning samt ökat andelen nöjda patienter. AKS ledd triage kan vara en effektiv strategi för att öka patientflödet och minska kostnaderna, genom att öka möjligheten att kunna undersöka och behandla icke brådskande patienter i triagetrymmet, inleda undersökningar i triageutrymmet för icke brådskande till brådskande patienter eller

undersöka och ta beslut om icke brådskande patienter kan hänvisas till en tidsbeställd läkarmottagning. På jourmottagningen på en social- och hälsovårdscentral fungerar en AKS ledd triage bättre än på en jourmottagning vid ett större sjukhus där största delen är akuta patienter eller traumapatienter.

2.4 Peppa - modellen

Inom hälso- och sjukvården sker det idag stora omstruktureringar, vilket har lett till att efterfrågan på avancerade kliniska sjukskötartjänster ökat. Dessa tjänster strävar till att möta patienternas hälsobehov. Genom att utöka användningen av sjukskötarens vårdkunskaper och kompetenser kan tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster förbättras.

Bryant-Lukosius, Spichiger, Martin, Stoll, Kellerhals & Fliedner (2016) har identifierat 5 faktorer som påverkar utvecklingen, implementeringen utvärderingen av nya roller inom avancerad klinisk vård. Dessa faktorer är rekommendationer som behövs för att gemensamt, systematiskt och evidensbaserat förbättra implementeringen av nya AKS-roller:

- leverera tillräckligt med data för att lyfta fram behovet och identifiera mål för en tydlig definierad roll
- stöda utvecklingen av en klinisk omvårdnad i praktiken, som kännetecknas av patientcentrerad, hälsofokuserad och holistisk vård
- främja en utökad användning av avancerade kliniska vårdkunskaper, kompetenser och expertis inom alla verksamhetsområden.
- skapa miljöer som stöder en omsorgsfull utveckling av AKS-roller inom hälso- och sjukvårds team, praktiska miljöer och ett bredare hälsovårdssystem
- tillhandahålla kontinuerlig och noggrann utvärdering av AKS-roller relaterade till fastställda mål baserade på resultat

Peppa är en modell som används till att utveckla implementeringen av olika roller inom vården. Speciellt vid implementering och utvärdering av olika AKS-roller har peppa-modellen fördelaktigt följts. Peppa står för; **“Participatory, Evidence-Based, Patient-**

Focused, Process for Advanced Practice Nursing Role Development, Implementation and Evaluation". Peppa-modellen avser att man utifrån patientens hälsobehov systematiskt strävar till att utveckla avancerade sjuksköterskeroller. (Fagerström, 2011, s. 393; Boman, m.fl., 2022 & Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

PEPPA kommer från Kanada och används nu i 16 länder. PEPPA har utvecklats från principer för aktionsforskning och utifrån Donabedians modellen, som är en teori om utvärdering av resultat. Modellens uppgift är att fungera som en guide för forskare, hälsovårdsproducenter, administratörer och hälsopolitiker och därigenom främja utvecklingen och omfattningen av patientcentrerade AKS-roller. PEPPA betonar en kontinuerlig utveckling av AKS-roller allt från planeringsfasen till implementationsfasen. Redan i planeringsfasen är det viktigt att samla in data för att kunna åskådliggöra behovet av nya sjukskötarroller. Faktorer som behöver tas i beaktande är förhållandet mellan patienter och läkare, efterfrågan och användningen av vårdtjänster och patientens nöje samt missnöje med vården. I PEPPA-modellen går behovsbedömning framom utbud och efterfrågan för att kunna identifiera faktorer i omgivningen som påverkar vården av patienten samt införandet av AKS-roller. Målet med alla AKS-roller är att kunna utöka, upprätthålla och återställa patientens hälsa genom nya innovationer inom klinisk omvårdnad och inom all produktion av hälsovårdstjänster. (Fagerström, 2011, s. 393; Bryant-Lukosius, m.fl., 2016 & Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

PEPPA-modellen består av 9 olika steg som beskriver hur intressenter och beslutsfattare engageras i behovet av nya AKS-roller, gemensamma mål identifieras för en klart definierad AKS-roll och på detta sätt skapa effektiva strategier för planering och implementation som gynnar rollens utveckling integration i hälsovårdssystemet. PEPPA är också vägledande för både långsiktiga och kortsiktiga utvärderingar av om rollerna motsvarar de uppställda behoven. De nio stegen behöver inte följas slaviskt utan varje organisation eller utvecklingsgrupp inom hälsovården kan välja och anpassa stegen och aktiviteterna enligt vad som passar bäst för organisationen och de specifika förhållandena. (Fagerström, 2011, s. 394)

Steg 1: Definition av patientgruppen och beskrivning av nuvarande vårdmodell

I början av processen görs en prioritering av patientgruppen. Kartläggning görs över på vilket sätt patienter och familjer tar kontakt till hälso- och sjukvården och hur vårdkedjan sedan löper vidare genom vårdprocessen mellan olika servicepunkter. I processen är det viktigt att olika intressenter och partners blir hörda. Professionella team diskuterar, beskriver och försöker få en överblick över hur den nuvarande modellen fungerar. Vem, hur och när möter patientgruppen i vårdkedjan. Både professionella, organisatoriska och geografiska perspektiv tas i beaktan. (Fagerström, 2011, s. 394; Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004 & Boman m.fl., 2022)

Steg 2: Identifiering av partners och rekrytering av deltagare

I detta steg identifieras nyckelpersoner, som är involverade i patientgruppens vård och behandling. Nyckelpersonerna ges möjlighet att reflektera, lära, informera och arbeta för att utveckla patientgruppens vårdprocess och vårdkedja. Viktigt är att alla nyckelpersoners perspektiv på patientgruppens vårdprocess garanteras, så även patienters och anhörigas perspektiv. Nyckelpersonerna kan vara patienter, familjer, frivilligorganisationer, personal från hälso- och sjukvårdsorganisationer, hälsovårdsteam, ledare, utbildare och statliga hälsopolitiska myndigheter. Vårdpersonalens deltagande i definieringen av syftet och målet med AKS-rollen är en förutsättning för att kunna implementera och skapa den kultur som behövs för att kunna utöva rollen. (Fagerström, 2011, s. 395; Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004 & Boman m.fl., 2022)

Steg 3: Fastställa behovet av en ny vårdmodell

Nyckelpersonerna analyserar styrkor och begränsningar med den nya vårdmodellen. Frågor som diskuteras är;

- Vilka vårdbehov har patienter och familjer?
- Vad är omfattningen och konsekvenserna av dessa behov?

- Vilka faktorer bidrar till dessa behov?
- Vad är nyckelpersonernas perspektiv på dessa behov?
- Behövs ytterligare information om behoven?
- Vilka källor och metoder kan användas för att erhålla nödvändig information?

En utvärdering görs utifrån den data som erhållits angående omfattningen, allvarlighetsgraden och betydelsen av de hälsobehov som nu inte blir tillgodosedda av den nuvarande vårdmodellen samt vilken service och vård som skulle behövas för att möta dessa behov. Om befintliga data inte finns att tillgå kan undersökningar, fokusgrupper eller intervjuer användas. Eftersom patienter och familjer ofta har många olika hälsobehov behöver behoven analyseras och prioriteras. (Fagerström, 2011, s. 395; Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004 & Boman m.fl., 2022)

Steg 4: Identifiering av prioriterade problem och mål

Nyckelpersonerna och intressenterna utvecklar en djupare förståelse för patientens hälsobehov samt vårdmodellens styrkor och begränsningar. Därefter kommer de överens om de viktigaste hälsobehoven, som inte i detta skede vårdmodellen tillgodoser. Problemområden identifieras och resultatbaserade mål fastställs, som kunde förändra vårdmodellen och patientens hälsa till det bättre. När målen identifieras blir det möjligt för nyckelpersonerna att bestämma vilka åtgärder som behövs göras för att lösa de prioriterade problemen och samtidigt med hjälp av resultaten kunna utvärdera den nya vårdmodellen och AKS-rollen. (Fagerström, 2011, s. 396; Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004 & Boman m.fl., 2022)

Steg 5: Definiera den nya vårdmodellen och AKS-rollens funktion

I detta steg identifieras strategier och lösningar som behöver utföras för att nå målen och utvecklandet av vårdmodellen och AKS-rollen.

- Vilka nya praktiska vårdmetoder och vårdstrategier kan anammas för att uppnå målen? Finns det evidensbaserad data som stöder dessa förändringar?
- Behöver man göra förändringar i de nuvarande rollerna och ansvarsområdena för att kunna implementera nya praktiska vårdmetoder och vårdstrategier?
- Finns det behov av att ytterligare utöka vårdpersonalen?
- Om så är fallet, kunde en AKS-roll öka möjligheten att uppnå målen och därmed bättre kunna möta patienternas vårdbehov?
- Hur bra passar en AKS-roll in i den nya vårdmodellen?
- Vilka är för och nackdelarna med en AKS-roll i jämförelse med andra alternativa vårdar-roller?

Att utveckla nya bredare och djupare strategier för att förbättra vården stärkas genom att patientens vårdbehov analyseras från flera olika synvinklar. En ny vårdmodell utvecklas från diskussioner angående vilken typ av vård som är den mest signifikanta men också vilka vårdroller som passar bäst till den nya vårdmodellen och till de nya strategierna. Man behöver fastställa vad som kräver förändring gällande hur vården och behandlingen genomförs, detta betyder vilka vårdmetoder, vårdåtgärder och vårdrutiner som behöver förändras men även också ansvarsfördelningen mellan vårdprofessionerna. Om man i detta skede beslutar sig för att införa en AKS-roll är det viktigt att en specifik befattningsbeskrivning görs upp för den nya vårdmodellen. (Fagerström, 2011, s. 396; Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004 & Boman m.fl., 2022)

Steg 6: Planering av strategier för implementering av ny vårdmodell

I detta stadie utvecklas en plan av nyckelpersonerna och deltagarna för att garantera att vårdmodellen verkställs i organisationen samt implementeringen av AKS-rollen. Frågor att fundera på är:

- Vilka resultat förväntas av implementeringen av AKS-rollen och förändringar av vårdmodellen? När kan man vänta sig att dessa mål uppnås?

- Vilka möjligheter och hinder finns det för en utveckling och implementering av AKS-rollen?
- Vilka strategier behövs för att öka AKS-rollens möjligheter och minska hindren?
- Vilka resurser och vilka stödåtgärder behövs för att kunna utveckla och implementera AKS-rollen?

Planeringen börjar med att utvärderingsplanen beskrivs. En specifikation görs upp av målrelaterade resultat för varje AKS-roll och för andra förändringar i vårdmodellen. Planen behöver ta hänsyn till tillgängligheten av mätverktyg, resurser för att genomföra en utvärdering samt strategier för att få patientfeedback. Planeringen är viktig för att få fram strategier som underlättar utvecklingen och minska hindren för AKS-rollen. Faktorer som behöver utredas är utbildningsbehov, marknadsföring och spridning av information, rekryteringsbehov, system för rapportering av verksamheten, finansiering och utveckling av nödvändiga styrdokument. Till sist i detta steg fastställs tidtabellen för implementeringen och planen för utvärdering. (Fagerström, 2011, s. 396 & Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Steg 7: Inleda sammanställningen av en implementationsplan för AKS-rollen

Implementering av den nya vårdmodellen inleds. Om möjligt borde strategierna i steg 6 implementeras i logisk ordning, där nyckelpersonerna känner till AKS-rollen, potentiella AKS-sjukskötare utbildar sig och administrativt stöd och resurser finns att tillgå samt regleringssystem, riktlinjer och metoder görs upp. Implementering av en ny vårdmodell tar tid och processen kan ta mellan 3–5 år. Processens framskridande behöver kontinuerligt dokumenteras så att ändringar kan göras vid behov och fungerar som ett stöd vid implementeringen av AKS-rollen. Enligt PEPPA-modellen är implementeringen av AKS-rollen en kontinuerlig process, som rör sig mellan dessa steg och baseras på i vilket stadie rollutvecklingen befinner sig. Regelbundna utvärderingar och en bra kommunikation mellan AKS, nyckelpersonerna och administratörerna behövs för att säkerställa att det stöd och de resurser som behövs för varje fas tillhandahålls. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004, Fagerström, 2011, s. 397)

Steg 8: Utvärdering av den nya AKS-rollen och den nya vårdmodellen

En omfattande utvärdering av strukturen, processen och resultaten av den nya vårdmodellen och AKS-rollen görs. Med hjälp av utvärderingen kan man identifiera hur roller, relationer och resurser påverkar resultaten för AKS-rollen. Utvärderingen innefattar hur resurser, miljön och egenskaperna hos AKS-sjukskötaren påverkar resultaten. Utvärderingen berör även hur AKS-tjänsterna tillhandahålls och hur AKS-rollen fungerar med tanke på praktik, utbildning, forskning samt organisatoriskt och professionellt ledarskap. Genom utvärderingen får man fram vad som gynnar och vad som hindrar AKS-rollens funktion. Utvärderingen är nödvändig för en vidareutveckling av rollen och vårdmodellen. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004 & Fagerström, 2011, s. 397)

Steg 9: Långsiktig uppföljning och dokumentation av AKS-rollen och den nya vårdmodellen

AKS-rollens och vårdmodellens funktion dokumenteras och följs upp så man på längre sikt kan förändra rollen och funktionen i linje med att nya behov och utmaningar uppstår inom hälsovårdssystemet, patientbehoven samt inom behandlingsriktlinjerna. Långsiktig uppföljning är viktig för att upprätta en gemensam vision för AKS-rollen och den nya vårdmodellen samt garantera en hållbar utveckling. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004 & Fagerström, 2011, s. 397)

Med hjälp av PEPPA-modellen har man runt om i världen med framgång kunnat implementera nya AKS-roller samt nya vårdmodeller. I Norden släpar utvecklingen efter ännu. Problem som uppkommit är att ledarna vid organisationerna, samarbetspartners, kolleger och politikerna inom hälsovård inte är insatta i vad AKS är och förstår inte terminologin. Ekonomiska begränsningar och bristande stöd från ledningen kan dra ut på implementeringsprocessen samt försvåra den. För att lyckas med en implementering är det viktigt att de nya funktionerna definieras tydligt och att målen och de förväntade resultaten är klara. AKS-rollen innebär en förändring i arbetsfördelningen och i samarbetet med läkarna, vilket kan leda till dispyter och konflikter. Detta kan i värsta fall leda till att AKS-rollen inte kan utnyttjas fullt ut och vårdkvalitén och patientsäkerheten kan bli lidande. Det är därför viktigt att man i ett tidigt skede identifierar möjliga barriärer som kan

förhindra en AKS-rollens implementering och utveckling. (Fagerström, 2011, ss. 398–399 & Boman m.fl., 2022)

En kontinuerlig utvärdering behöver göras längs vägen för att kunna ta itu med problem som uppstår i implementeringen ett tidigt skede. Om det brister i planeringen och implementeringen kan det leda till en rollkonflikt och en överbelastad AKS-sjukskötare, vilket påverkar arbetstillfredsställelsen och trivseln på arbetsplatsen. På långsikt kan de medföra svårigheter att behålla AKS-sjukskötare samt svårt att rekrytera nya. För att effektivt kunna utnyttja de resurser som finns är en utförlig planeringen väsentlig för slutresultatet. Att kontinuerligt utvärdera olika verksamhetsmodeller för AKS är en förutsättning för att AKS-rollen skall kunna utvecklas i framtiden. Befolkningens hälsobehov behöver ligga i centrum när nya AKS-roller tas fram. Organiseringen av verksamheten och produktionen av vårdservicen behöver ständigt utvecklas i takt med samhällets och befolkningens behov förändras och det ökade kravet på en allt mera individanpassad vård och behandling. (Fagerström, 2011, s. 401)

2.5 Ledarskapets roll för att skapa förändring

Hur ledaren kan hjälpa personalen att hitta engagemang och motivation för att bidra till ständig förbättring av sin egen och organisationens förmåga är central. Som ledare får man ofta höra ”Det är klart att andra branscher lyckas bra med att skapa ständiga förbättringar, men i vår bransch är det inte lika enkelt.” I dessa situationer behövs en ledare, som kan uppmuntra personalen och visa att allt är möjligt. (Ljunggren Bergeå, 2015, s.7)

En ledare ska kunna skapa samarbete på en arbetsplats med sitt ledarskap. Har man bra samarbete på en arbetsplats stannar ingen upp, utan varje individ bidrar till en bättre helhet på arbetsplatsen. Enligt Savéns utgångspunkt är ledarskap det som syftar till att skapa allt bättre samarbete utifrån målen att leverera, förbättra och lära. Leverera innefattar att skapa resultat för organisationen och värde till intressenter, förbättra att utveckla och effektivisera verksamhet och lära att alla har möjlighet att utvecklas i sitt jobb och växa som människa. (Savén, B. 2019, s 26)

Ledaren skall utgå från motivationsfaktorer som t.ex.

- *Självbestämmande*: Att något blir enklare, roligare och ger större frihet att påverka sitt arbete
- *Tillhörighet*: Att få beröm och positiv återkoppling av sin ledare, att det man som medarbetare gör uppskattas.
- *Utveckling*: Att det är utmanande o utvecklande att det syns i resultatet. (Savén, 2019, s. 25)

Lean har i många företag och organisationer kommit att fungera som ett verktyg för att skapa utveckling. Bra ledarskap enligt lean:

- ledaren visar tuff omsorg med mod ” Våga vara ledare ”.
- ledaren skapar strukturer.
- ledaren ser mer till hur, än till resultatet.
- ledaren ger bidrag, förutsättningar, förmåga o attityd.

(Savén, 2014, s. 25)

Ledarens roll skall vara att skapa engagemang och ge motivation. Ledaren skall skapa förutsättningar, resurser för att samarbetet skall fungera bra. Ledaren skall vara modig och våga göra det som krävs i en situation där man arbetar med förändring. Ledaren skall kunna synliggöra syfte för att motivera alla att bidra tillförbättringsarbete. (Savén, 2014, s. 28)

Ledarens roll i förbättringsarbete hittas att hämta från lean som ger ledaren viktiga verktyg. Lean är kortfattat uttryckt en verksamhetsstrategi som prioriterar flödesaktivitet framför resurseffektivitet. Lean är en strategi för att förändra verksamheten till att bli mera effektiv. (Modig & Ahlström, 2020, s. 117)

Ledaren skall inta rollen att förändra kulturen, våga leda den enskilda medarbetaren att bli medveten om vad som är verklighet och vad som är upplevda hinder. Låt medarbetarna själv bestämma och du som ledare skall skapa förutsättningarna. Skapa ett tillitsfullt klimat där vem som helst skall kunna dela med sig av sina idéer och förhoppningar utan att bli klandrad för det, istället skall nya idéer uppmuntras av kollegor och chefer, vilket möjliggör förändringar. (Ljunggren Bergeå, 2015, s. 25)

All verksamhet behöver ständigt bli bättre. Världen omkring oss förändras och ett ständigt pågående förbättringsarbete är bästa sättet att låta verksamheten hålla jämna steg med utvecklingen och vara för dem den finns till för. Rätt kultur är grundläggande om du vill att din avdelning skall bli framgångsrik. Rätt kultur skapas genom rätt ledarskap, med rätt kultur menar vi att kulturen skall skapa engagemang hos medarbetarna. (Ljunggren Bergeå, 2015, s. 45)

Vid förändring har strategiskt ledarskap gett goda resultat. Strategiskt ledarskap är förmågan att leda en organisation. En strategisk ledare arbetar tillsammans med sitt team med att definiera och utveckla organisationens mål och syften, och dess nyckelstrategier och optimala struktur. En strategisk ledare driver processer tills de är tillräckligt bra, men inte perfekta. Ledaren fokuserar på det som är avgörande i frågan, balanserar olika faktorer och vågar ta ställning trots ofullständig information och meningsskiljaktigheter. Speciellt inom hälsovårdsorganisationer när man vill starta och få i gång nya verksamhetsmodeller behövs ett strategiskt ledarskap. När man vill skapa nya tjänster och befattningar för sjukskötare på en avancerad nivå krävs det att ledaren har ett långsiktigt tänkande och en klar strategi. För att processen skall lyckas krävs det att sjukskötarna själva är aktiva, men framför allt behöver ledaren ta en aktiv roll för att processen skall gå framåt. Vid planeringen av nya verksamhetsmodeller krävs det att flera professioner i vårdkedjan kan samarbeta. Konkreta strategier och aktiviteter för att förverkliga uppställda målsättningar bör göras upp. Resurser bör finnas tillgängliga för förverkligandet och en kontinuerlig utvärdering av uppställda mål bör genomföras. Inom organisationerna förutsätter en utveckling av nya AKS-roller en målmedveten och strategisk ledning på olika nivåer, allt från strategiska dokument till målsättningar. (Fagerström, 2011, ss. 399-401)

3 Teoretisk referensram

Som teoretisk referensram har vi valt att använda oss av tankesättet Lean och omvårdnadsforskaren Patricia Benners teori ”Från novis till expert”. Lean har vi valt att använda på grund av att lean inom vården har visat sig kunna öka flödeseffektiviteten och därmed också kostnadseffektiviteten på ett för patienten värdigt sätt. Benner har genom forskning visat hur sjukskötaren utvecklar sitt kliniska kunnande och vilken inverkan det har i det praktiska arbetet. Detta ligger även som grund för AKS.

Lean började inom industrin för effektivera produktionen, men enligt forskning har det visat sig att Lean modellen fungerar bättre inom sjukvården än inom industrin. Att arbeta mera standardiserat och strukturerat gör det lättare att upptäcka fel. Lean är en sådan arbetsprocess och därför fungerar modellen bra och kan med fördel användas inom sjukvården. (Kaltenbrunner, Bengtsson, Mathiassen, Högberg & Engström, 2019)

Benner har genom forskning med hjälp av intervjuer och observationer beskrivit sjukskötarens utveckling i klinisk verksamhet och har lyckats finna kärnan i hur sjukskötaren utvecklar sitt kliniska kunnande, som hon tydligt redovisar i sin bok. Enligt Benner är det viktigt att sjukskötarens praktiska kunnande lyfts fram och synliggörs, för att stärka sjukskötarens legitimitet. ”Från novis till expert” är ett utmärkt exempel på hur sjukskötarens praktiska kunnande kan utvecklas och hur kvaliteten på den individanpassade vården kan säkras genom sjukskötarens personliga utveckling och förvärvande av erfarenheter. Benner anser att det är viktigt att sjukskötarna kontinuerligt arbetar för att stärka kunskapsutvecklingen, som kan relateras till det praktiska kunnandet. Teorin ”Från novis till expert” grundar sig på den modell filosofen Hubert Dreyfus och systemanalytikern Stuart Dreyfus skapade för piloter och schackspelare, om hur människor utvecklar och förvärvar sina färdigheter. Benners modell beskriver 5 stadier, som eleven genomgår när hen förvärvar och utvecklar sin yrkesmässiga kompetens. Stadierna som sjukskötaren genomgår är *novis*, *avancerad nybörjare*, *kompetent*, *skicklig* och till sist blir hen *expert*. (Benner, 1993, ss. 9,14, 32 & Ozdemir & Bulent, 2019)

3.1 Lean

Lean definieras som en metod för att utveckla verksamheten. Genom att använda de resurser som finns till att skapa ett kontinuerligt större kundvärde. Lean betyder att förenkla verksamhetens flöden och anpassa dem till att bli säkrare och stabilare. Enligt Liker är lean en ideologi och har sitt ursprung i Toyotas utvecklingsstrategi *Toyota Production System*. (Liker, 2012, s. 5)

Syftet med lean är att maximera kundnyttan och samtidigt minimera slöseri av resurser genom olika typer av effektiviseringar och rationaliseringar. Lean har fått sitt namn från engelskans "lean meat" det vill säga kött utan fett. Namnet är en metafor för de mål som man vill att organisationen skall arbeta mot. (Larsson& Korjonen, 2013, s. 18)

Lean är inget verktyg, utan en filosofi som i grunden handlar om att tänka på ett visst sätt för att uppnå hög kvalitet. Till minsta möjliga kostnad. För att uppnå målen finns ett antal verktyg som hjälper till att visualisera hur man ligger till i produktionen. (Larsson & Korjonen, 2013, s. 19)

När man använder Lean inom vården strävar man efter kortare väntetider och snabbare återhämtning. Huvudprincipen inom arbetsmodellen Lean är att eliminera slöseri, standardisera och lösa problem. Kärnan i "Lean vården" är att förbättra processer ur patientens synvinkel och låta medarbetare kontinuerligt förbättra arbetssätten.

3.2 Grundprinciperna för Lean enligt Jeffrey Liker

Forskaren Jeffrey Liker (2012, ss. 61–66) har använt 14 principer för att karakterisera Lean Production.

Princip 1 – Basera ledningsbeslut på långsiktigt tänkande även då det sker på bekostnad av kortsiktiga ekonomiska mål.

Princip 2 – Rätt process ger rätt resultat, skapa kontinuerliga processflöden för att synliggöra problemen. Viktigt är att tydliggöra flödet genom hela strukturen. Det är nyckeln till processen med kontinuerlig förbättring och utvecklingen av människorna i den.

Princip 3 – Låt efterfrågan styra för att undvika överproduktion. Grundprincipen är att påfyllning av material skall styras av efterfrågan.

Princip 4 – En jämn arbetsbelastning.

Princip 5 – Skapa en kultur där man stoppar processen för att lösa problem så att kvaliteten blir rätt från början. Grunden till inbyggd kvalitet är automatisering kombinerad med mänsklig intelligens.

Princip 6 – Standardiserade arbetssätt är grunden för ständiga förbättringar och personalens delaktighet.

Princip 7 – Använd visuell styrning så att inga problem förblir dolda.

Princip 8 – Använd endast pålitlig, välbeprövad teknik som stöder personalen och processerna. Använd teknik för att stödja personalen, inte för att ersätta dem.

Princip 9 – Se till att ledningen känner till verksamheten på djupet. En god ledare skall kunna förstå det dagliga arbetet, så att hen kan den som lär ut företagets filosofi.

Princip 10 – Utveckla människor och team som följer företagets filosofi. Skapa en stark stabil kultur där man arbetar enligt företagets värdegrund. Teamwork är något som behöver läras in.

Princip 11 – Respektera det utvidgade nätverket av samarbetspartners och leverantörer genom att utmana dem och hjälpa dem att bli bättre.

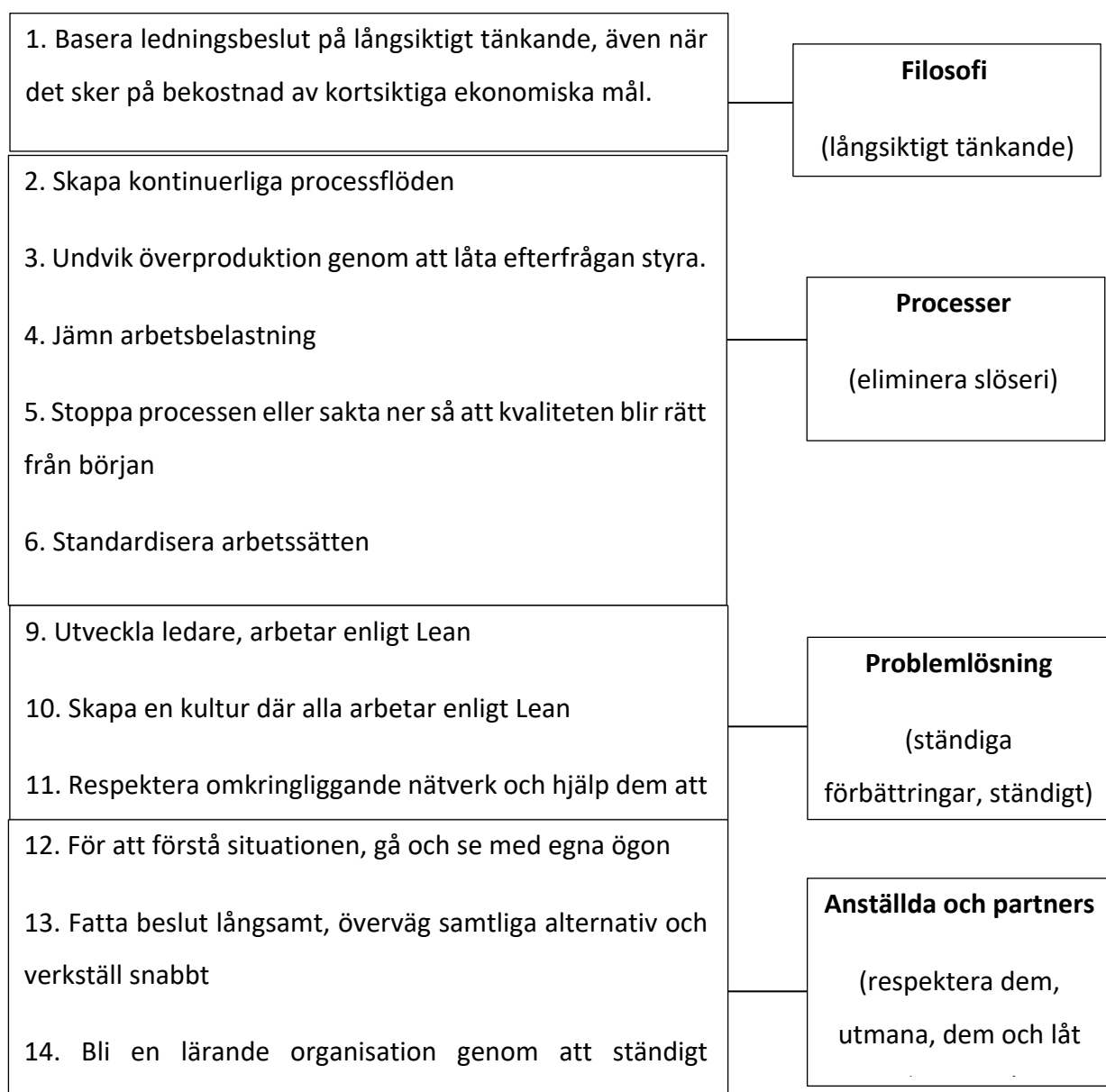
Princip 12 – Gå och se med egna ögon för att verkligen kunna förstå situationen. Att ständigt söka grundorsaken till problemen driver lärandet inom organisationen.

Princip 13 – Att fatta beslut skall ta tid, överväg noga samtliga alternativ och verkställ snabbt men omsorgsfullt.

Princip 14 - Bli en lärande organisation genom att ständigt reflektera och förbättra. Lär genom att standardisera de bästa arbetssätten hellre än att uppfinna hjulet igen i varje nytt projekt och med varje ny chef.

För att nå framgång baserat på Lean behöver enligt J. Liker hela personalen vara delaktig och alla Lean-principer följas. Enligt forskning har ändå förbättringar inom vårdkvalitén och i patientsäkerheten kunnat påvisas fast man bara följt en del av principerna. Det har också visat sig att vårdkvalitén ökat efterhand när personalen blivit mera van att använda sig av Lean principerna och vissa Lean principer bidrar mera till en bättre vårdkvalité än andra. Vissa Lean principer är också lättare att implementera än andra beroende på organisationens miljö och kultur. (Kaltenbrunner m.fl., 2019)

Här beskrivs Likers 14 principer enligt Kaltenbrunner m.fl. (2017) i en överskådlig figur, som gör det lättare att förstå hur processen skall ge rätt resultat.



Figur 1: Likers beskrivning av de 14 principerna.

3.3 5S standardiserar och skapar ordning

5S är ett Lean verktyg för ständig förbättring. 5S innebär att skapa en välorganiserad arbetsplats där var sak har sin plats. Alla bör känna till var material och verktyg finns och vad de används till. Alla verktyg och material på arbetsplatsen sorteras för att skapa en överskådlighet över vilka föremål som finns och för att se vilka som används ofta och vilka som används mer sällan. Det som inte används kastas eller sätts undan så att det vid behov kan hittas. Alla föremål placeras systematiskt på sin korrekta plats så att de kan hittas lätt och snabbt samt är placerade i anslutning till arbetet. Hyllor, lådor osv förses med etiketter så man snabbt ser vad som finns där. Viktigt att städa och hålla ordning på sakerna så att det ser rent och städat ut. Arbetssätten standardiseras för att kunna ha ett kontinuerligt förbättringsarbete med sortering, strukturering och städning och gemensamma spelregler. Standardiseringen uppnås när de 3 första S:na är genomförda. Ständig förbättring innebär att hela arbetsgruppen skall arbeta tillsammans enligt det nya arbetssättet. Alla behöver tänka enligt Lean för att det ska lyckas. De första 3 stegen är egentligen ett ordentligt städprojekt, det svåra kommer i de sista stegen som handlar om att bibehålla resultatet.

Sortera; ta bort alla onödiga saker som inte tillhör arbetsplatsen och som inte behövs för att genomföra arbetet.

Systematisera; skapa uppmärkta platser för nödvändiga saker.

Städa; hålla arbetsplatsen ren. En ren och snygg arbetsplats ökar trivseln och ger en bra överblick.

Standardisera; gemensamma spelregler som alla följer.

Ständig förbättring; hela arbetsgruppen skall arbeta tillsammans enligt det nya arbetssättet.

(Braun & Kessiakoff, 2011, ss. 32-33)

Med ett väl fungerande 5S-arbete erhålls en säker och trygg arbetsplats där risker tas om hand genom förbyggande åtgärder. Kvalitetsproblem undviks med tydliga instruktioner och en kompetent personal. Ökad produktivitet erhålls med en motiverad personal. (Braun & Kessiakoff, 2011, s. 33)

3.4 Flödeseffektivitet

Vården är i dag under ständig utveckling på grund av att vi människor lever längre och har därmed långvariga och vårdkrävande sjukdomar. Dessa orsaker samt personalbrist har lett till långa väntetider på flera punkter. Samtidigt behöver vi även få ner de skenade hälso- och sjukvårdskostnaderna. För att få bukt med detta behöver sjukvården utvecklas och effektivieras. Därför har man inom vården börjat intressera sig för lean mer och mera. Inom sjukvården innebär lean ett antal principer som används för att förbättra vårdprocesser ur patientens synvinkel samt att låta personalen kontinuerligt förbättra arbetssätten inom vården som både gynnar organisationen, personalen och patienterna. Detta kan identifieras som flödeseffektivitet (Sederblad, 2013, s. 142–144)

Enligt Iversen (2022) är ett effektivt flöde viktigt för både patienterna och personalen. Ett effektivt patientflöde innebär en serie vårdaktiviteter som gynnar vården av patienten, patienten själv och samtidigt personalen. Speciellt viktigt är det att tiden mellan aktiviteterna inte blir för lång. Det är också viktigt att personalen känner till syftet med ett effektivt flöde samt vilka fördelar det innebär för dem och för patienterna men också för arbetsmiljön. Genom att ha ett effektivt flöde i focus kan man öka patientsäkerheten och minska väntetiderna genom att patienten får vid rätt tid rätt typ av vård.

För att uppnå en förbättrad flödeseffektivitet behövs ändamålsenliga metoder och arbetssätt för att uppnå målen. För att försäkra sig om att metoderna och arbetssätten är framgångsrika är det viktigt att man följer med resultaten. Enligt Lean är resultaten en konsekvens av arbetssätten. Effektiva flöden handlar om "Just-in-time" och innebär att man genom förkortade ledtider och högre leveransprecision skapar effektiva flöden. (Petersson, 2012, s. 38–40)

Enligt Petersson (2012, s.51–52), handlar "Just-in-time" om att förbättra flöden med hjälp av 3 principer.

Takt handlar om att utjämna produktionshastigheten i verksamheten så att arbetsprestationen är jämnt fördelat över tiden. Flödet bör inte vara för snabbt utan skall hålla sig inom den utsatta tiden, annars kan det leda till stress eller onödigt långa

ledtid. När takten är jämn är det också lättare att följa med varsamheten och upptäcka eventuella avvikelser. (Petersson, 2012, s.54)

Kontinuerligt flöde innebär att information, material, patienter osv. är i ständig förbättring. Genom att man minimerar väntetiden i flödet blir ledtiden kortast möjlig. Sällan kan man uppnå helt kontinuerliga flöden men genom att delfleverera, reducera buffertar eller reducera avstånd mellan processer kan man närma sig ett så kontinuerligt flöde som möjligt. (Petersson, 2012, s.54)

Dragande system är en viktig del av flödeseffektiviteten och handlar om att producera tjänster endast när det finns ett behov av det. Utmaningen är att hålla flödet så konstant som möjligt. Annars finns det risk för överproduktion vilket enligt lean är totalt slöseri. (Petersson, 2012, s.56)

För att skapa effektiva flöden som levererar hög kvalitet behövs standardisering. Standardiserade arbetssätt innebär de arbetssätt som ger den bästa kvalitén. Standardisering förbättrar flödet genom att skapa en förutsägbarhet när det gäller tidsåtgången. Även utjämning av flödet bidrar till flödeseffektivitet. En utjämning av flödet bidrar till att utjämna resurserna och reducera onödiga buffertar. (Petersson, 2012, s.58)

3.5 Från novis till expert

I teorin Från novis till expert försöker Patricia Benner (1993, s. 9) beskriva sjukskötarens kliniska kunnande. Hon menar att sjukskötaren utvecklas från novis till expert genom den erfarenhet hon anammar genom att verka inom ett verksamhetsområde under en längre tid. Utvecklingen påverkas av sjukskötarens inlärningsstil, hennes eget intresse men också av eventuella hinder inom organisationen som kan inverka på hennes möjlighet till utveckling. Benner menar att enbart erfarenhet ökar inte automatiskt inläringen och kompetensen, utan expertkunnande uppstår när teoretisk kunskap tillsammans med erfarenhet kombineras med förmågan att kunna reflektera och möjligheten att integrera meningen ihop med personligheten hos sjuksköterskan.

3.5.1 Novisen

Novisen är en nybörjare som behöver riktlinjer och regler för att kunna handla och utföra sina uppgifter, eftersom hon saknar erfarenhet inom det specifika området. Hennes beteende kan upplevas styrt och stelt. Eftersom novisens beteende främst är regelstyrt hjälper hennes prestationer sällan till goda framsteg. Novisens osäkerhet och okunskap anas i krävande situationer då hen snabbt behöver fokusera på det som är mest relevant. Hon saknar förmågan att kunna se helheten. Novisen behöver erhålla erfarenhet för att kunna prestera i förväntade situationer. Detta görs genom att hen undervisas i vårdssituationer med betoning på objektiva egenskaper, som vikt, temp, vätskebalans med mera. Både studeranden och erfarna sjukskötare som kommer till en ny klinisk vårdmiljö och saknar erfarenhet om patienternas omvårdnadens mål och praktiska utförande, hamnar då oberoende erfarenhetsnivå på novisens nivå. (Benner, 1993, ss. 10-11, 37-38 & Benner, Tanner & Chesla, 1999, ss. 68-69)

Novisen har en begränsad erfarenhet av praktiskt vårdarbete, därför förlitar hen sig på teoretisk kunskap och omvårdnadsplaner som hen lärt sig i stället för att planera och tillämpa omvårdnaden individuellt för patienten. Novisen tenderar att relatera teoretisk kunskap till den kliniska praxisen utan att tänka kritiskt. Förmågan att kunna se hur den teoretiska kunskapen behöver tillämpas i den individanpassade kliniska omvårdnaden är mycket viktigt för den professionella utvecklingen. Därför är det viktigt att noviser får hjälp och utbildning i detta av kliniska mentorer eller coacher för att kunna skaffa sig den kliniska erfarenheten, som behövs för att kunna ge en individanpassad vård i verkliga situationer och därmed utvecklas till nästa utvecklingsstadium; *avancerad nybörjare*. (Ozdemir & Bulent, 2019)

3.5.2 Avancerad nybörjare

Sjukskötaren utvecklas till en avancerad nybörjare när hon fått tillräckligt med erfarenhet och klarat av ett antal verkliga situationer och hen börjar bli medveten och kan uppfatta centrala och återkommande aspekter i en situation. Den avancerade nybörjaren saknar fortfarande liksom novisen förmågan att kunna se helheten i en situation, eftersom den fortfarande är ny och främmande. Den avancerade nybörjaren styrs fortfarande av regler och koncentrerar sig hårt på dessa för att inte glömma vad hen lärt sig. Stöd i kliniska

situationer behövs ännu, så som att prioritera, eftersom hen fortfarande fokuserar på allmänna riktlinjer. En stor del av tiden går ut på att skilja på vad som är normalt och vad som är avvikande i den kliniska bedömningen. (Benner, 1993, s. 38)

Hen behöver fortfarande kontinuerligt stöd av andra erfarna sjukskötare. Att ansvara för patienter med komplexa tillstånd, tung arbetsbelastning och plötsligt ökat ansvar kan upplevas stressande för en avancerad nybörjare. Hen kan ha svårt att fatta självständiga beslut och att kunna planera och genomföra en individanpassad vård kan kännas övermäktigt. Speciellt svårt och oroväckande är det för en avancerad nybörjare att planera om och individanpassa omvårdnaden när patientens individuella behov ändras under vårdprocessen. Det är genom försök och misstag som den avancerade nybörjaren lär sig nya sätt att hantera och påverka sådana vårdssituationer, vilket kommer att hjälpa hen i hens fortsatta utveckling. För att utveckla den kognitiva förmågan som behövs för att kunna ge individanpassad omvårdnad behövs ett kontinuerligt planerat stöd från erfarna sjukskötare. Idag finns välutvecklade introduceringsprogram vid vårdorganisationerna för att underlätta och säkerställa att den avancerade nybörjaren anpassas till den kliniska arbetsmiljön och till de arbetsplatsförhållanden som förekommer där hen skall verka. (Benner, 1993, s. 38 & Ozdemir & Bulent, 2019)

3.5.3 Kompetent

Den kompetenta sjukskötaren har vanligen arbetat i liknande förhållanden omkring 2–3 år. Sjukskötaren utvecklas till kompetent när hen kan börja se sina handlingar kopplat till mera långsiktiga planer och mål. Planen reglerar vilka kännetecken och aspekter som behöver prioriteras i aktuella och kommande situationer. Som grund för planen ligger en medveten abstrakt och analytisk betraktelse av problemet som är väl genomtänkt. Den kompetenta sjukskötaren känner att hen behärskar olika situationer och förmår även agera i oförutsedda händelser som plötsligt kan uppstå i den kliniska vården. Även om hen har självförtroende och förmågan att kunna se och förutse patientens individuella behov för tillfrisknande, har hen inte tillräckligt med snabbhet och flexibilitet som krävs för att kunna reagera i krävande och kritiska omvårdnadssituationer. Ännu saknar de kompetenta sjukskötaren den snabbhet och anpassningsförmåga som den skickliga sjukskötaren har. Trots det bidrar den noga genomförda planeringen till att hen blir mera effektiv och organiserad, vilket minskar oron över att göra misstag samt hjälper hen att prestera bra

och minska risken för misstag i vården. Regelbunden utvärdering hjälper den kompetenta sjukskötaren att behålla men även utveckla sin kompetens. För att säkerställa kompetensen för den kompetenta borde kompetensen årligen kontrolleras genom klinisk utbildning och praktiska prov. (Benner, 1993, ss. 40-42 & Ozdemir & Bulent, 2019)

Den kompetenta sjukskötaren har utvecklat en känsla av handlingskraft och kan ta ett personligt ansvar i den kliniska vården. Baserat på hens färdigheter och kompetens kan hen kan ge lärorik återkoppling i individanpassad omvårdnad till noviser och avancerade nybörjare som stöder dem i deras utveckling. Den kompetenta behöver fortfarande läsa forskning och evidensbaserad litteratur om klinisk omvårdnad. När kompetenta sjukskötare genomför evidensbaserad forskning bidrar dessa erfarenheter till blivande omvårdnadslitteraturer. Teorier och riktlinjer gör det möjligt för kompetenta sjukskötare att ställa de rätta frågorna till patienter för att kunna erbjuda individanpassad omvårdnad och fatta goda kliniska beslut. (Ozdemir & Bulent, 2019)

3.5.4 Skicklig

Skickliga sjukskötare har vanligen arbetat i liknande förhållanden omkring 2–3 år. Den skickliga sjukskötaren har förmågan att se helheten i situationer i stället för att koncentrera sig på olika aspekter. Varseblivning är nyckelordet för detta stadium. Sjukskötarens perspektiv baseras på erfarenhet och nyligen upplevda situationer och är därmed inte uttänkt och planerat. Som skicklig kan sjukskötaren bedöma helheten i en situation, eftersom hen har förmågan att uppfatta situationens betydelse med avseende på de långsiktiga målen. Den skickliga sjukskötaren har genom erfarenhet lärt sig vilka typiska händelser som kan uppstå i olika situationer och hur man hamnar att ändra planer i enlighet med dylika händelser. Med hjälp av sin erfarenhetsbaserade förmåga att uppfatta helhetssituationer kan den skickliga skötaren känna igen när en normal situation går över till att bli avvikande. Genom denna holistiska förståelse underlättas och förbättras den skickliges förmåga att uppfatta avvikelser som frångår det normala mönstret och hen kan fatta beslut och ändra planer i enlighet med avvikelserna eller andra oväntade händelser. Den skickliga sjukskötaren vägleds av maximer, vilket innebär att hen vägleds av en viss levnadsregel. Innan hen kan göra det krävs, enligt Benner en djupare förståelse av situationen. Denna levnadsregel uppfattas av noviser och kompetenta som obegripliga skiftningar av en situation. (Benner, 1993, ss. 42-43)

Den skickliga sjukskötaren kan utöva kliniskt ledarskap när det behövs och de har en emotionell lyhördhet för att upptäcka obehagliga situationer hos patienter. Den skicklige har de kompetens som krävs för att kunna implementera en individanpassad omvårdnad baserat på ansvarstänkande och etiskt omdöme på ett handlingskraftigt sätt. Även om sjukskötare på skicklig nivå har erfarenhet av individanpassad omvårdnad, måste de kontinuerligt förnya sina kunskaper och utveckla sin kompetens. Genom att delta i skolningar, läsa studier och delta i projekt kan de utvecklas och därmed ge en bättre vårdkvalité. På en skicklig nivå kan en sjukskötare anta rollen som ledare inom vårdorganisationer för att identifiera och implementera strategier och vårdprocesser som kan vägleda de mindre erfarna sjuksköterna att kunna ge en mera individanpassad vård. (Ozdemir & Bulent, 2019)

3.5.5 Experten

En sjukskötare som kommit upp till expertnivån har en förmåga att förstå reglernas innebörd och lyckas forma dem till en helhet som hon kan använda sig av i sitt handlande i olika situationer. Expertsjukskötaren kan snabbt bedöma vad som är centralt i en situation och handlar därefter. Ofta gör hen avancerade kliniska bedömningar eller löser kliniskt komplicerade situationer med betydande framgång. Hen har förmågan att använda sig av sin inre intuition i olika situationer. Hen behöver inte ödsla tid på mer eller mindre framträdande element, som en mindre erfaren eventuellt hade gjort. När en expertsjukskötare handlar i enlighet med sin djupa och grundliga förståelse har andra svårt att förstå expertens beskrivning av hur hon tänkte, detta på grund av att hen ofta handlar enligt intuition eller magkänsla, vilket visar sig ofta vara rätt. Experten har ofta svårt att förklara varför hen kände på sig och handlade på ett visst sätt. En expertsjukskötare behöver ibland använda sig av analytiska redskap, speciellt om hen hamnar i situationer som hen saknar erfarenhet av eller när en situation missuppfattas och hen upptäcker att hens handlande inte har den önskade effekten som förväntades. (Benner, 1993, ss. 45-47)

Sjukskötare som är väl utbildade och erfarna har inga problem med att ge en individanpassad vård, eftersom de kan observera knappt märkbara men relevanta förändringar i måendet eller i vården av patienten. Expertisen påverkar sjukskötarens kliniska omdöme och vårdkvalitet och genom det kan hen utveckla och implementera individanpassade vårdinnovationer. Sjukskötare borde i högre grad utveckla sina

erfarenheter vidare genom att testa och förfina sin vetenskapliga kunskap angående individanpassad vård, eftersom deras expertis influerar sjukskötarens kliniska omdöme och vårdkvalité. Mindre erfarna sjukskötare har stor nytta av att få rådgivning av expertsjukskötare för att kunna hantera omvårdnadssituationer samt få verktyg till ett kritiskt och etiskt tänkande. (Ozdemir & Bulent, 2019)

Expertsjukskötarna har den erfarenhet och evidensbaserade kunskap som behövs för att utveckla och utvärdera resultaten av heltäckande utbildningsprogram för sjuksköterskestuderande eller mindre erfarna sjukskötare. Genom att expertsjukskötaren har en bred insikt i att analysera fördjupade omvårdnadsinsatser kan de utveckla nya omvårdnadsteorier, omvårdnadsmodeller och forskning angående kliniska omvårdnad nationellt och internationellt. (Ozdemir & Bulent, 2019)

Expertsjukskötare kan även fungera som konsulter till andra sjukskötare och kan upptäcka medicinska och kliniska förändringar och kan delta i utvecklingen av dessa. Expertsjukskötare på intensiv- och akutvårdsavdelningar har i högre grad möjlighet att jämföra och utvärdera sina iakttagelser med andra sjukskötare. De flesta andra expertsjukskötare arbetar mera självständigt och har sällan någon kollega att jämföra med. För att synliggöra expertens kliniska framgångar borde de beskrivas för att kunna ge upphov till nya kliniska möjligheter och därmed utvecklingen från novis till expert. (Benner, 1993, ss. 47-48 & Benner m.fl., 1999, ss. 73-75)

4 Syfte

Syftet med detta examensarbete är att beskriva och utvärdera den nuvarande avancerade kliniska sjukskötarens roll och ta reda på vilka andra roller hen kan ha på en jourmottagning och även vilken roll ledaren kunde ha för en framgångsrik implementering av AKS-roller, för att skapa värde för patienten, öka flödeseffektiviteten och samtidigt kunna ta till vara den avancerade kliniska sjukskötarens kompetens på ett kostnadseffektivt sätt.

Forskningsfrågorna som vi skall försöka få svar på är:

- Uppfyller de nuvarande AKS-rollerna patientens förväntningar?
- Vilka andra roller kan en avancerad klinisk sjukskötare inneha på en jourmottagning för att kunna öka flödeseffektiviteten?
- Vilken roll har ledaren vid implementering av AKS- roller?

5 Metod

Studien har gjorts som en kvalitativ studie, med inspiration från aktionsforskning. Studien innehåller både en kvantitativ och en kvalitativ del. Den kvantitativa metoden används för att utvärdera hur den befintliga AKS-mottagningen uppfyller patienternas förväntningar. I den kvalitativa delen används fokusgruppintervjuer som metod, för att ta reda på vilka nya roller en AKS kan ha på en jourmottagning för att öka flödeseffektiviteten och vilken roll ledaren kunde ha vid implementeringen av dem. Data har samlats in med hjälp av enkäter i den kvantitativa delen och med hjälp av fokusgruppintervjuer i den kvalitativa delen. Enkäten (bilaga 1) bestod av både öppna och slutna frågor för att kunna utvärdera den nuvarande AKS-mottagningen och därmed få fram patienternas upplevelser och erfarenheter av besöken på AKS-mottagningen. Fokusgruppintervjuer gjordes med personer från olika verksamhetsområden, detta för att deltagarna skulle ha möjlighet att diskutera sig fram till nya möjliga AKS-roller på en jourmottagning. Forskningslov för studien ansöktes från Österbottens Vårdsområde och beviljades.

5.1 Kvalitativ aktionsforskning

Vi har valt att använda oss av kvalitativ aktionsforskning, som används när man vill studera personers levda erfarenheter och upplevelser av ett fenomen. Kvalitativ aktionsforskning tyckte vi passade just till vår studie, eftersom vårt mål är att ta reda på vilka nya roller AKS kan ha på en jourmottagning och därmed kunna genomföra en utveckling för att effektivisera verksamheten på en jourmottagning. Deltagarnas erfarenheter och upplevelser framkom bra genom enkätundersökningen och i fokusgruppintervjuerna och är av stor betydelse inom aktionsforskning.

Ursprungligen har aktionsforskningen utvecklats på 40-talet av den amerikanske socialpsykologen Kurt Lewin. Han ansåg att dåtidens forskning inte lyckades lösa människors praktiska problem, utan ofta förblev forskningsresultatet långt ifrån människors verklighet. Aktionsforskning används vanligen inom olika forskningsprojekt, som är förankrade i praktiken och där man inte försöker distansera eller separera sig från den verksamhet eller det området som är objekt för forskningen. Forskaren samarbetar med de personer som har ett intresse av att förstå och hitta en lösning till ett visst problemområde. (Henricson, 2015, ss. 289-291)

När man undersöker erfarenheter och upplevelser finns det ingen absolut sanning och inget absolut fel. Forskaren vill förstå samt höra vad människorna själva berättar och beskriver hur de upplevt ett visst fenomen. Avsikten är att den kvalitativa forskningen utförs i fenomenets naturliga miljö. Forskningen formas av det sammanhang som den utförs i men även av informanterna och forskarna. Data som samlas in är inte numeriska utan samlas ofta in med hjälp av intervjuer, där det som berättas och patienternas beskrivningar blir grunden för analys och tolkning. (Henricson, 2015, s. 130)

Aktionsforskning har blivit allt vanligare och tillämpas ofta inom hälso- och sjukvårdsområden. Den gör det möjligt för forskare inom olika områden att utveckla och förändra den praktiska verkligheten. Aktionsforskningen gör det även möjligt för patienter att påverka sin egen situation. Både kvalitativa och kvantitativa datainsamlingsmetoder kan användas. (Henricson, 2015, s. 290)

Inom aktionsforskning formulerar forskaren forskningsfrågan och försöker sedan få svar på den genom att observera, intervjua och analysera. Forskaren försöker i så stor utsträckning

som möjligt stå utanför det som skall studeras. Forskningsprocessen är en återkommande cirkulär process, från att definiera problemet till att samla in data och sedan analysera den för att slutligen kunna besluta hur resultatet skall prövas i praktiken. Det centrala är att forskningsprocessen skall präglas av respekt och att ta tillvara alla deltagares erfarenheter och kunskaper. (Henricson, 2015, ss. 291-292)

5.2 Kvantitativmetod

I utvärderingen av den nuvarande AKS-mottagningen samlades data in genom enkäter med semistrukturerade frågor. Detta för att få en överskådlig bild över hur många som besökte AKS-mottagningen, varifrån de kom, vilka besvär de hade samt i vilken ålder de var samlades data in kvantitativt och redovisades i form av diagram.

Kvantitativmetod innebär att forskaren försöker få svar på sina forskningsfrågor med hjälp av siffermässiga analyser och observationer av verkligheten, där hen vill generalisera resultaten på en större grupp. Kvantitativ forskning fokuserar på att beskriva en fördelning mellan olika variabler för att se om det finns ett samband. Som data används strukturerade mätningar som kan uttryckas i siffror så som, tabeller eller diagram. Kvantitativ metod är användbar om forskaren vill beskriva egenskaper hos en större grupp människor i procentantal, medeltal eller fördelningar. (Henricson, 2015, ss. 116-117)

Det finns flera olika typer av kvantitativa studier. I studien har vi valt att använda oss av en prospektiv tvärsnittsstudie, som används när man vill se hur en grupp verkar under en viss tid. Enkäterna delades ut till patienter, som hade besökt AKS-mottagning under en viss tid. Detta redovisas närmare i datainsamlingsmetodkapitlet. (Henricson, 2017, ss. 100-102)

5.3 Datainsamlingsmetod

I studien har enkät och fokusgruppintervjuer valts som datainsamlingsmetod. Enkät med semistrukturerade frågor användes till att få fram vilka erfarenheter patienterna hade, som besökte en AKS-mottagning. Fokusgruppintervjuer användes för att få fram vilka nya roller en AKS-sjukskötare kunde ha på en jourmottagning, samt vilken roll ledare kunde ha i implementeringen av nya AKS-roller.

5.3.1 Enkät

När enkät väljs som datainsamlingsmetod skall syftet och frågeställningen vara helt klar. Frågeställningen avgör vilka frågor som ställs i enkäten. En välplanerad enkät kan man erhålla information från en stor grupp människor på kort tid och därmed vara mycket kostnadseffektiv. Det är viktigt att frågorna i enkäten är välformulerade för att undvika feltolkningar och missförstånd. Det är även viktigt att konstruera frågorna på ett sådant sätt att syftet med studien uppnås och så att svar på forskningsfrågorna erhålls. Det kan lätt hända att frågorna är ställda på ett sätt som inte går att tolka eller att de avspeglar forskarens sätt att se på det som studeras. Forskaren kan välja om hen vill använda sig av färdigt konstruerade frågor eller om hen vill konstruera egna frågor. Fördelarna med att konstruera egna frågor är att forskaren kan fråga exakt vad hen är ute efter och forskaren får själv välja hur lång enkäten skall vara. (Henricson, 2017, ss. 121-124)

Vid en konstruktion av en enkät strävar man efter så få svagheter som möjligt. Utseendet beror på ändamålet och på vem forskaren vänder sig till. Forskaren kan välja om hen vill använda sig av fasta eller öppna svarsalternativ. Fördelen med öppna svarsalternativ är att den som svarar kan förtydliga sitt svar med egna ord. Nackdelen med öppna svarsalternativ är att det kan bli svårt att koda svaren. Svaren behöver då kategoriseras enligt någon form av tolkning. Tolkningen kan då göras på en djupare nivå, vilket även ger en djupare förståelse av ett fenomen. (Hagevi & Viscovi, 2016, ss.57-59)

Vår enkät utformades omsorgsfullt efter att vi klarlagt syftet med vårt arbete. Enkäten bestod av både slutna och öppna frågor som svarade på hur patienterna som besökt AKS-mottagningen upplevde besöket. Enkäten provades på en mindre grupp patienter som sedan inte deltog i studien. Detta för att säkerställa att frågorna inte gav missvisande svar eller var svårtolkade.

5.3.2 Val av informanter till enkätundersökningen

Enkätundersökningen gjordes på en jourmottagning. Enkäten delades ut till de patienter som hade besökt en AKS. Enkäten delades ut till patienten efter besöket. Patienten informerades om att deltagandet var frivilligt. I enkäten var det först en informationsdel, där enkätens och studiens syfte redovisades och informanterna informerades om vad AKS betyder samt vilka arbetsuppgifter och vilken kompetens en AKS-sjukskötare har.

Informanterna fick frivilligt fylla i enkäten anonymt efter besöket och i väntrummet fanns en låda dit enkäterna lämnades in. Enkäterna delades ut till patienter som pratade finska eller svenska under perioden 23.1.23-23.2.23. Under denna tid inlämnades 82 enkäter.

5.3.3 Fokusgruppintervjuer

Datainsamlingen har gjorts med hjälp av fokusgruppintervjuer. Fokusgruppintervjuer är en datainsamlingsmetod som blivit allt vanligare inom forskning. Metoden går ut på att samla deltagare till en grupp av informanter som får rätt fritt diskutera ett visst ämne. Gruppen kan bestå av 4–10 personer, som är involverade i samma situation. Oftast deltar flera än en grupp för att få fram olika variationer i gruppdiskussionerna. Fokusgrupper är bra att använda sig av när man vill gå på djupet i hur människor uppfattar och förhåller sig till specifika fenomen och upplevelser. Fokusgruppintervjuer används framför allt när man vill få fram reaktioner, åsikter eller erfarenheter av olika situationer, verksamheter eller service. Målet är att deltagarna i gruppen skall genom diskussion hjälpas åt att beskriva sina erfarenheter och åsikter på ett så belysande och rättvist sätt som möjligt utifrån allas perspektiv. En projektledare eller moderator leder diskussionen. Viktigt att moderatören har en tillbakadragen roll och att det inte finns några rätta eller felaktiga svar. Moderatören skall vara vaksam på att inte bygga hierarkiska skillnader i gruppen, eftersom detta kan hämma diskussionen. Projektledarens medhjälpare för anteckningar, sköter tekniken samt observerar deltagarna. (Olsson & Sörensen, 2021, ss. 136-137) (Henricson, 2015, ss. 193-203) (Henricson, 2017, ss. 172-177)

5.3.4 Val av informanter till fokusgruppintervjuerna

Enligt litteraturen rekommenderas att gruppmedlemmarna har liknade erfarenheter, ålder och kön. De är då mera benägna att utbyta tankar och idéer med varandra. Antalet deltagare i varje grupp bör inte överstiga 8 deltagare. I små grupper på 4–6 har varje deltagare en viktig roll emedan i större grupper finns det risk att dominant deltagare tar över diskussionen. Om antalet deltagare i gruppen är mindre än 4 kan det bildas spänningar i gruppen som kan leda till att en del röster inte blir hörda. (Henricson, 2017, ss. 175-176)

I studien har informanterna till fokusgruppintervjuerna valts ut enligt arbetserfarenheter, verksamhetsområde och kompetens. Fokusgruppintervjuerna genomfördes i 3 grupper

med 4 deltagare i varje grupp. Deltagarna var läkare inom primärvården, förmän på olika vårdinstanser, som använder sig av jourens tjänster samt sjukvårdspersonal från en jourmottagning och en akutvårdare från förstavården. Grupperna var blandade med deltagare från alla olika professioner. Ett informationsbrev om studien och dess syfte skickades ut till alla 12 deltagare där tidpunkt och plats för fokusgruppintervjun framkom. I informationsbrevet framgick även att genom att acceptera medverkan i fokusgruppintervjun gav de sitt samtycke. Alla som erhållit informationsbrevet valde att delta och gav därmed sitt samtycke muntligt i samband med intervjutillfället. Fokusgruppintervjuerna genomfördes i ett mötesrum, som var neutralt för alla deltagare. Frågeguiden som användes som stöd för intervjun finns som bilaga (Bilaga 2).

5.4 Etiska aspekter

Etiska aspekter inom forskningen strävar till att värna om människors värde, integritet och rätten att själv få bestämma hos dem som berörs av forskningen. Allt som görs i en forskning innefattas av etiska aspekter. Från att ämnet valts till studiens genomförande och rapportering, men även konsekvenserna av den. Frågor som behöver tas i beaktande är hur forskaren borde bete sig när forskningen genomförs och vilka normer och värderingar som borde styra forskningen. (Henricson, 2017, s. 57 & Helgesson, 2015, ss. 20-21)

För att en forskning skall kunna kallas etisk måste vissa aspekter uppfyllas. För det första behöver forskningsfrågorna vara väsentliga och ge en ökad kunskap och förståelse inom ett område. När forskning görs på människor skall resultatet kunna vara till nytta direkt eller indirekt för individen, samhället och professionen. (Henricson, 2017, ss. 60-65)

Forskningsetik bidrar till att värna om och skydda människors grundläggande värde och rättigheter, eftersom det alltid finns en risk att människor utnyttjas oskäligt och att de används som medel för att erhålla kunskap. Viktigt att de personer som deltar i studien bemöts med respekt oberoende om de väljer att delta i studien eller inte. De personer som önskas delta i forskningen behöver få tillräckligt med kunskap och information om vad deltagandet innebär samt möjlighet att autonomt och utan påtryckning själv välja om de vill delta i forskningen. Detta kallas även för informerat samtycke. När forskning utförs på människor har det blivit allt vanligare att deltagarna ger sitt samtycke till att delta i forskningen antingen skriftligt eller muntligt. Deltagaren kan dra tillbaka sitt samtycke när

som helst, men hen anses samtycka ända tills hen meddelar att hen drar tillbaka samtycket. Deltagarna behöver även få information om hur det insamlade data hanteras och skyddas. (Helgesson, 2015, ss. 91-95)

Etiska frågor bör tas i beaktande under hela forskningsprocessen. Forskarna behöver använda sig av en god forskningssed, vilket innebär att undvika skada och att visa andra hänsyn genom hela forskningens genomförande liksom inom datahantering och dataskydd. En god forskningssed förutsätter att forskaren inte manipulerar sina forskningsresultat genom fabricering, förvanskning eller plagiering. Forskningen får i inga avseenden skada miljö eller samhälle. Forskarna är alltid ansvariga för konsekvenserna av forskningen. (Helgesson, 2015, ss. 59-75)

Enligt forskningsetiska delegationens anvisningar om God vetenskaplig praxis skall forskningen vara etiskt godtagbar och tillförlitlig samt att resultaten är trovärdiga. De förfaringssätt som forskningssamfundet erkänt följs genom att forskarna är hederliga och omsorgsfulla i sitt sätt att hantera det material som erhållits. Dokumenteringen och redovisningen av resultaten skall vara noggrant genomfört. (Forskningsetiska delegationen, 2012)

I studien har deltagarna informerats skriftligt om bakgrunden till studien, dess syfte samt tillvägagångssätt innan hen gett sitt samtycke till deltagande. Deltagarna har även fått muntlig information om att de när som helst kan avbryta sitt deltagande. Deltagarna har genom att välja att fylla i frågeformuläret och returnerat det gett sitt samtycke till medverkan. I samband med fokusgruppintervjun har deltagarna gett sitt samtycke till medverkan genom att svara på informationsbrevet via e-post och förfrågan till deltagande. Fokusgruppdeltagarna informerades innan intervjun inleddes att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. Deltagarna meddelades även om att deras deltagande inte kommer att omnämnas i vårt studie och att det som sades på fokusgruppintervjuerna inte fick lämna rummet. Intervjun spelades in, transkriberades utan att materialet förvrängdes på något sätt. Materialet förstördes efter att forskningen färdigställts, detta informerades deltagarna om. Övriga personuppgifter förvarades under studiens genomförande konfidentiellt och på ett sådant ställe att obehöriga inte kunde ta del av dem.

För att kunna utföra forskningen har vi erhållit ett forskningstillstånd skriftligt via e-post av en av översköterna på Österbottens välfärdsområde i samband med att forskningens syfte och forskningsfrågor redovisades.

5.5 Dataanalysmetod

I studien har induktiv kvalitativ innehållsanalys valts som analysmetod. Innehållsanalysen är en vanlig analysmetod inom vårdforskning. Metoden kan beskrivas som en teknik för en objektiv och av synligt innehåll i kommunikationen. Den information som analyseras kan vara nerskrivet, verbalt eller visuellt. Forskaren kan ta hjälp av teorin för att få en bättre förståelse för den data som erhållits. Det innehåll som analyseras kan vara data från intervjuer, texter, böcker, texter från frågeformulär eller material från massmedia. Att data analyseras induktivt innebär att texten analyseras fritt och teman och kategorier växer fram efter hand. (Henricson, 2017, ss. 285-286 & Olsson & Sörensen, 2021, s. 214)

När man gör en innehållsanalys är målet att försöka göra data lättare och rikare, vilket görs genom att data, som erhållits från till exempel ett svar på en fråga i ett frågeformulär eller svaret på en intervjufråga, först delas in i olika *teman*. *Teman* kan även komma fram när texten tolkas. De så kallade *meningsenheterna*, som har ett gemensamt budskap och som svarar på studiens syfte plockas ut. Detta gör att textmassan kan reduceras till det som är mest väsentligt. Meningsenheterna kan bestå av ett antal ord, meningar eller stycken, som blir underlag för kodningen. Meningsenheterna reduceras sedan till *koder*. Koden kan vara ett ord eller några sammanhängande ord och motsvarar det mest väsentliga i innehållet. Koden skall motsvara texten på ett närbeläget sätt och därmed stöda förståelsen av sammanhanget i datainnehållet. Liknande koder kan grupperas ihop och utgöra ett underlag för kategoriseringen. En *kategori* motsvarar sedan textens innehåll. Kategorin består av grupper av koder och bildar *underkategorier*, med ett gemensamt innehåll. Även en tematisering kan göras med teman som binder samman kategorierna. Kategorierna skall däremot vara klart skilda från varandra. Ett *tema* innebär en beskrivning av textens innebörd. De olika teman binder ihop grupper av koder som grupperas till underkategorier, som har likheter med varandra. Detta möjliggör en djupare tolkning av innebörden. Teman och kategorier kan användas i en och samma studie. Ett tema kan visa på något mer än en kategori kan ge och därmed bidra med en röd tråd som binder ihop

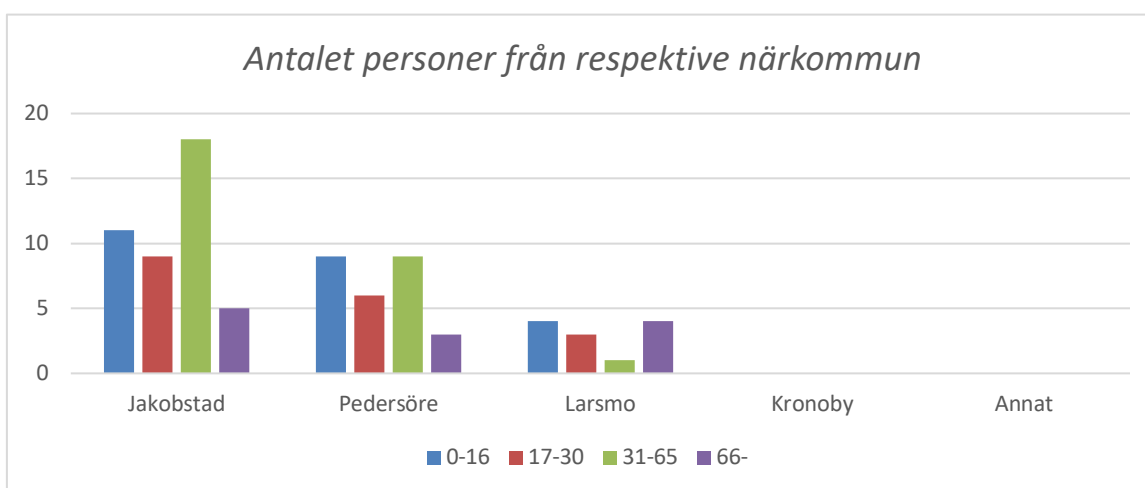
kategorierna. Viktigt att inte bara beskriva kategorier och teman utan även göra tolkning och därmed försöka hitta mönster. (Henricson, 2017, ss. 286-287)

När enkäterna var insamlade och fokusgruppintervjuerna var genomförda och ordagrant transkriberade började analysen av data. De öppna frågorna i enkäten och data från fokusgruppintervjuerna analyserades med induktiv innehållsanalys. Datamaterialet lästes noggrant och efter hand plockades meningsenheter ut och sedan utarbetades relevanta kategorier. Enheterna kodades sedan i överrensstämmelse med kategorierna och efter hand växte underkategorier fram samt övergripande teman.

6 Resultatredovisning från enkätundersökningen

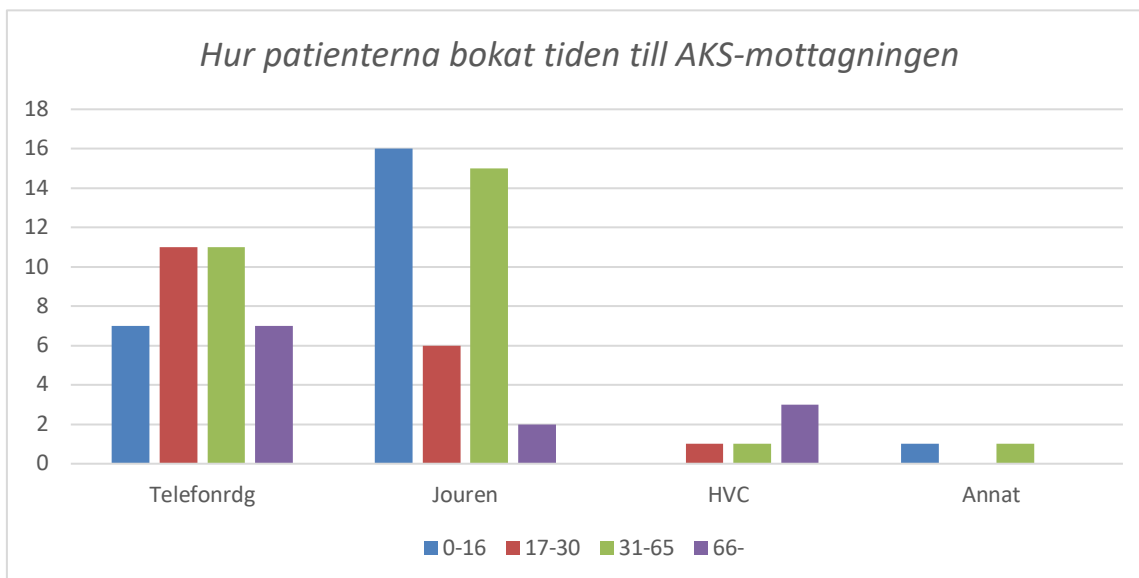
I detta kapitel redovisas resultaten från den kvantitativa delen av studien. Resultaten erhöles från enkätundersökningen. Där syftet var att utvärdera om patienternas förväntningar uppfylldes på AKS-mottagningen. De resultat som erhöles från enkätens slutna frågor redovisas här som diagram och de resultat, som erhöles från enkätens öppna frågor redovisas här i form av citat.

Enkäten delades ut till patienter oberoende av kön och besöksorsak. I enkätstudien deltog 82 personer från totalt 237 besök det vill säga 34,5% svarade på enkäten. I studien deltog 24 personer i åldern 0–16 år, 18 personer i åldern 17–30 år, 28 personer i åldern 31–65 år samt 12 personer över 66 år. Resultaten redovisas enligt åldersgrupperna i diagram.



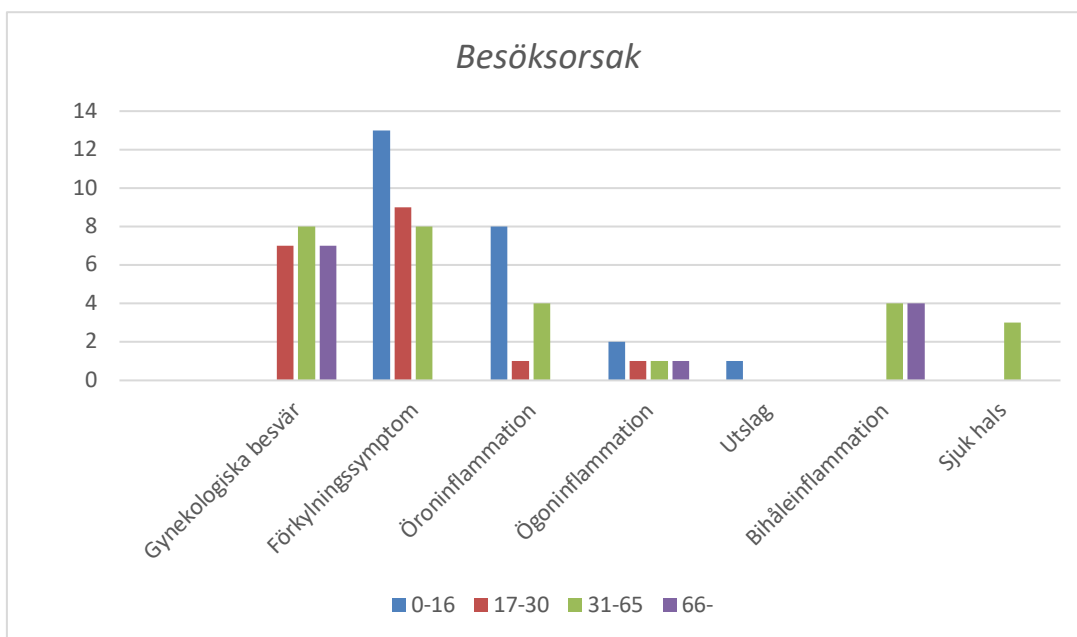
Figur 2: Antalet personer från respektive närkommun

I figur 2 redovisas från vilken kommun deltagarna kommit ifrån. Av de 82 svaranden kom största delen av de deltagarna kom från Jakobstad det vill säga 52,4 %. Av dessa var de flesta i ålder 31–65 år. De övriga kom från Pedersöre (32,9 %) eller Larsmo (14,6 %). Av de som kom från Larsmo var största delen i ålder 0–16 och över 66 åringar.



Figur 3: Patienterna bokade tiden till AKS-mottagningen enligt följande

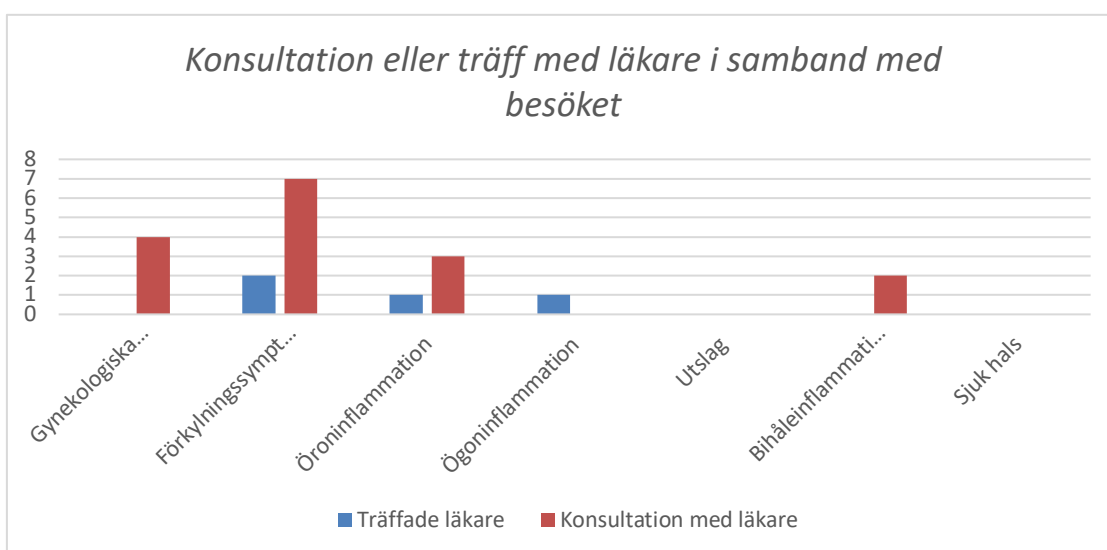
I figur 3 redovisas hur patienterna erhållit sin tid till AKS-mottagningen. Av de 82 svaranden hade totalt 43,9 % av patienterna erhållit sin tid via telefonrådgivningen, 47,5 % via jouren. Av de som hade erhållit sin tid via telefonrådgivningen var åldersfördelningen relativt jämn och av de som hade erhållit sin tid via jouren var de flesta antingen barn eller vuxna i ålder 31–65. Endast 7% hade erhållit sin tid via HVC och av dem var flest över 66 år. 2,4 % erhöill sin tid via andra samarbetspartners så som barnrådgivningen och mödrarådgivningen, av dem var det endast barn upp till 16 år och vuxna i ålder 31–65, som hade bokad tid.



Figur

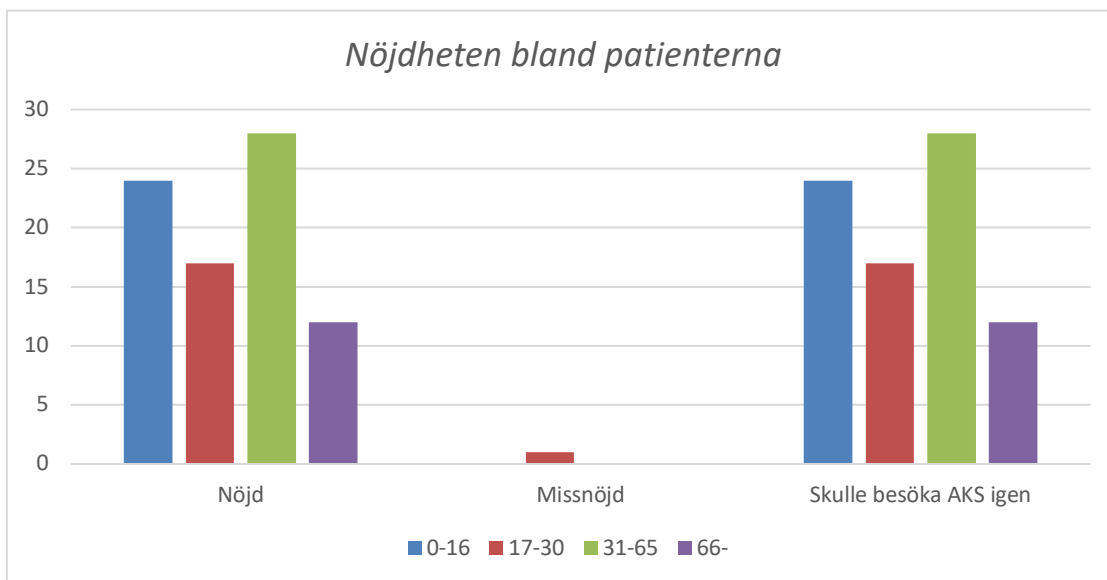
Figur 4: Orsak till besöket på AKS-mottagningen.

I figur 4 redovisas vilka patientgrupper som besökt AKS-mottagningen. Av de 82 svaranden hade 26,8% gynekologiska besvär och där kunde man se en jämn åldersfördelning från 17 år och uppåt. 36,5% hade förkylningssymptom och av dem utgjorde barnen under 17 år den största gruppen och äldre över 66 år den minsta. 15,8% hade öroninflammation även där var största gruppen barn under 17 år. 6,1 % hade ögoninflammation och där var åldersfördelningen jämn. 1,2% hade utslag och den gruppen bestod endast av barn under 17 år. 9,7% hade bihåleinflammation och de som hade besökt AKS-mottagningen på grund av det var vuxna från 31 år och uppåt. 3,6% hade besökt AKS på grund av sjuk hals och de var vuxna i ålder 31–65.



Figur 5: Antalet konsultationer eller behov av läkarbesök i samband med besöken.

I figur 5 visar tabellen att vid 16 av 82 besök behövde läkare konsulteras och vid 4 av 82 besök behövde läkaren träffa patienten. Flest konsultationer gjordes när patienten besökte AKS-mottagningen på grund av förkylningssymptom och besök på grund av sjuk hals eller utslag krävde varken konsultation eller träff med läkare.



Figur 6: Nöjdheten bland patienterna på AKS-mottagningen

I figur 6 redovisas antalet nöjda patienter på AKS-mottagningen. 98,7 % av alla patienter var nöjda och skulle besöka AKS-mottagningen igen om de blev sjuka. 1,3 % av alla patienter var missnöjda med besöket på grund av lång väntetid. Enligt enkäten ansåg de, som var nöjda med besöket att de hade fått snabb, effektiv och smidig service samt vänligt och professionellt bemötande. Det kom även fram att patienterna hade fått en noggrann undersökning, bra råd och en planering för fortsatt vård. Nedan redovisas svaren som citat.

"Absolut bästa, snabbaste och effektivaste."

"Kunnig personal som månar om patienten."

"Gjorde noggrann utredning."

"Fick mig att känna mig lugn och trygg."

"Mukavaa/osaava sairaanhoitaja teki kaiken voitavan."

Endast en av 82 svarande var missnöjd med besöket, detta på grund av att hen hamnat att vänta länge innan hen kallades in till AKS-sjukskötaren.

"Pitkä jonotusaika."

Många av respondenterna ville förmedla sin tacksamhet till AKS-sjukskötarna samt ge feedback på verksamheten.

"Tack för god vård!"

"Super bra grej! Smidigare för besök som inte behöver läkare."

"Bra koncept som säkert effektiverar."

"Tack för ett bra besök."

"Bra system att förkorta köerna till läkare."

"Trevlig, saklig, lugn och kunnig."

"Mycket trevlig sköterska, fortsätt på samma sätt."

7 Resultat från fokusgruppintervjuerna

I detta kapitel redovisas resultatet från fokusgruppintervjuerna i form av citat. Utgående från vad som diskuterades i de 3 olika fokusgrupperna kunde följande huvudkategorier med tillhörande underkategorier.

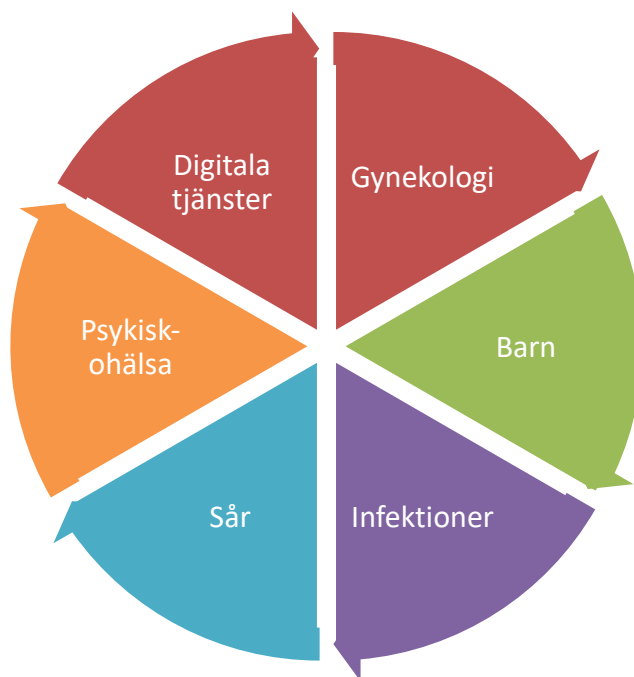
Tema	AKS roller på en jourmottagning		
Huvud-kategorier	Behovsspecifika mottagningar	Ambulerande AKS team	Klinisk ledare
Under-kategorier	Gynekologi	Vårdbedömning i hemmet	Case manager
	Barn	Värde för patienten	Triage
	Infektioner	Utmaningar	Konsult
	Sår		
	Psykisk ohälsa		
	Digitala tjänster		

Tabell 1: Nya AKS-roller på en jourmottagning

7.1 Behovsspecifika mottagningar

I fokusgrupperna framhölls det hur bra det skulle vara att AKS skulle vara inriktade på olika områden. Enkätundersökningen som gjordes på juren visade att de som främst bokades in till AKS mottagningen var patienter med olika typer av infektioner, patienter med gynekologiska besvär samt barn med olika infektioner. På basen av detta har huvudkategorin **Behovsspecifika mottagningar** växt fram. Behovsspecifika mottagningar innebär att AKS mottagningar formas utgående från vilken typ av vårdbehov patienterna har samt utifrån AKS' kliniska kompetens. Enligt deltagarna i fokusgruppintervjuerna ansågs

följande områden vara lämpliga för AKS och bildade därmed underkategorierna **Gynekologi, Barn, Infektioner, Sår, Psykisk ohälsa och Digitala tjänster.**



Figur 7: Behovsspecifika mottagningar

Deltagarna höll fram att det optimala skulle vara om AKS skulle vara inriktade på olika områden. Det skulle enligt deltagarna medföra ett smidigare flöde plus att kvaliteten och kompetensen ökar inom det specifika området. I fokusgruppintervjuerna kom det även fram att det är viktigt att AKS har klinisk erfarenhet och är intresserad av sitt område. Vilka de specifika inriktningarna är skulle basera sig på och formas utifrån behovet. Verksamheten kunde anpassas enligt patientflödet.

I fokusgruppintervjuerna kom det fram önskemål om att det skulle finnas både akuta tider och tider som kunde bokas från andra samarbetspartners. Viktigt att de patienter som bokas till en AKS är anpassade till hens kompetens.

”Önskar att det skulle finnas mera flexibilitet att om det är lugnare på jourmottagningen kunde mera bokningsbara tider öppnas upp.”

”Viktigt att patientunderlaget är anpassat till vad AKS har för kompetens så att det inte blir en skräpkorg och så att inte patienttryggheten hotas.”

Att AKS tar emot patienter på jourmottagningen upplevdes effektivisera flödet och minska på patienternas väntetid, men även sänka kostnaderna.

”Flödet skulle vara bättre då patienten inte behöver sitta på juren och köa så länge, dessutom är det billigare att gå till en sjukskötare.”

7.2 Gynekologi

Gynekologi var en underkategori som kom fram i fokusgruppintervjuerna. Det framkom att största delen av både läkare och sjukskötare känner sig många gånger obekväma med gynekologi. Det är ett utmanande område på en jourmottagning, men även på andra verksamhetsområden inom vården.

”Patienten får en bättre gynekologisk undersökning av en AKS-sjukskötare än en läkare, eftersom man behöver göra dem ett visst antal gånger för att upprätthålla kunskapen och bli duktig.”

”Gravida kvinnor med hyperemesis vill ingen ha, skickas ofta på grund av rädsla till juren för bedömning och sjukskrivning trots att hälsovårdaren sett att allt annat är normalt.”

”Speciellt inom gynekologi skulle det vara bättre för en patient att få komma till en specialiserad barnmorska än till en ny utexaminerad läkare.”

7.2.1 Barn

Både i fokusgruppintervjuerna och i enkätundersökningen kom det fram att en AKS som är specialiserad på barn skulle kunna erbjuda konsultationsmöjligheter för både juren och övriga samarbetspartners. Speciellt astma, infektioner och utslag var områden som var efterfrågade.

”På barnrådgivningen har det varit omtyckt att man har kunnat konsultera och skicka vinsti till AKS och därmed fått hjälp med fall som de inte vetat vad de ska göra med.”

”Uppföljning av astma hos barn skulle vara en bra roll för AKS.”

”Mammorn skulle kunna skicka bilder på utslag till AKS-sjukskötaren och sen kunde läkare konsulteras.”

7.2.2 Psykisk ohälsa

I alla fokusgrupper kom det fram hur viktigt det skulle vara att det fanns en specifik mottagning på jouren för personer med psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa har ökat enormt, speciellt om de behöver sjukskrivning kommer de till jouren. Viktigt att de får vård på rätt ställe i rätt tid av en kompetent och trygg person.

”Behöver inte alltid vara en psykolog eller läkare, utan går också bra med en specialiserad sjukskötare, huvudsaken att personen är en trygg person.”

”En akutskötare inom psykiskt illamående skulle hjälpa enormt. Kunde finnas några tider varje dag eller någon dag i veckan. Ovissheten jobbig för patienterna, hur länge tar det innan jag får tid? Att få ge en tid till patienten hjälper enormt mycket.”

”Skulle vara en bra inriktning för AKS. Rätt skolning, speciellt för att kunna ta emot de som är självmordsbenägna.”

7.2.3 Infektioner

Att AKS sköter olika typer av infektioner som bihåleinflammation, luftvägsinfektion, ögoninflammation och öroninflammation har varit uppskattat av både personalen men även av patienterna, vilket också framkom i enkätundersökningen.

”Ögoninflammationer är guldvärt att man kan boka till AKS i stället för att de skall belasta läkare eller behöva säga att de skall till jouren och sitta länge och vänta med allt annat.”

7.2.4 Sår

Flera deltagare i fokusgruppintervjuerna framhöll att enklare sår kunde skötas av AKS-sjukskötare. Speciellt de som är enkla och behöver några stygn. Det framkom också att många läkare tycker om att sy sår och gör det därför gärna. Om AKS-sjukskötare skulle kunna sköta enklare sår skulle det effektivisera flödet på jouren.

”Sår som behöver några stygn kunde en AKS sköta.”

7.2.5 Digitala tjänster

Att vårda patienter på distans tyckte de flesta i intervjuerna att borde utvecklas mera. Samtidigt skulle det vara bra att en AKS skulle ha hand om den och konsultera läkare vid behov. Flera tyckte att det kunde vara svårt att göra vårdbedömningen via chatt, bilder eller video och skulle därför passa bra för en AKS-sjukskötare. Patienter med urinvägsinfektioner, ögoninflammationer, sjuk hals och luftvägsinfektioner var passande patienter för digitala tjänsten tyckte deltagarna.

”Digitala kontakter kommer mera och mera. Man kan skicka och ta emot bilder, ha videokontakt eller chatta.”

”Viktigt att patienterna lätt skulle få kontakt digitalt med sjukvården på distans och skicka en bild, då sparar vi på läkarbesök. AKS kunde konsulteras via telefonrådgivningen angående en bild eller dylikt.”

”Urinvägsinfektioner, ögoninflammationer, sjuk hals och luftvägsinfektioner kunde AKS-sköta digitalt via Omaolo-tjänsten.”

”Onödigt att patienter med konjunktivit tar upp en tid till läkare utan detta kan oftast skötas på distans.”

”Små sår kan man skicka bild på och eventuellt sköta på distans.”

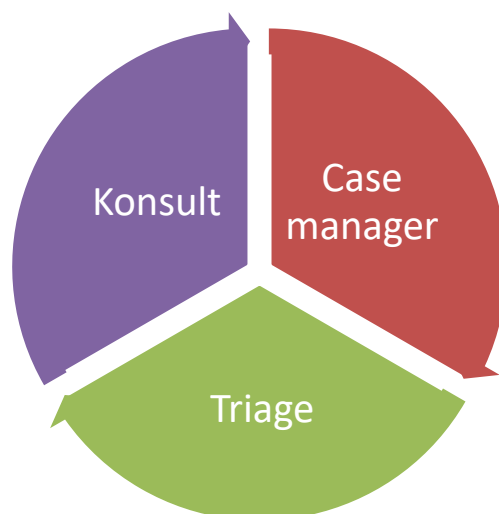
”Skulle vara bra förfamiljer, barn och yngre personer. Äldre personer klarar inte av digitala tjänster.”

”Patienter skulle själv kunna boka in sig till en AKS-mottagning via Omaolo.”

7.3 Klinisk ledare

I alla tre fokusgruppintervjuer framkom en önskan om att AKS kunde hjälpa till med koordineringen av patienter som är färdiga på jourmottagningen. I många fall lämnar patienter kvar på juren för observation när det inte finns tillgång till lediga

avdelningsplatser eller boendeplatser. Därav skapades kategorin **Klinisk ledare** med underkategorierna **Casemanager**, **Triage** och **Konsult**.



Figur 8: Kliniskledarens uppgifter

7.3.1 Case manager

I fokusgruppintervjuerna kom det fram ett behov av en platskoordinator som kunde hjälpa till med koordinering av patienter till olika avdelningar och instanser samt planering av patientens fortsatta vård. Eftersom vårdplatserna var få, upplevdes det besvärligt att få patienterna vidare till en vårdplats från jourmottagningen. Eftersom ingen hade detta som sin uppgift lämnade det på den som hade triage.

"Förutom att sköta patienter kunde AKS fungera som en platskoordinator, nu hamnar det på triagen fast det inte finns tid för det."

"Patienten kommer ofta hem för snabbt och de är inte i tillräckligt bra skick för att komma hem och ett nätverk saknas och hemvården är fullbelastad sedan tidigare. Kunde en vårdbedömning i hemmet och en bättre koordinering vara en lösning?"

7.3.2 Triage

AKS ansågs av deltagarna i fokusgruppintervjuerna vara till stor hjälp för den sjukskötare som gjorde triageringen. Triageringen upplevdes ofta krävande och tiden knapp för att kunna göra en noggrann vårdbedömning.

“Över lag hamnar den som sitter triage att reda ut mycket fast det inte finns tid för det.”

“Svårt att hinna göra en noggrann bedömning vid luckan när det är många i kö, i stället kunde AKS kunna göra triageringen i ett skilt rum.”

7.3.3 Konsult

I fokusgruppintervjuerna upplevde man att AKS var lätt att konsultera. Det kom också förslag på att man kunde konsultera AKS från hemvården och olika boenden angående patientens vård.

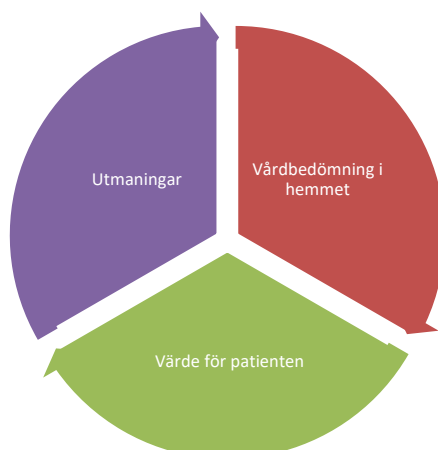
“Bra att man lätt kan fråga AKS när man funderar på något.”

“Tidigare har patienter inom hemvården kommit till jouren på ganska lätta grunder. Nu kunde hemvårdaren ringa till jouren och konsultera en AKS-sjukskötare hur fortsätta vården.”

“AKS kunde hjälpa vid triageringen och göra mera krävande vårdbedömningar.”

7.4 Ambulerande AKS-team

I en av fokusgrupperna kom det på tal om hur besvärligt en del familjer har att ta sig till sjukhuset på grund av olika omständigheter. Även många äldre har svårt att ta sig till sjukhuset och inte sällan blir situationen så akut att ambulans behöver tillkallas. Därmed uppkom huvudkategorin **Ambulerande AKS-team** som kunde åka hem till patienten. De underkategorier som växte fram var **Vårdbedömning i hemmet**, **Värde för patienten** och **Utmaningar**.



Figur 9: Ambulerande AKS-team

Stora familjer eller familjer med utmanade situation i hemmet föreslogs vara en kandidat för vårdbedömning i hemmet. Dessutom kunde AKS lättare bilda sig en uppfattning om hur situationen hemma är, finns det behov av andra insatser.

”Äldre som inte har så lätt att ta sig till jouren, inte har körkort, bil eller någon anhörig som kan köra dem. Till dem kunde en AKS fara för att bedöma vårdbehovet.”

”Stora familjer där det finns många barn eller familjer med utmanande familjekonstellationer har svårt att slänga alla ungar i bilen och komma körande till sjukhuset. Då kunde en AKS fara hem till dem och samtidigt få en inblick i hur de har det där hemma.”

7.4.1 Vårdbedömning i hemmet

Det framkom att AKS kunde göra en vårdbedömning, ta vitala parametrar och blodprover och inleda vården i hemmet eller på olika serviceboenden för att undvika onödig förflyttning av patienten.

”AKS skulle kunna fara hem och göra en bedömning på patienter med olika lungbesvär. Då skulle patienten inte behöva komma till jouren och vänta. ”Lungpatienter är helt klart en grupp som skulle ha nytta av detta. Även andra patientgrupper som hjärtsviktspatienter eller patienter på boenden kunde ha nytta av detta.”

”Combilans skulle vara bra, har blivit diskuterat och det skulle behöva finnas en sådan möjlighet att AKS kan fara hem till patienten och göra bedömningar, kontrollerar vitala parametrar, tar labprover och startar läkemedelsbehandling vid behov.”

”Kommit önskemål från en del boenden att AKS skulle komma ut till ort och ställe.”

7.4.2 Värde för patienten

Det framhölls av fokusgruppdeltagarna att för dem som har svårt att ta sig till sjukvården kan ett hembesök betyda oerhört mycket för patienten och minska onödig förflyttning fram och tillbaka.

”Bra att kunna ge klienten lite mera tid i hemmet, det kan minska risken att patienten bolla fram och tillbaka mellan jouren, avdelningen och hemmet. Detta skulle i sin tur vara kostnadseffektivt och underlätta för patienten.”

”Finns även barn som inte kommer sig till vården på grund av situationen hemma.”

7.4.3 Utmaningar

En del av fokusgruppdeltagarna lyfte fram en del utmaningar som denna roll kunde medföra. Hur vårdbedömningar i hemmen skulle fungera praktiskt var många fundersamma över trots att de tyckte det var en bra idé. Koordineringen upplevdes också som en utmaning. Vem som skulle ta emot samtalen och ordna med hembesök var en fråga som kom upp av flera.

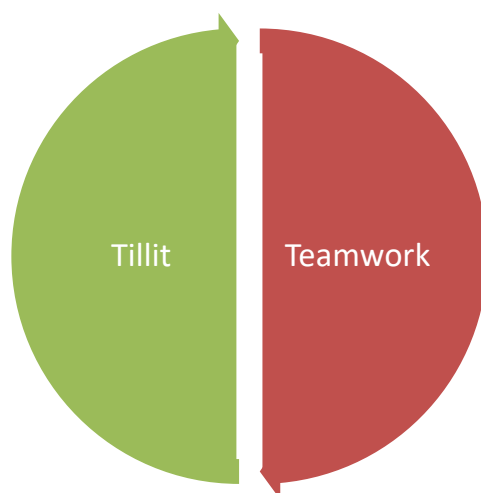
”Vem ansvarar för uttryckningarna, vem koordinerar dem? Kommer de via jouren eller via räddningsverket?”

”Vem gör bedömningen vilken patient som behöver AKS och vilken som behöver mera avancerad vård?”

”Ju äldre desto multisjukare är patienten, detta gör det svårt att endast göra en vårdbedömning och sedan tänka att det räcker med det?”

7.5 Flödeseffektivitet

Flödeseffektivitet nämndes i fokusgruppintervjuerna som ett viktigt resultat av AKS verksamheten. Deltagarna upplevde att AKS ökade patientflödet. Patienterna fick snabbare en vårdbedömning, vilket de var mycket nöjda över. Detta kom även fram i enkätundersökningen. Patienterna upplevde ofta AKS mottagningen smidig. Alla deltagarna i fokusgrupperna var överens om att för att AKS verksamheten skall vara smidig behövs ett bra samarbete mellan läkare och AKS men även mellan AKS och övriga sjukskötare. Här kom det också fram att läkarna och övriga sjukskötare behöver känna till AKS' kompetens så det vet vilka patienter hen kan ta emot. Därmed växte **Flödeseffektivitet** fram som huvudkategori och **Tillit** och **Teamwork** som underkategorier.



Figur 10: Flödeseffektivitet

7.5.1 Teamwork

Teamwork är grundpelaren inom vården så även när det gäller AKS. Alla var överens om att genom ett gott teamwork kan AKS ta emot och vårda ett bredare spektrum av patienter och genom teamwork löper flödet på jouren smidigare likaså behandlingen och den fortsatta vården.

”AKS kan sköta lättare patienter eller åtminstone påbörja vården och sedan konsultera läkare direkt eller via telefonen vid behov angående vilka prov som behöver tas och hur vården skall fortsätta.”

”Vi behöver få bort att man kommer till en läkare och i stället kommer för en vårdbedömning.”

”Mera gemensamma utbildningar och diskussioner tillsammans med läkare och andra yrkesgrupper, det är mycket teamwork.”

”Viktigt att teamverket fungerar så att vården flyter.”

”Viktigt att samarbetet fungerar båda vägarna. Att man lär sig av varandra.”

”Det är ett teamarbete där vi skall försöka hitta de smidigaste lösningarna så vi ger rätt vård i rätt tid på rätt plats”

7.5.2 Tillit

Tilliten lyftes fram som viktigt mellan AKS och kollegerna. Genom dialog är det möjligt att också lära känna varandra och varandras arbete bättre. En dialog skapar tillit och trygghet och ger en bättre teamkänsla.

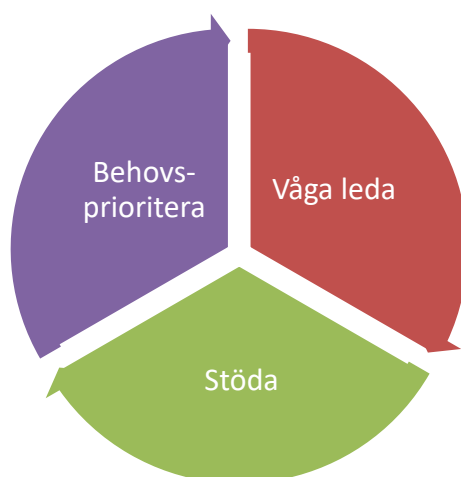
”Svårt att veta vilka patienter som är rätt för AKS.”

”Det sparar tid om AKS tar in patienten och sedan vid behov ringer och konsultera, dessutom sköter hon all dokumentering och all kontakt med patienten och läkaren behöver bara svar i telefonen. Läkaren hinner med många sådana besök istället för att han tar emot patienten själv. Detta förutsätter dock att man vet vem man jobbar med och har tillit till varandra, samt vet vad den andra kan. Tar tid att få förtroende. En del läkare litar inte alltid på en AKS-sjukskötare.”

”Tilliten viktig så att du har ett team som du känner och vet vem du jobbar med.”

7.6 Ledarens roll vid implementering

Alla i fokusgruppintervjuerna var överens om att ledarens roll var central i implementeringen av AKS-roller. De upplevde att om inte ledaren var involverad och engagerad utvecklades inte AKS-verksamheten.



Figur 11: Ledarens roll vid implementering

7.6.1 Behovsprioritera

Flera deltagare i fokusgruppintervjuerna ansåg att ledarens roll vara att kunna se var det finns "flaskhalsar" och utveckla verksamheten där efter. Viktigt att ledaren för en kontinuerlig dialog med olika samarbetspartners för att rätt patient kommer till rätt ställe. Kontinuerlig utvärdering ansågs som viktigt för att kunna göra snabba förändringar när verksamheten kräver det.

"Ledaren skall vara positivt inställd till AKS. Beredd att göra förändringar när verksamheten kräver. Viktigt att följa med läget för att få kostnads- och flödeseffektivitet."

"Krävs att ledaren vågar prova på något nytt och inte blir bekväm i det gamla. Ledaren behöver kunna föra saker framåt och se var flaskhalsar finns med andra ord ha ett lean-tänk."

"Ledarens roll att följa med läget, blir det en epidemi behövs mera AKS."

"Ledarens roll är att hålla egna pulsmöten åt AKS så att problem kan redas ut snabbt."

7.6.2 Våga leda

I fokusgruppintervjuerna framhölls att ledaren skall vara med och hjälpa till att styra upp AKS-verksamheten.

"Ledaren har en jätteviktig roll i implementeringen av en ny verksamhet. Det är jättesvårt att få igenom en förändring om inte ledningen är med och viktigt att ledaren vet hur hen skall leda för att komma till målet. "

"Ledaren har en stor roll i processen, finns det inte en ledare så utvecklas inte heller AKS-verksamheten och skötaren fortsätter som förut trots utbildning."

"Ju bättre planering desto bättre flöde."

7.6.3 Stöda

Det kom fram i fokusgruppintervjuerna att de som jobbade med AKS uppgifter upplevde att det väldigt viktigt att de hade ett bra stöd av sin ledare. Ledaren behövde känna till vad en AKS är samt vad hen kan.

”Behöver finnas utrymme och tillgång till verktyg för att kunna ha en AKS-mottagning.”

”Viktigt att AKS har en ledare som hon kan bolla och fundera med.”

”Tungt för en AKS-sjukskötare att behöva bevisa vad hen kan och vilken nytta hen kan komma med, därför behövs en ledare som kan föra saken vidare uppåt och bevisa att AKS-sjukskötaren behövs.”

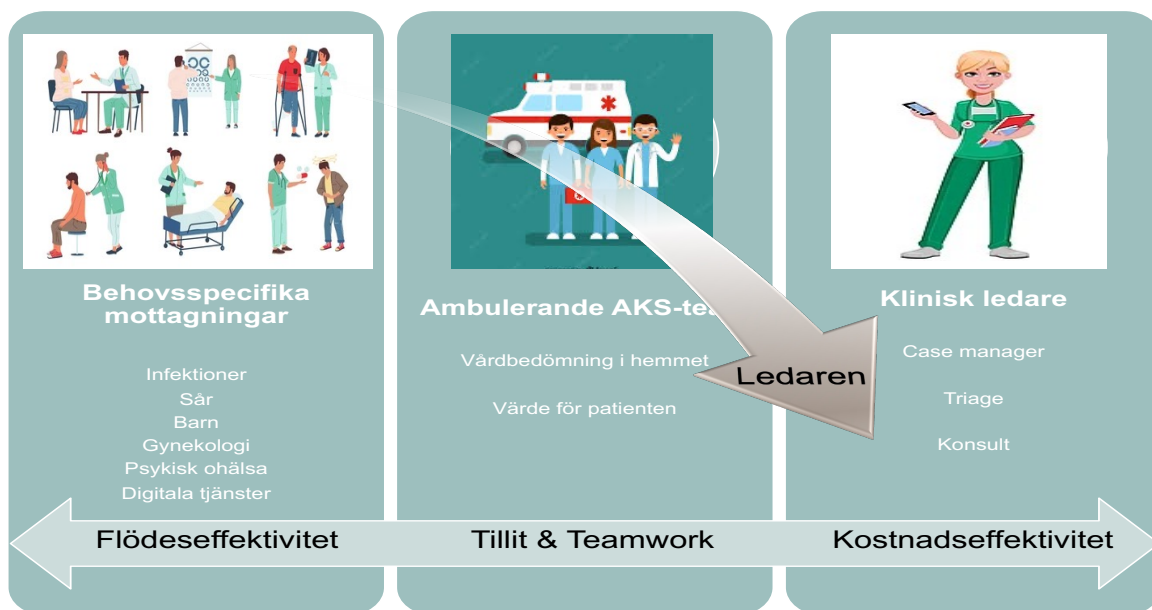
”Bra med mycket info när man börjar med något nytt.”

8 Hybridmodellen

Utifrån resultaten har en hybridmodell för AKS-roller på en jourmottagning utarbetats där tillit och teamwork är grundstenarna för modellens utveckling. Genom att skapa behovsspecifika mottagningar utifrån verksamhetens och patienternas behov kan patientflödet på en jourmottagning effektiviseras. För att undvika att patientens tid används fel och för att undvika att patienten slussas fram och tillbaka inom vården kan ett ambulera AKS-team vid behov möta patientens behov i hemmet och därmed skapa värde för patienten. Det vill säga rätt patient på rätt ställe på rätt tid med rätt kompetens. Kliniska ledarens uppgift är att leda, koordinera och organisera det kliniska arbetet. Ledarens uppgift är att våga leda och skapa förutsättningar för en fungerande verksamhet samt hitta eventuella flaskhalsar som hindrar flödes- och kostnads-effektiviteten. För att möjliggöra att AKS-verksamheten fortsätter att utvecklas krävs att ledaren kontinuerligt utvärderar verksamheten.

Hybridmodell

- En modell för AKS funktion på en jourmottagning



Figur 12: Hybridmodell

9 Resultatdiskussion

Våra resultat i studien visar att ledarens roll är grunden för att kunna implementera nya AKS-roller. Ledaren skall ha förmågan att kunna se så kallade flaskhalsar, kartlägga och planera vårdens verksamhet därefter. Planeringen är grunden för att kunna genomföra en implementering av nya AKS-roller. Enligt Peppa behöver man stegvis planera, organisera och kontinuerligt utvärdera verksamheten för att på ett framgångsrikt sätt implementera nya AKS-roller. (Boman, m.fl., 2022). Viktigt att kontinuerligt utvärdera verksamheten och kunna forma verksamheten enligt patienternas vårdbehov.

I studien kom det fram att det var viktigt att ha en ledare som driver saker framåt och att ledaren behöver ha ett "Lean tänk". Tidigare studier visar även att på de organisationer där man använde sig av olika problemlösningsmetoder och tid avsattes för problemlösning så att alla i personalen kunde delta. Viktigt var även att personalen och ledaren var

engagerade för att kunna uppnå en hög Lean-nivå och därmed en högre vårdkvalité. (Kaltenbrunner, m.fl., 2019)

I fokusgruppintervjuerna ansågs ledarens uppgift vara att kunna se var behovet finns och att organisera AKS-verksamheten därefter. Detta är i samråd med Lean där tanken är att man skall utgå från behovet och producera tjänsterna därefter och på så sätt uppnå flödeseffektivitet. I detta skede har ledaren en central roll. (Kaltenbrunner, m.fl., 2019)

Flera forskare har gjort studier på om och hur en avancerad klinisk sjukskötare kan effektivera vården på en akutmottagning i hopp om att kunna lätta på det stigande trycket på akutvårdsmottagningarna idag. Genom att en avancerad klinisk sjukskötare styr triageringen på en akutmottagning och beställer prover och undersökningar innan läkaren ser patienten har visat sig kunna minska på väntetiderna och ökat patientflödet. Dessutom har patienterna varit mycket nöjda över vården och återbesöken har minskat. (Font-Cabrera, 2023). I fokusgruppintervjuerna framkom det en önskan om att AKS-sjukskötaren skulle hjälpa till med triageringen på jourmottagningen, detta visar att många sjukskötare som jobbar på en jourmottagning upplever det utmanande att utföra triage och bedöma patienternas grad av vårdbehov. Detta speglar även forskning där det visat sig att sjukskötare upplever att de inte har tillräcklig kunskap och kompetens för att utföra triage, vilket i sin tur lett till missnöje hos patienterna och en överbeläggning på avdelningar och akutmottagningar (Font-Cabrera, 2023).

Redan Benner (1993) konstaterade att först när en sjukskötare kommer upp till expertsjukskötarnivå kan hen snabbt bedöma vad som är centralt i en situation och handlar därefter. Hen kan även göra avancerade kliniska bedömningar eller löser kliniskt komplicerade situationer snabbt med klar framgång på grund av hens förmåga att använda sig av sin inre intuition. Detta talar även för att en AKS-sjukskötare eller en erfaren sjukskötare kan genom sin triagering effektivera flödet på en akutmottagning.

I fokusgruppintervjuerna kom Combilans på tal. Flera tyckte det skulle kunna hjälpa jourmottagningarna. Dock var vissa skeptiska speciellt de som arbetade på en jourmottagning eller som arbetade som ledare. Combilans har varit väldigt omtalat på sista tiden och hoppet över att Combilansverksamheten kunde rädda jourmottagningarna och minska på antalet otrygga hemmaboende äldre, som kommer med ambulans till jourmottagningen. I Björneborg har man startat upp en combilansverksamhet där en

sjukskötare och en akutmårdare gör hembesök till äldre som ringer efter ambulans på grund av icke akuta problem, men kanske viktiga sociala problem. Combilanspersonalen kan ta blodprover, vitala parametrar och påbörja antibiotikabehandling vid behov. Vid svåra bedömningar kan en läkare konsulteras via telefon eller video. Om situationen kräver kan patienten transporteras till en jourmottagning (Seppänen, 2022). Viktigt är då, som även kom fram i fokusgruppintervjuerna att man verkligen reder ut vilken patientgrupp som skulle ha nytta av combilansen. Risken finns att det blir dubbelarbete om största delen ändå behöver föras till akuten. Frågan är även att var skall combilansen vara stationerad, vid en jourmottagning eller vid räddningsverket? Som komplement till combilansen kunde ett ambulerande AKS-team finnas, som skulle ha kontakt med hemvården och räddningsverket och åka ut till patienter som behöver en vårdbedömning och har svårt att ta sig till sjukhuset.

AKS framhölls som en person som man lätt kunde gå och fråga om det var något en sjukskötare funderade på. Därmed blir den AKS både en klinisk expert att diskutera svåra fall med, men också någon som får kollegorna att utvecklas i sin egen profession, detta genom sin stödjande, konsulterande och handledande funktion.

För att säkerställa tillgången till vårdpersonal även i framtiden och för att få sjukskötare att vilja vidareutbilda sig inom avancerad klinisk vård behöver den avancerade kliniska sjukskötarens status och kompetens höjas upp. Det handlar inte enbart om att utveckla professionen utan ger även möjlighet att klättra på karriärstegen.

10 Metoddiskussion

I detta kapitel diskuteras eventuella styrkor och svagheter i datainsamlingsmetoden, urvalet och analysen samt om forskningsfrågorna besvarades. Kvantitativ metod användes i form av enkät med öppna och slutna frågor och delades ut i samband med besöket endast till patienter som hade finska eller svenska som modersmål. Möjligen kunde vi ha erhållit flera svar om enkäten hade översatts till engelska.

Antalet patienter som deltog i enkätundersökningen var endast 34,5%. Trots att antalet patienter som svarade på enkäten var relativt få till antalet fick vi svar på vår forskningsfråga angående patienternas förväntningar på den nuvarande AKS-

mottagningen. Speciellt de öppna frågorna gav informativa svar på hur uppskattad den nuvarande AKS-mottagningen är av patienterna.

I den kvalitativa delen av studien användes fokusgruppintervjuer som insamlingsmetod. Fokusgrupperna var 3 till antalet med 4 deltagare per grupp. Grupperna kunde ha varit flera till antalet för att få mera datamaterial till vår studie. Grupperna bestod av 4 deltagare från olika professioner. Deltagarna var läkare, AKS och ledare. Möjligen hade grupper bestående av deltagare inom samma profession gett en annan synvinkel på vilka roller en AKS kunde ha på en jourmottagning samt vilken roll ledaren kunde ha vid implementering av nya AKS-roller. Att deltagarna var från olika professioner stärkte däremot förståelsen för den andres kompetens och resulterade i en vilja att samarbeta över professionsgränserna.

Valet av att använda oss av induktiv innehållsanalys anser vi var adekvat för studien och gav oss svar på våra forskningsfrågor samt nya idéer för att kunna vidareutveckla AKS verksamheten.

De etiska riktlinjerna följdes under studiens gång och deltagarnas integritet beaktades kontinuerligt. Alla kontaktuppgifter till de som deltog raderades för att säkerställa att de inte kom i fel händer.

11 Avslutning

Idag är sjukvården väldigt "sjukhustung" och överbelastad. Allt för många söker sig till jourmottagningarna trots att deras vårdbehov inte är akuta utan borde skötas inom primärvården. Vården borde därmed styras om så att primärvården skulle vara förstahandsvalet för patienten, vilket i sin tur skulle minska på kostnaderna. Genom att minska revirtänket och vårda rätt patient på rätt ställe vid rätt tid och med rätt kompetens kan vi utnyttja resurserna optimalt och få en kostnadseffektivare vård.

Vi behöver utveckla nya sätt att möta patienternas vårdbehov på rätt vårdnivå och på rätt plattform. Det handlar inte om att AKS skall ersätta läkarna utan snarare handlar det om att komplettera, stötta och samarbeta med varandra för att snabbare kunna bedöma patientens vårdbehov och därmed effektivera vården för patienten. Vi borde kanske komma bort ifrån att patienterna skall komma till läkare för en läkarbedömning och i stället

se människan ur ett mera holistiskt perspektiv som ett multiprofessionellt team. Kan detta vara en av byggstenarna till framtidens välfärdstjänster?

Källförteckning

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

Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Bergeå, O. L. (2015). *Gör det enkelt - En handbok i ledarskap för ständiga förbättringar*. Stockholm: C2 Management AB.

Boman, E., Egilsdottir, H. Ö., Levy-Malmberg, R., & Fagerström, L. (2019). *Nurses' understanding of a developing nurse practitioner role in the Norwegian emergency care context: A qualitative study*. *Nordic Journal of Nursing Research*, Vol. 39(1) 47-54.

Boman, E., Gaarde, K., Levy-Malmberg, R., Wong, F. K., & Fagerström, L. (2022). *Using the PEPPA framework to develop the nurse practitioner role in emergency care: Critical reflections*. *Nordic Journal of Nursing Research*, Vol. 42(3) 117-122.

Braun, P., & Kessiakoff, R. (2011). *Introduktion till Lean*. Malmö: Liber AB.

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

Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S. D., Fliedner, M., . . . Ul. (2016). *Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing roles*. *Journal of Nursing Scholarship*, 48 (2), 201-209.

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

Fagerström, L. M. (2021). *A Caring Advanced Practice Nursing Model*. Switzerland: Springer.

Font-Cabrera, C. m. (2023). *Implementation of advanced triage in the Emergency Department of high complexity public hospital: Research protocol*. *Nurse Open*, 10(6):4101-4110.

Forskningsdelegationens anvisningar. (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Hämtat 26.5.2023 från <https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTKohje2012.pdf>

Hagevi M., V. D. (2016). *Enkäter-Att formulera frågor och svar*. Lund: Studentlitteratur.

Heale, R. &. (2015). *An international perspective of advanced practice nursing regulation*. *International Nursing Review*, 62, 421-429. doi: 10.1111/inr.12193

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2015). *VETENSKAPLIG TEORI OCH METOD*. Stockholm: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Htay, M., & Whitehead, D. (2021). *The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review*. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, s. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100034>.

International Council of Nurses. (2020). *GUIDELINES ON ADVANCED PRACTICE NURSING*. Hämtat 16.2.2023 från https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.

Iversen, A. (2022). *Rätt vård i rätt tid, om flöden som strategi*. Hämtat 24.2.2023 från <https://www.youtube.com/watch?v=9x7XXYXdmPo>:

Jeyaraman, M. M., Alder, R. N., & Copstein, L. (2022). *Impact of employing primary healthcare professionals in emergency department triage on patient flow outcomes: a systematic review and meta-analysis*. *BMJ Open*, 12:e052850. doi: 10.1136/bmjopen-2021-052850

Kaltenbrunner, M., Bengtsson, L., Mathiassen, S. E., & Engström, M. (2017). *A questionnaire measuring staff perceptions of Lean adoption in healthcare: development and psychometric testing*. *BMC Health Services Research*, 17:235 DOI 10.1186/s12913-017-2163-x.

Kaltenbrunner, M., Mathiassen, S. E., Bengtsson, L., & Engström, M. (2019). *Lean maturity and quality in primary care*. *Journal of Health Organization and Management*, 33(No.2), ss. 141-154.

- Kaltenbrunner, M., Bengtsson, L., Mathiassen, S. E., Högberg, H., & Engström, M. (2019). *Staff perception of Lean, care-giving, thriving and exhaustion: a longitudinal study in primary care*. BMC Health Services Research, 19:652 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4502-6>.
- Kotila, J. A. (2020). *Nya arbetsbeskrivningar för sjukskötare - kvalitet i framtida social- och hälsovårdstjänster*. Hämtat 2.3.2022 från https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/05/APN_RAPORTTI_RUOTSI_WEB.pdf.
- Larsson, S., & Korjonen, P. (2013). *Omsorg&Lean*. Helsingborg: Komlitt.
- Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., & DiCenso, A. (2015). *Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review*. BMJ open, 5:e007167. doi:10.1136/bmjopen-2014-007167.
- 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 Vol. 25 (4), 661-670. doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00876.x
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.
- Ozdemir, N. G., & Bulent, Z. (2019). *The Development of Nurse' Individualized Care Perceptions and Practices: Benner's Novice to Expert Model Perspective*. International Journal of Caring Sciences, Vol 12 (2) 1279-1285.
- Peterson, P., Olsson, B., Lundström, T., Broman, M., Blücher, D., & Alsterman, H. (2012). *Ledarskap-Gör Lean till framgång!* Bromma: Part Development.
- Saven, B. (2019). *Ledarstegen: 5 steg till modigare ledarskap med struktur med tuff omsorg*. Halmstad: Braveship.
- Sederblad, P. (2013). *Lean i arbetslivet*. Stockholm: Liber.
- Seppänen, A. (2022). *Combilanssi tuo hoidon vanhuksen kotiin*. Lääkärilehti.fi. Hämtad 25.3.2023.
- Åhlström, M. N. (2020). *Detta är Lean - Lösningen på effektivitetsparadoxen*. Halmstad: Rheologica Publishing.

Utvärdering av AKS – mottagningen

Vi studerar masterutbildningen (högre yrkeshögskoleexamen) med inriktning på avancerad klinisk vård och utveckling och ledarskap på Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Vi håller nu på och skriver vårt examensarbete där syftet med studien är att beskriva och utvärdera den nuvarande avancerad klinisk sjukskötarens roll och tar reda på vilka andra roller hen kan ha på en jourmottagning. Detta för att skapa värde för patienten, öka flödeseffektiviteten och samtidigt kunna ta tillvara den avancerad kliniska sjukskötarens kompetens på ett kostnadseffektivt sätt. Syftet är även att ta reda på vilken roll ledaren kunde ha för en framgångsrik implementering av nya AKS-roller.

Forskningsfrågorna som vi skall försöka få svar på är:

- Uppfyller de nuvarande AKS-rollerna patientens förväntningar?
- Vilka andra roller kan en avancerad klinisk sjukskötare inneha på en jourmottagning för att kunna öka flödeseffektiviteten?
- Vilken roll har ledaren vid implementering av AKS-roller?

En AKS sjukskötare ska kunna ge en hög kvalitativ och avancerad vård, behandla samt förebygga sjukdom. Till rollen hör även att kunna ge rehabiliterande vård, behandla och uppfölja kroniska sjukdomar. AKS sjukskötarens skall även ha förmågan att kunna integrera evidence baserad vård i praktiken. Kunna ta egna vårdbeslut och därmed kunna självständigt bedöma och diagnostisera hälsoproblem. Utöver detta skall AKS sjukskötarens ha förmåga att ge stöd och konsulteringstjänster till annan vårdpersonal på en professionell nivå, hen skall ha den kompetens som behövs för att kunna planera, samordna, genomföra och utvärdera åtgärder för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvårdstjänster på avancerad nivå.

Vi är tacksamma om ni tar er tid att fylla i detta formulär, för att hjälpa oss utveckla AKS-mottagningen. Som handledare för vårt examensarbete fungerar Anita Wikberg, lektor vid Yrkeshögskolan Novia. Din medverkan i vår studie är viktig och vi tackar dig i förväg.

Med vänlig hälsning:

Studerande

Siv källd-Aspfors

Siv.kald-aspfors@edu.novia.fi

Tel: +358445771622

Studerande

Minna Lithén

Minna.lithen@edu.novia.fi

Tel: +358503492960

Handledare

Anita Wiberg

anita.wikberg@novia.fi

Tel: +358447805326



1. Vilken är din ålder?

0–16 17–30 31–65 66-

2. Var bor du?

Jakobstad Pedersöre Larsmo Nykarleby Kronoby Annat

3. Orsak till ditt besök på aks-mottagningen?

4. Hur fick du tid till aks-mottagningen?

Via telefonrådgivningen Via jouren Via hvc Annat

5. Hur länge väntade du på ditt besök till aks-mottagningen?

6. Träffade du en läkare i samband med besöket?

Ja Nej

7. Behövde läkare konsulteras i samband med besöket?

Ja Nej

8. Var du nöjd med besöket?

Ja, varför? _____ Nej, varför? _____

9. Skulle du besöka aks-mottagningen igen?

Ja, varför? _____

Nej, varför? _____

10. Finns det något du vill förmedla till aks-mottagning för att bidra till vidare utveckling?

Tack för ditt svar!



1. Mihin ikärymään kuulut?

0–16 17–30 31–65 66–

2. Kotipaikkakuntasi?

Pietarsaari Pedersöre Luoto Uusikaarlepyy Kruunupyö Muu

3. AKS-vastaanotolla käynnin syy?

4. Miten sait ajan AKS-vastaanotolle?

Puhelinneuvonnan kautta Päivystyksen kautta Terveyskeskuksen kautta

Jonkin muun kautta

5. Kuinka kauan odotit AKS-vastaanotolle pääsyä?

6. Tapasitko lääkäriä käynnin yhteydessä?

Kyllä Ei

7. Konsultoitiinko lääkäriä käyntisi yhteydessä?

Kyllä Ei

8. Olitko tyytyväinen käyntiisi?

Kyllä, miksi? _____ Ei, miksi? _____

9. Voisitko käydä uudelleen AKS-vastaanotolla?

Kyllä, miksi? _____ Ei, miksi? _____

10. Miten voimme kehittää palveluamme?

Kiitos vastauksestasi!

Frågeguide för fokusgruppintervju

1. Egen presentation
 - Arbetsplats
 - Utbildning
 - Arbetserfarenhet
2. Vilken erfarenhet har ni av en avancerad klinisk sjukskötare?
3. Vilka roller upplever du att en avancerad klinisk sjukskötare kunde ha på en jourmottagning för att effektivera patientflödet?
4. Hur kunde vi med hjälp av en avancerad klinisk sjukskötarverksamhet skapa mervärde för patienten och minska på kostnaderna?
5. Vilken inverkan har ledaren i implementering av nya AKS-roller?