

**Avancerad klinisk sjukskötare i hemvården.
Implementation och ledarskapets roll vid implementation.**

Sofia Nygård

Examensarbete för (Högre YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Avancerad klinisk sjukskötare (Högre YH) & Ledarskap- och
utveckling (Högre YH)

Vasa / 2024

EXAMENSARBETE

Författare: Sofia Nygård

Utbildning och ort: Sjukskötare högre YH, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Avancerad klinisk vård & Ledarskap och utveckling

Handledare: Ann-Louise Glasberg

Titel: Avancerad klinisk sjukskötare i hemvården.

Implementation och ledarskapets roll vid implementation.

Datum 28.4.2024 Sidantal 84

Bilagor 1

Abstrakt

Syftet med arbetet var att få en översikt över hur AKS implementerats i hemvården och hur rollen kunde implementeras i Finland samt hur ledarskap kan påverka implementationsprocessen. Frågeställningarna var: Hur kan den avancerade kliniska sjukskötarens roll implementeras i hemvården, vilka uppgifter hör till den nya rollen och vilken påverkan har den på vården? Hur syns ledarskapet i den avancerade kliniska sjukskötarens roll, vem leder den avancerade kliniska sjukskötarens roll och hur kan ledarna stöda implementationsprocessen av den avancerade kliniska sjukskötarens roll?

Metoden är en kvalitativ scoping review. Totalt ingår 17 artiklar. Resultatet har tolkats med hjälp av innehållsanalys.

Resultatet presenteras i två huvudkategorier, implementation i hemvården och ledarskap. Under dem finns sedan fler underkategorier. Under den första kan man läsa om implementationsprocessen, arbets- och ansvarsuppgifter, hinder- och framgångsfaktorer vid implementation samt vilken påverkan implementationen av AKS haft på vården. Under den andra rubriken kan man läsa AKS och ledarskap, vem som leder AKS och vilken roll ledarna har vid implementationsprocessen. Resultatet av forskningarna stämde i hög grad överens med vad som tidigare kommit fram i PEPPA modellen. Resultatet visade bland annat att AKS kan ha positiv påverkan på patientupplevelser, tillgång till vård, kvalitet på vården och kollegors arbetsvälmående. Det är väldigt viktigt med en plan för implementation och det finns många olika hinder- eller framgångsfaktorer för lyckad implementation. Ledarskapets roll vid implementationen är av stor vikt, både AKS egna ledarskapsförmågor och ledarnas involvering i implementationen.

Språk: Svenska

Nyckelord: implementation, AKS, ledarskap, hemvård

MASTER'S THESIS

Author: Sofia Nygård

Degree Programme: Social and health care (master's degree), Vasa

Specialization: Development and leadership & Advanced Clinical Nursing

Supervisors: Ann-Louise Glasberg

Title: Nurse practitioner in home health care.

Implementation and the role of leadership in implementation.

Date 27.04.2024 Number of pages 84

Appendices 1

Abstract

The aim of this thesis was to get an overview of how the Nurse Practitioner (NP) could be implemented in home healthcare in Finland and how the leadership affects the process. The research questions were: How can the nurse practitioner be implanted into home healthcare, what is the scope of practice and how does the new role affect the care setting? How does the leadership show in nurse practitioners work, who is the leader of the nurse practitioner and how can the leader support the implementation?

The method is a qualitative scoping review. A total of 17 articles are included. The result has been interpreted by a content analysis.

The results are presented in two main categories. Implementation in home healthcare and leadership. Under them is subcategories. In the first category there is information about facilitators and challenges for implementation is discussed, scope of practice, the implementation process, and outcomes from implemented NP in homecare. Under the second category is info about leadership. How it relates to NP, which role it has in implementation, and who the leaders of NP are.

The results from the thesis were consistent with the PEPPA model. Among other things the results showed that NP can have a good impact in patients experiences. It also showed that the leadership plays a big role in how well the implementation will go.

Language: Swedish

Key words: Implementation, NP, Leadership, home healthcare

Innehåll

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	Avancerad klinisk sjukskötare (AKS)	2
2.1.1	Benämningar och förkortningar.....	2
2.1.2	Den avancerade kliniska sjukskötarens rötter	4
2.1.3	Avancerad klinisk sjukskötares arbetsuppgifter	5
2.1.4	Avancerad klinisk sjukskötare och andra yrkesroller	6
2.2	Ledarskap	7
2.2.1	Att lyckas som ledare.....	7
2.2.2	Ledare i vården	8
2.2.3	Avancerad klinisk sjukskötare och ledarskap.....	10
2.3	Hemvård.....	11
2.3.1	Hemvårdens uppgifter	12
2.3.2	Sjukskötarens roll i hemvården.....	13
2.3.3	Andra aktörer i hemvården.....	14
2.3.4	Stödtjänster i hemmet.....	15
3	Teoretiska utgångspunkter	17
3.1	PEPPA modellen.....	17
4	Syfte och frågeställning.....	21
5	Metod	22
5.1	Kvalitativ metod.....	22
5.2	Scoping review.....	23
5.3	Innehållsanalys.....	27
6	Resultat	28
6.1	Implementation i hemvården	28
6.1.1	Implementationsprocessen.....	29
6.1.2	Arbets- och ansvarsuppgifter	33
6.1.3	Hinder och framgångsfaktorer för en lyckad implementation.....	37
6.1.4	Påverkan av implementerad AKS	44
6.2	Ledarskap	51
6.2.1	Den avancerade kliniska sjukskötaren som ledare.....	51
6.2.2	Den avancerade kliniska sjukskötarens ledare	55
6.2.3	Ledarnas roll vid implementationsprocessen.....	59
7	Tolkning av resultatet.....	62
7.1	Implementation i hemvården	62
7.1.1	Implementationsprocessen.....	62
7.1.2	Arbets- och ansvarsuppgifter	64

7.1.3	Hinder och framgångsfaktorer för en lyckad implementation.....	66
7.1.4	Påverkan av implementerad AKS	68
7.2	Ledarskap	71
7.2.1	Den avancerade kliniska sjukskötaren som ledare.....	71
7.2.2	Den avancerade kliniska sjukskötarens ledare	73
7.2.3	Organisationen och ledarnas roll vid implementationsprocessen.	74
8	Kritisk granskning.....	75
8.1	Trovärdighet.....	75
8.2	Tillförlitlighet	75
8.3	Överförbarhet.....	76
8.4	Bekräftelsebarhet.	77
9	Sammanfattning.....	78
10	Källförteckning.....	85

1 Inledning

En stor del av Finlands befolkning består av äldre människor och de flesta lever idag längre än tidigare. Detta betyder att hemvårdens klienter blir äldre och med det även ett ökat vårdbehov. Antalet klienter som behöver hjälp av hemvård har ökat de senaste åren. För att vi ska kunna erbjuda en högklassig hemvård i Finland behövs ökade resurser, förnyade arbetsrutiner och säkrande av ett kompetent ledarskap. (THL, 2023a)

I dagens läge har vi allt för få läkare i Finland och läkarbristen ser bara ut att bli större. I december 2022 behövdes mer än 3000 fler läkare för att fylla behovet. Speciellt allmänläkare är svåra att få tag på. Läkarförbundet uppskattar att enbart hälsovårdscentralerna behöver över 1000 läkare. Detta påverkar såväl befolkningen som behöver vård samt läkare som nu får jobba i en hektisk takt. Läkarna borde få sätta sin tid på de klienter som mest behöver deras hjälp. Det har senaste tiden kommit fram att läkarnas arbetsuppgifter ibland har lämnat ogjorda på grund av läkarbristen. (Palomaa & Tapola, 2022)

En Avancerad klinisk sjukskötare (AKS) jobbar på ett holistiskt sätt med omfattande vård. AKS har medicinska kunskaper vilket gör att arbetsbeskrivningen blir bredare jämfört med en sjukskötare. (Finlands sjuksköterskeförbund, u.å.) AKS kan jobba autonomt som vårdgivare. De har skolning i hur man undersöker, diagnostiserar, behandlar och utvärdera eller remittera. De har också kunskap inom ledarskap och administrativa uppgifter. (Kodi & Sharma. 2021)

Kostnaden för vård som ordnas av AKS är billigare än den som ordnas av läkare. (Razavi, et.al. 2021) Klienter som vårdas av AKS jämfört med läkare får lika god vård, mindre användning av resurser och lägre vårdkostnader. AKS kunde därför vara en lösning på den förväntade läkarbristen. (Liu et.al. 2020) Enligt THL (2023a) behöver vi arbeta för att tillföra resurser till hemvården, ändra på arbetssätten samt se över ledarskapet. En AKS i hemvården kunde vara en användbar resurs och bidra till säkra och effektiva arbetssätt i ett multiprofessionellt team. AKS har dessutom kompetenser inom ledarskap vilket kan bistå ett kompetent ledarskap. Detta arbete kommer att se på hur man i andra länder använt AKS i hemvården, hur detta lyckats och hur vi kunde använda oss av den informationen i dagens Finland för att utveckla hemvården.

2 Bakgrund

I detta kapitel kommer information som är väsentlig för att bättre förstå materialet som examensarbetet behandlar. Under detta kapitel kan man läsa mer om den avancerade kliniska sjukskötare, hemvård och ledarskap. Informationen till detta kapitel är hämtat från diverse olika litterära källor, både skriftlig litteratur och online.

2.1 Avancerad klinisk sjukskötare (AKS)

I Finland är AKS en mastersutbildning. För att bli antagen till utbildningen behövs en sjukskötarexamen och minst 3 års erfarenhet i branschen. Utbildningens längd och innehåll varierar beroende på skola. På de flesta orter tar utbildningen mellan två och tre år. (Wheeler et.al. 2022)

En Avancerad klinisk sjukskötare (AKS) jobbar på ett holistiskt sätt med omfattande vård. AKS har medicinska kunskaper vilket gör att arbetsbeskrivningen blir bredare jämfört med en sjukskötares. AKS kan själv både undersöka patienterna och utgående från undersökningen bedöma vårdbehovet. De kan också självständigt påbörja vården och följa upp den. AKS sköter om både akuta och kroniskt sjuka patienter. I många länder får AKS undersöka, ställa diagnoser samt vårda. AKS har ofta en egen mottagning där de tar emot patienterna. En del av AKS arbetsuppgifter är sådana som tidigare har hört till läkare. Detta har på många orter gjort att tillgången till vård har blivit bättre och vårdkedjan smidigare. (Finlands sjuksköterskeförbund, u.å.)

2.1.1 Benämningar och förkortningar

Det finns många benämningar på en **sjukskötare (SSK)** med avancerad kunskap. Både på svenska och engelska finns det flera titlar som beskriver rollen som avancerad sjukskötare. Ibland används olika titlar på samma yrkesroll och ibland skiljer rollerna något från varandra och har därför olika titlar. Detta kan göra att rollen blir förvirrande eller att människor inte är säkra på vad skillnaden mellan yrkesrollerna är. I Finland används ofta benämningen **avancerad klinisk sjukskötare (AKS)** när man pratar om en sjukskötare som fördjupat sig i vård, medicinsk kunskap och undersökning. På engelska brukar man prata om **nurse practitioner (NP)**. Andra titlar som används i Finland är **expert inom kliniskt vårdarbete**, på engelska brukar de använda termen **advanced practice nurse (APN)**. Det finns också **klinisk vårdexpert** som fokuserar på utvecklandet av vården och säkerställande av

kompetens och kvalitet. På engelska brukar den kliniska vårdexperten kallas för **clinical nurse specialist (CNS)**. (Finlands sjuksköterskeförbund, u.å.)

Wheeler m.fl. (2022) håller med om att de flesta länder som har en avancerad sjukskötare har mer än en typ av avancerad sjukskötare. Skyddad titel saknas i flera länder, bland annat Finland, Tyskland, Italien, Spanien och Storbritannien. Länder som har skyddad titel är t.ex. Frankrike, Israel, Canada, Nederländerna mm. De flesta använder någon av titlarna NP, CNS eller barnmorska. Andra titlar som används är till exempel APN, nurse specialist, expert nurse, nurse in advanced practice.

Andra benämningar som också används i USA är **advanced practice registered nurse (APRN)** APRN är på många sätt lik en AKS men de kan utöver AKS uppgifter t.ex. ge anestesi eller vissa smärtmediciner. (Carlson, 2024) I USA har man också avancerade sjukskötare som specialiserar sig inom ledarskap och att överse team dessa brukar gå under termen **clinical nurse leaders (CNL)**. (Rankin, 2023) Här nedan kommer en minneslista för förkortningarna.

Förkortningar:

SSK - Sjukskötare

AKS – Avancerad klinisk sjukskötare

NP - Nurse practitioner

APN - Advanced practice nurse

CNS - Clinical nurse specialist

APRN - Advanced practice registered nurse

CNL - Clinical nurse leaders

2.1.2 Den avancerade kliniska sjukskötarens rötter

En avancerad klinisk sjukskötare (AKS) är en sjukskötare som studerat vidare och har avancerade kunskaper och träning inom vård och medicin, detta gör att grunden till AKS ligger inom vård. (Fagerström, 2019, s.31) Skribenten har därför valt att även kort beskriva rollen som sjukskötare. Detta för att förtydliga var rollen har sina rötter.

Sjukskötare är en legitimerad person utbildad inom hälso- och sjukvård. Huvuduppgiften för sjukskötare är att ge vård och omsorg till patienter. Sjukskötare jobbar med hälsofrämjande uppgifter, behandling av sjukdom samt utveckling av vården. Sjukskötare kan också bidra med stöd, hjälp och råd. Sjukskötarens uppgifter är mångsidiga och med ny teknologi ändras arbetsuppgifterna ständigt. (Finlands sjuksköterskeförbund, u.å.)

Det finns många olika egenskaper en sjukskötare behöver. För en sjukskötare är det viktigt med samarbete. En sjukskötare skall både kunna vara en ledare som håller koll på teamet och kunna samarbeta med övriga vårdgivare så som fysioterapeuter, närvårdare, olika terapeuter och läkare. Olika yrkesgrupper har olika kunskaper och för att kunna ge optimal vård till patienterna är det viktigt att det multiprofessionella teamet fungerar. Sjuksköterna jobbar med fokus på patienten och dennes välmående. Sjukskötare kan informera, hjälpa och stöda i svåra situationer. En sjukskötares arbete kan ofta inte mätas med kvantitativa mått utan bidrar till den kvalitativa vården. Sjukskötaren har också hand om områden som till exempel läkemedelshantering, smärtbehandling, sårvård, medicinska hjälpmedel och uppföljning av till exempel sömn. Oberoende av vilka de aktuella arbetsuppgifterna är så fokuserar sjukskötaren på att patienten ska må så bra som möjligt och att lidande skall undvikas. (Lyckhage, 2019, s.87–90)

”Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.”
(International Council of Nurses, 2023)

2.1.3 Avancerad klinisk sjukskötares arbetsuppgifter

AKS kan jobba autonomt som vårdgivare. De har skolning i hur man undersöker, diagnostiserar, behandlar och utvärdera eller remittera. De har också kunskap inom ledarskap och administrativa uppgifter. (Kodi & Sharma. 2021)

Kodi och Sharma (2021) har i sin forskning tagit fram tydliga områden som hör till AKS arbetsuppgifter. Dessa är:

Diagnostisera	<ul style="list-style-type: none"> - Beställning av olika tester, undersökningar och prover. T.ex. blodprov, röntgen - Diagnostisera mindre sjukdomar och hälsoproblem t.ex. feber, smärta, förstoppning
Behandla	<ul style="list-style-type: none"> - Utskrivning av medicin - Behandling av mindre sjukdomar och åkommor
Utvärdera / remittera	<ul style="list-style-type: none"> - Utvärdera hur vårdplanen lyckats - Följa upp vårdinsatser och hemvård - Patientundervisning - Samarbete med olika organisationer gällande patienters vård - Delta i information och undervisning i samhället - Samarbeta med olika kollegor i multiprofessionella team samt remittera klienter vidare vid behov
Ledarskap	<ul style="list-style-type: none"> - Ledarskaps- och administrativa uppgifter - Övervakande över patienträttigheter och att se till patienternas bästa - En resurs för kollegor

(Kodi & Sharma. 2021)

Viktiga aspekter av AKS rollen är expertkunnande, tillräckliga färdighet för att ta vårdbeslut och klinisk kompetens. Beroende på i vilket land AKS verkar och vilket behov landet har kommer det att forma AKS rollen. Men oberoende land medför AKS rollen en större kunskap och fler möjligheter. I många länder har AKS full rätt att skriva ut läkemedel, i Finland kan AKS gå en tilläggsutbildning och då få begränsad beskrivningsrätt. Andra rättigheter som AKS har kan också skilja mellan länder. Exempel på dessa kan vara rätt att

diagnostisera, rätt att påbörja behandling, rätt att remittera till specialister och rätt att remittera till sjukhus. (Fagerström, 2019, s.31, 40)

I Finland jobbar AKS på många olika vårdinrättningar. Bland annat på sjukhus, läkarmottagningar, arbetshälsovård, skolhälsovård och olika specialsjukvårdsmottagningar. (Wheeler et.al. 2022) Rollen som AKS är väldigt mångsidig och kan lätt anpassas efter befolkningens behov och vårdkedjans uppbyggnad. Vartefter hälsovården utvecklas skapas nya möjligheter och nya platser för rollen. För att rollen skall kunna implementeras behövs stöd även från andra vårdgivare. (Bilek, 2023)

Fagerström presenterar i sin bok modellen ”En nordisk modell för avancerad klinisk sjukskötare”, modellen är utarbetad för att användas i nordisk kontext. Modellen har åtta grundkompetensområden. Den viktigaste kompetensen anses vara klinisk kompetens och den har därför satts i mitten av modellen. I mitten finns även patienten och AKS, detta för att symbolisera att fokuset är på patienten. Runt mitten finns de övriga sju kompetenserna vilka är etisk beslutstagning, case management, samarbete, konsultation, vägledning, ledarskap, forskning och utveckling. (Fagerström, 2019, s.63–64)

2.1.4 Avancerad klinisk sjukskötare och andra yrkesroller

På många orter finns det också specialsjukskötare, till exempel i Norge. Skillnaden mellan en AKS och en specialsjukskötare är att specialsjukskötaren specialiserar sig inom ett visst område medan AKS avancerar inom hela vårdområdet. Vidareutbildningar inom vård bygger alltid vidare på sjukskötagargrunden. (Fagerström, 2019, s.31, 40)

Det har diskuterats i USA och även andra länder om det verkligen är någon skillnad mellan CNS och NP. Ibland har det även diskuterats ifall dessa två borde slås ihop. En del menar att det räcker med en avancerad sjukskötare och att man inte behöver skilja på rollen. I en studie från Australien funderade de på just denna fråga, ifall det är någon skillnad mellan rollerna. I studien framkom att det skulle finnas fördelar med att bara ha en avancerad sjukskötare. Det skulle vara lättare för utbildningsanstalterna att bara ha en utbildning. Det skulle också vara lättare att fylla positioner då man inte behövde skilja mellan NP och CNS. Eftersom rollerna är relativt nya i Australien kunde de ännu påverka implementationen av dem. Annat som kom fram i studien var att det skulle vara av ytterst vikt att rollen som avancerad sjukskötare skulle vara tydligt definierad och termer bestämda så att man minskar förvirring. (Elsm, et.al, 2006)

2.2 Ledarskap

När man diskuterade ledarskap i slutet av 1800-talet och tidigt 1900-tal var fokuset på kontroll och makt. Från denna tid kommer också "Great man" teorin som menar att människan föds in i rollen som ledare och att det är ett arbete för endast vissa män. Ungefär 1930 började det i stället växa fram teorier som fokuserade mera på vilka sorts egenskaper ledarna besatte. Med dessa teorier frångick man tron om att ledare skall födas in i rollen. På 1940-talet började man se på varför ledare vill vara ledare. Medan man på 60-talet såg mera på hur människor påverkas av gemensamma mål. På 70-talet började man fokusera på organisationen och ledarens roll i organisationen. Då blev linjerna mellan ledare och förvaltningen otydlig. Efter 80-talet har det vält ut massvis med forskning i ämnet ledarskap. Nu finns det många teorier och många sätt att se på ledarskap. Idag ser de flesta på ledarskap som ett jobb som tillfälligt fylls av någon. En ledare idag kan vara både ledare och bli ledd. Dagens ledare behöver också ha kunskaper i förvaltning. (Klingborg, et.al, 2006)

Dagens ledarskap kanske ser annorlunda ut än det gjort tidigare men ledarskap och intresse för ledare har funnits med länge. Omständigheterna påverkar också rollen som ledare. Idag ändras ledarskapsrollen i snabb takt. De färdigheter som krävs av dagens ledare är i ständig rörelse. Att förvaltningen och ledarskapet har gått så pass in i varandra gör att det kan vara svårt att veta var gränserna går eller vilka uppgifter som hör till vem. Gemensamt för båda rollerna är att de skapar ordning, utvecklar verksamheten och mål och stöder de som jobbar för dem. Dagens organisationer är också mera invecklade än tidigare vilket i sin tur leder till att ledare behöver vara mycket duktiga på att ta rätt beslut och följa beslut. (Klingborg, et.al, 2006)

2.2.1 Att lyckas som ledare

Enligt Bourne (2023) finns det tio regler för att lyckas med ledarskap. Att vara bra på sitt område gör inte automatiskt att personen är en bra ledare i området. Ledarskap kräver vissa färdigheter. Den första regeln är att leda med exempel. Det är viktigt att ledaren visar hur han förväntar sig att arbetarna ska fungera. Om en ledare vill att arbetarna är till exempel är respektfulla och kommer i tid så behöver ledaren själv göra det. Respekt är väldigt viktigt för en ledare men respekt kommer inte automatiskt med titeln, respekt är intjänat över tid. En ledare behöver också vara ödmjuk. Ingen kan göra allt själv och ledaren behöver förstå att de inte alltid kommer vara bäst på allt. Ett bra team som är bra på olika saker behövs för att lyckas. Det är också viktigt att våga belöna och uppskatta arbetare. Människor tycker om att bli uppskattade det är därför viktigt att se arbetarna och ge beröm där det hör hemma.

Människor vill känna sig inkluderade så det är viktigt att ingen blir lämnad utanför, till exempel när ledaren ger beröm är det viktigt att alla inblandade får beröm.

Det är också en bra idé att vara personlig och visa intresse för arbetstagarna som person. En bra ledare bryr sig. En organisation som verkligen bryr sig om sina arbetare tenderar att dra till sig bra arbetare. Det vill säga ledare som visar empati och lyssnar lockar ofta till sig bra arbetare. Att hitta rätt människor är viktigt. När man har bra människor som jobbar för organisationen kan organisationen frodas. När bra arbetare får plats att vara innovativa kan det påverka hur organisationen utvecklas. En bra ledare måste också kunna delegera. Att delegera är lättare för ledaren när hen är omgiven av bra arbetare. Arbetarna ser upp till en bra ledaren och förväntar sig att den skall leda dem. Som ledare är det viktigt att både vara beslutsam och en visionär. En ledares vision kommer att forma organisationen. Det är viktigt att visionen är klar och att alla får vara med och ta del av samt påverka visionen, om alla är bekanta med organisationens vision är det enkelt att följa den. (Bourne, 2023)

Som ledare är det meningen att du ska trivas i rollen. Men att vara ledare är inte alltid en dans på rosor och ledarskap kan också vara tungt. Ibland behöver ledare ta svåra beslut och ibland är inget av besluten optimalt. Det är svårt att ta fel beslut och låta det påverka organisationen men det är ännu värre att som ledare inte ta något beslut alls. Ifall fel begås ska man erkänna det och försöka rätta till problemet om det går. Det kan finnas stunder som känns jobbiga för en ledare men ifall det känns bara negativt att vara ledare så är något fel. Som ledare är det också viktigt att veta när det är dags att stiga av ifall hen inte längre passar in i rollen. (Bourne, 2023)

2.2.2 Ledare i vården

En ledare kan beskrivas som någon som har auktoritet att agera för någon annans räkning samt påverka förändring och riktningen av förändring. Det är inte svårt att då dra samband mellan vårdare och ledarskap. (Dağhan & Topçu. 2020).

Ledare kan man hitta på många olika ställen. Allt från regeringen till lokala organisationer. Vården är inget undantag. I vården jobbar ledare på alla nivåer. Ledarskapets påverkan på vårdens utveckling är väl dokumenterat. Vårdområdet tenderar att dra till sig naturliga ledare. I vården ser man ofta att en ledare påverkar sina kollegor genom att inspirera och motivera dem till att jobba tillsammans mot gemensamma mål. (Morganelli, 2021)

Speciellt under coronapandemin såg man hur viktigt det är med ett starkt ledarskap inom vården. Under pandemin tvingades vården att snabbt och ofta anpassa sig till den nya vardagen. Pandemin tvingade vården att ändras, de framhävde också behovet av vårdledare på alla nivåer inom vården. Efter att pandemin har lugnat ner sig slutar inte vården förändras. Till exempel fokuserar många organisationer nu alltmer på teknologiska lösningar. (Morganelli, 2021)

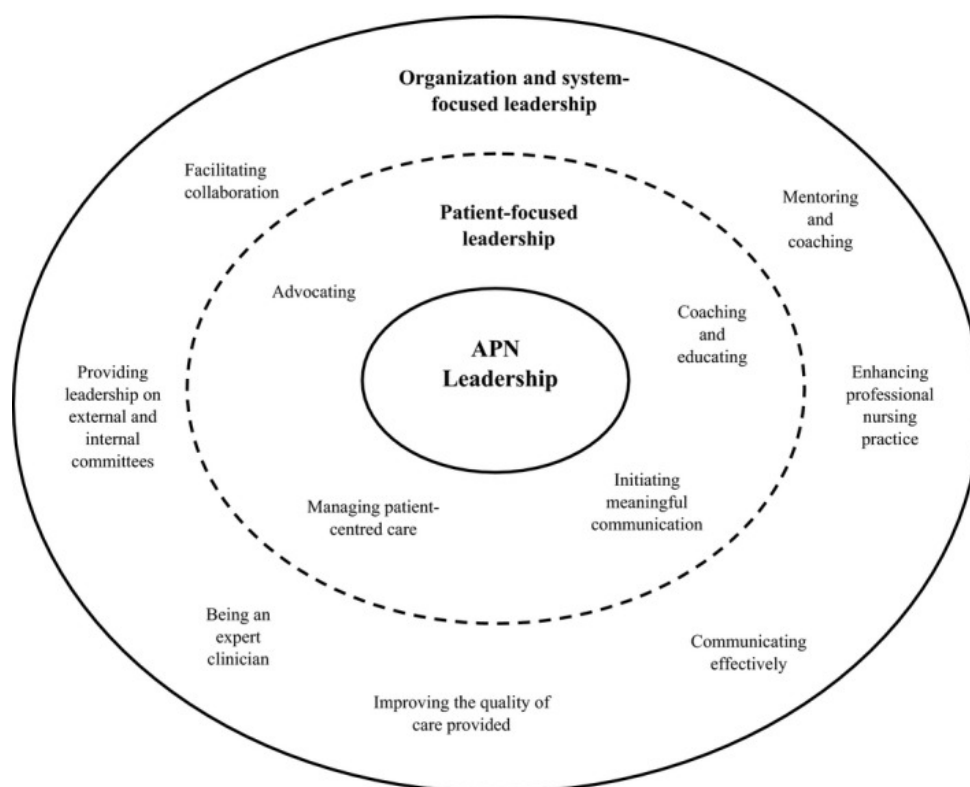
De flesta vårdare kommer i kontakt med ledarskap i arbetet. Ledarskap kan behövas i patientkontakten eller i samarbete med kollegor. Alla vårdare kan jobba på att utveckla sina ledarskapsförmågor utan att behöva gå i skola för det. Om man dock vill avancera till en ledarskapsroll så finns det olika utbildningar som förbereder vårdare för ledarskapsrollen. Dessa behövs oftast för de högre ledarskapsrollerna. Starka ledare skapar en bra vårdmiljö och en välmående personal därför är det mycket viktigt att utveckla ledarskapet inom vården. (Morganelli, 2021)

Ledarskap kopplas ofta till förmana och administrativa uppgifter. I vården är detta inte det ända stället där ledarskap finns eller behövs. Vårdare behöver ledarskapsförmågor i sitt dagliga arbete när de ansvarar över klienters helhetsvård, ger säker vård och för utveckling av verksamheten. Ledarskap hos vårdare är ofta ihopkopplat med många andra områden så som vård av klienten, processer gällande klienter och kollegor mm. Alla vårdare behöver ledarskapsförmågor i sitt arbete. (Berry, E. & Black, F. 2021)

Ledarskap i vården syns också på många andra områden. I forskning behövs ledarskap. Både när forskningen görs men även för vårdare att ta till sig aktuell forskning och implementera den i det dagliga arbetet. Ledarskap behövs också i utvecklandet av hälsovårdssystemet. Nya teknologier och kunskap gör att vården som den är idag är under förändring. Ett starkt ledarskap behövs i utvecklingen av den nya vårdmodellen. Även på politisk nivå är det viktigt med starkt ledarskap. Politiker är ofta de som tar de stora besluten om vården. Det vore viktigt att vårdare kunde vara mer delaktiga i de politiska besluten. För att detta skall lyckas behöver vårdarna ha förståelse för hur den politiska världen fungerar. Riktlinjer och rekommendationer kan påverkas av bland annat vetenskaplig forskning. (Dağhan & Topçu. 2020).

2.2.3 Avancerad klinisk sjukskötare och ledarskap

Lamb m.fl. (2018) fann i sin forskning två huvudkategorier då de såg på AKS och ledarskap. Den första var patient fokuserat ledarskap och den andra var organisations och system fokuserat ledarskap. Det patientfokuserade ledarskapet har direkt påverkan på klienter och deras anhöriga. Det organisations och system fokuserade ledarskapet har i stället påverkan på skötare och andra kollegor, organisationen och/eller hälsovårdssystemet. Från resultatet i sin forskning tog de fram en modell av AKS ledarskapskompetenser. Se nedan.



(Lamb m.fl. 2018)

Ledarskapsförmågor som är kopplade till patientpåverkan är i den inre cirkeln, dit hör bland annat att vara advokat för klienten och sköta om den personcentrerade vården. I den yttre cirkeln kan man se de ledarskapsförmågor som är kopplade till organisationen eller hälsovårdssystemet. (Lamb m.fl. 2018)

AKS tar på sig en allt större roll i ansvaret över patienters helhetsvård. De leder och ordnar vården för klienterna. AKS får ofta en ledande roll i det multiprofessionella teamet och sköter om kontakten mellan vårdgivare men även till organisationen. AKS ger ofta kontinuerligt stöd och undervisning till sina vårdkollegor. Detta sker ofta medan de arbetar tätt ihop. AKS kan lära eller informera om till exempel vad man ska vara uppmärksam på. (Bakerjian. 2022)

Under förändringen av hälsovårdssystemet behöver AKS tillsammans med sina kollegor använda sig av sina ledarskapsförmågor för att få till en positiv förändring. Speciellt vid implementation och utvärdering av nya modeller har AKS en stor roll. Eftersom AKS kommer från sjukskötare så har de redan vetskap om en stor del av de problem som vården möter. Detta gör att de även är välinsatta och kan ha en stor inverkan på förändringarna. (Bakerjian. 2022)

Utvecklandet av kvaliteten i vården har haft stora fördelar när AKS deltagit. På de boenden där AKS delar ansvaret med läkaren uppfattades kvaliteten på vården som bättre. På senare år har det blivit mer vanligt att AKS deltar i olika utvecklingsarbeten och projekt som ämnar att förbättra kvaliteten på vården. AKS kan också jobba med att utveckla kvaliteten på vården i sitt dagliga arbete. (Bakerjian. 2022)

2.3 Hemvård

Hemvård som innehåller till exempel grundvård kallades tidigare ofta för hemservice. Idag har hemservicen och hemsjukvården slagits ihop och de heter nu gemensamt för hemvård. (Österbottens Valfärdsområde, 2022) Eftersom det idag endast talas om hemvård även om tjänsten ges av en sjukskötare så kommer även detta arbete att hålla sig till termen hemvård. Tidigare skulle man talat om hemsjukvård för de tjänster som ges av sjukskötare.

Från och med 1 januari 2023 har valfärdsområdena huvudansvaret över hemvårdstjänsterna. Valfärdsområdena har skyldighet att utföra egenkontroller och säkerställa sig om att kvalitén på vård och omsorg är av högkvalitativ standard. Valfärdsområdena har ansvar över att se till att tjänsteproducenterna har de resurser som behövs för att ge god vård. Till resurser räknas ekonomiska-, professionella-, och operativa resurser. (Valvira & Aluehallintovirasto, 2022)

Antalet inskrivna klienter i behov av hemvård har ökat de senaste åren. De klienter som bor hemma och behöver hjälp i hemmet blir allt äldre och behöver alltmer hjälp. Mer än tre av fyra av hemvårdens klienter behöver stor mängd hjälp och flera olika tjänster. Ca 20 procent av klienterna behöver minst tre besök om dagen. För att kunna ge en högklassig vård i klienternas hem krävs det att det finns tillräckligt med resurser, uppdaterade arbetssätt samt ett ledarskap med hög kompetens. (Institutet för hälsa och välfärd, 2023)

Hemvården får större betydelse för varje år och utvecklingen av hemvården fortsätter. Att användningen av hemvården har ökat beror både på patienter och anhörigas önskan samt

politiskt inflytande. För att mer avancerad vård ska kunna ges i patientens hem behöver patienten ha tillgång till vård dygnet runt. Hemsjukhuset möjliggör idag att även mer avancerad vård kan ges i hemmet. Den palliativa vården har i många fall även flyttat till patientens eget hem. Patienter som tidigare behövde sjukhusvård kan nu i många fall få den vården hemma. (Drevenhorn, 2017, s.20–22)

2.3.1 Hemvårdens uppgifter

Hemvård omfattar en rad olika tjänster som ges i klientens eget hem. Under hemvården hör flera aktörer. Målet med hemvård är att klienten på ett säkert sätt ska kunna bo hemma så länge som möjligt. Detta sker genom att stöda klienten i hens vardag. Samt genom att främja välbefinnande, funktionsförmåga, hälsa, autonomi och delaktighet i den egna vården. För att bli beviljad hemvård finns det kriterier som måste uppfyllas. Dessa kriterier kan skilja sig mellan orter. Efter hemvården beviljats bestäms vårdbehovet och utgående från det sätter man in passande vårdåtgärder. (Österbottens Valfärdsområde, 2022) Även nationellt sett är målet idag att den äldre generationen ska kunna bo hemma så länge som möjligt. När en person inte längre klarar sig själv ska hen få den hjälp och stöd som behövs. Antingen i hemmet eller i en så hemlik miljö som möjligt. (THL, 2023a)

Hemvård erbjuds till klienter som behöver stöd och hjälp för att kunna bo kvar hemma. Hemvårdens uppgifter är att stöda och vägleda klienten till att klara av det dagliga livet. Klienterna uppmuntras till delaktighet och självständighet. Hemvård kan vara tillfällig eller fortgående och tjänsten kan produceras offentligt eller privat. (Österbottens Valfärdsområde, 2022) Det finns också olika organisationer och frivilliga som bidrar till att hemmaboendet lyckas. (THL, 2023a)

Hemvården hjälper bland annat med stödande av grundbehov så som hjälp med hygien, påklädning och näringsintag. Till viss del kan hemvården också hjälpa till med hemmet. Hemvården kan diska, tvätta av köksbord, föra ut sopor, tvätta upp sekret, rensa kylskåp, byta sängkläder, städa wc, hämta post, handleda vid bidragsansökan mm. (Österbottens Valfärdsområde, 2022) Intagande på vårdboende sker endast om det finns medicinska skäl eller i de fall där hemmaboende riskerar säkerheten för den berörda. (THL, 2023a)

Ifall klienten behöver besök även nattetid kan nattpatrullen bli aktuell. Nattpatrullen erbjuder stöd i hemmet nattetid. Nattpatrullen kan också vara tillfälligt insatt till exempel när måendet tillfälligt försämrats. (Österbottens Valfärdsområde, 2022)

2.3.2 Sjukskötarens roll i hemvården

Hemsjukvård är idag en del av hemvården. Hemvården erbjuder tjänster av en sjukskötare till dem som inte kan ta sig till hälsovårdscentralen. Hemvården skall underlätta hemmaboendet. Till hemvårdens sjukskötares uppgifter hör bland annat att ta olika prover och mätningar, sköta om medicinering samt följa med måendet. (Neuroliitto, u.å.)

Hemvården är mångsidig vilket gör att kunskapsområdet som krävs av sjukskötaren är brett. Hemvården jobbar med klienter som lider av inremedicinska-, kirurgiska- och psykiatriska sjukdomar. Sjukskötaren i hemvården har en viktig roll i bedömning av måendet, uppföljning och utvärdering av olika sjukdomar och åkommor. Arbetsuppgifterna är mångsidiga och klientspecifika. Sjukskötaren tar bland annat hand om sårvård, läkemedelshantering, vård av dräner, stygnborttagning, provtagningar, vård av urinkatetrar, stomivård, sondvård, uppföljning av näringsintag och utsöndring, uppföljning av allmäntillståndet eller bedömning vid akut försämring. En del behandlingar som tidigare sköttes på sjukhus kan hemvården idag ha hand om som till exempel behandling med blodtransfusion, syre eller hemdialys. Sjukskötaren delegerar en del av vårdåtgärderna till kollegor. Till exempel kan anhöriga eller närvårdare ge insulin, övervaka medicinintaget eller ta olika prover. (Drevenhorn, 2017, s.61–63)

I hemvården är det viktigt att autonomi, samarbete och yrkesskickligheten kan koexistera. En sjukskötare åker ofta själv ut till patienten och behöver klara av att jobba autonomt. Hen behöver också ett gott samarbete med övriga vårdgivare i det multiprofessionella teamet kring patienten. Sjukskötaren jobbar tillsammans med fysioterapeuter, psykologer, läkare närvårdare mm. för att ge patienten god vård. Läkaren har huvudansvaret över hemvårdens patienter men på grund av tidsbrist har läkaren sällan tillräckligt med tid för att sätta sig in i alla patienters situationer. Detta leder till att sjukskötaren har ett stort ansvar för patientens vård. (Drevenhorn, 2017, s.24)

Sjukskötaren hamnar ofta att reflektera över situationer och ta beslut på plats. Ibland kan de hamna att testa sig fram för att se vad som fungerar. Det kan hända att man testat ett sätt för att märka att det inte fungerade. Oförutsägbara situationer är något som är vanligt i hemvården. (Andrade. Et.al. 2019). Det är också viktigt med kontinuitet. Det vore bäst om samma sjukskötare kunde besöka patienten i så stor utsträckning som möjligt. På så vis är det även lättare att uppmärksamma förändringar i måendet. Sjukskötaren arbetar ur ett helhetsperspektiv där hen tar fasta på det fysiska-, psykiska- och sociala måendet. Eftersom klientens hem sällan är uttänkt för olika medicinska procedurer och provtagning krävs det

kreativt tänkande och problemlösning av hemvårdens personal. I hemvården har klientens hem blivit sjukskötarens arbetsplats. Det är viktigt att ta i beaktande klientens hem, anhöriga, husdjur, intressen mm. och att inte glömma att sjukskötaren är en gäst i hemmet. (Drevenhorn, 2017, s.24, 61–63) Sjukskötaren formar ofta starka band till klienterna över tid, speciellt med palliativa eller patienter med svårskötta sår. (Andrade. Et.al. 2019).

2.3.3 Andra aktörer i hemvården

Hemsjukhusvård är en effektiviserad och tidsbunden hemsjukvård. Bestämmelser kring hemsjukhusvården finns under hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010). Vården som ges av hemsjukhus kan vara både under ramen för primärvård eller specialvård. (Finlex, 2010) Hemsjukhus erbjuder sjukhusvård i patientens eget hem. Verksamheten kan vara öppen morgon till kväll eller dygnet runt. Hemsjukhuset gör det möjligt för patienter att komma hem från sjukhuset snabbare. Om patienten bor på boende kan hemsjukhuset även besöka dem där. Hemsjukhuset har varierande uppgifter utgående från patientens specifika behov. Till de vanligaste uppgifterna hör: administrering av läkemedel intravenöst, blodprov, blodtransfusioner och palliativ vård. För att hemsjukhuset skall besöka patienten behövs en remiss från vårdande läkare samt att patienten själv vill bli vårdad hemma. (Österbottens Valfärdsområde, 2021)

Ett multiprofessionellt team kan besöka klienten i dennes hem för att hjälpa klienten med rehabilitering. Orsaken till behovet av hemrehabilitering kan vara antingen försvårat vardagligt liv eller ett plötsligt försämrat allmäntillstånd. Hemrehabilitering kan vara aktuellt vid utskrivning från sjukhus eller annan vårdanstalt. Målet med hemrehabilitering är att öka tryggheten och stärka känslan av självständighet. Hemrehabilitering tar ofta åtta till tolv veckor. Där ingår kartläggning, träning, egenträning mm. Hemrehabiliteringen kan också prova ut och förse klienten med olika tillbehör. (Österbottens Valfärdsområde, 2022) Ibland kan klienter som tidigare klarat sig själva plötsligt bli i behov av mer krävande hjälp. Detta kan till exempel ske efter en höftfraktur. Då kan det vara läge att lägga in hemrehabilitering. Målet är då att patienten ska rehabiliteras för att klara av så mycket som möjligt själv igen. Hemrehabilitering sker av ett multiprofessionellt team. Ofta består teamet av sjukskötare, fysioterapeuter och annan vårdpersonal. Teamet deltar ofta i vårdplaneringen redan innan hemfärd. Hemrehabiliteringen kan hjälpa med att hitta olika hjälpmedel som kan underlätta vardagen och kan i viss mån även anpassa hemmet. Fysioterapeuten har oftast ansvaret över träning och övningar. Sjukskötaren tar oftast och ser över patientens medicinering och kan i vissa fall kontakta läkaren för att ändra doser mm. Sjukskötaren kan också undervisa klienten

hur hen ska ta sina mediciner. Forskning i Sverige har visat mycket lovande resultat gällande hemrehabilitering. (Drevenhorn, 2017, s.69)

På många orter har man inrättat servicehandledare i äldreomsorgen. Servicehandledarna gör en kartläggning över klientens situation. Servicehandledarna kan efter det informera om vilka stödtjänster som finns och bevilja dem. Vilka tjänster som erbjuds är utgående från klientens eget behov. Servicehandledarna kontrollerar också att klienten uppfyller kraven och hjälper dem att fylla i olika formulär. (THL, 2023b)

2.3.4 Stödtjänster i hemmet

I samband med att man gör kartläggning över behovet av hjälp i hemmet gör man också en bedömning av behovet av eventuella stödtjänster. Stödtjänster är sådana tjänster som inte hör till hemservicens vanliga uppgifter. Dessa tjänster är ändå sådana till naturen att de stöder klientens möjlighet att bo hemma. Stödtjänster kan beviljas utan annan hemvård eller vid sidan av övrig hemvård. (Österbottens Valfärdsområde, 2022)

Måltidsservice kan beviljas åt de klienter som själva inte klarar av att tillreda mat eller i de fall där näringsintaget behöver tryggas. Maten tillreds på annan plats och förs sedan hem till klienten. (Österbottens Valfärdsområde, 2022)

Butiksservice sköts i första hand av klienten, dess anhöriga eller som en service av butiken. Ifall ingen av de ovannämnda lyckas så kan butiksservice bli utfört av hemservicens personal. (Österbottens Valfärdsområde, 2022)

Bastu- och badservice beviljas till de klienter vars tvätt utrymmen är bristfälliga. Ifall de egna bastu- och duschutrymmena utgör fara för säkerheten eller inte är ändamålsenliga kan denna typ av service ordnas på annan plats. (Österbottens Valfärdsområde, 2022)

Trygghetstelefon används för att öka säkerheten i hemmet. Trygghetstelefonen kan användas om klienten faller, börjar må sämre eller känner sig otrygg. Via telefonen kan klienten vid behov tillkalla hjälp till hemmet. (Österbottens Valfärdsområde, 2022)

Klädvårdsservice kan ges antingen i klientens eget hem eller på annan plats. Servicen kan ges i hemmet ifall klienten har tvättmaskin och klarar av att övervaka maskinen medan den är i gång. (Österbottens Valfärdsområde, 2022)

Städservice sköts i de flesta fall av anhöriga eller privata aktörer. Hemvårdens personal tar inte hand om städning, men ser till att renhållningen upprätthålls. De kan till exempel ta ut

skräp, säkerställa renlighet i de väsentliga boendeytorna som badrum och kök. (Österbottens Valfärdsområde, 2022)

Ledsagartjänst tryggar möjligheten för klienten att utföra sina ärenden utanför hemmet ifall hen inte klarar av detta självständigt. I första hand skall denna hjälp fås av anhöriga eller frivilliga. (Österbottens Valfärdsområde, 2022)

Dagverksamhetens mål är att förebygga social isolering samt att trygga hemmaboendet. Denna typ av verksamhet ordnas i regel så att klienten deltar en gång i veckan. Det kan också vara aktuellt med dagverksamhet ifall näståendevårdare har behov av avlastning. (Österbottens Valfärdsområde, 2022)

Intervallvård erbjuds som tjänst för att både stärka klientens funktionsförmåga och eventuellt för att avlasta anhöriga. Intervallvård skall vara som stöd för att trygga hemmaboendet. (Österbottens Valfärdsområde, 2022) Hemvården har ett ansvar att se till även klientens anhörigas ork. Ifall den anhöriga känner sig trött och behöver få vila är det aktuellt med intervallplats. Ibland kan det också vara aktuellt med avlastning bara någon timme medan den anhöriga till exempel får gå ärenden, träffa vänner eller gå till läkare. Avlastning för anhöriga möjliggör att klienter kan bo hemma längre. (Drevenhorn, 2017, s. 62)

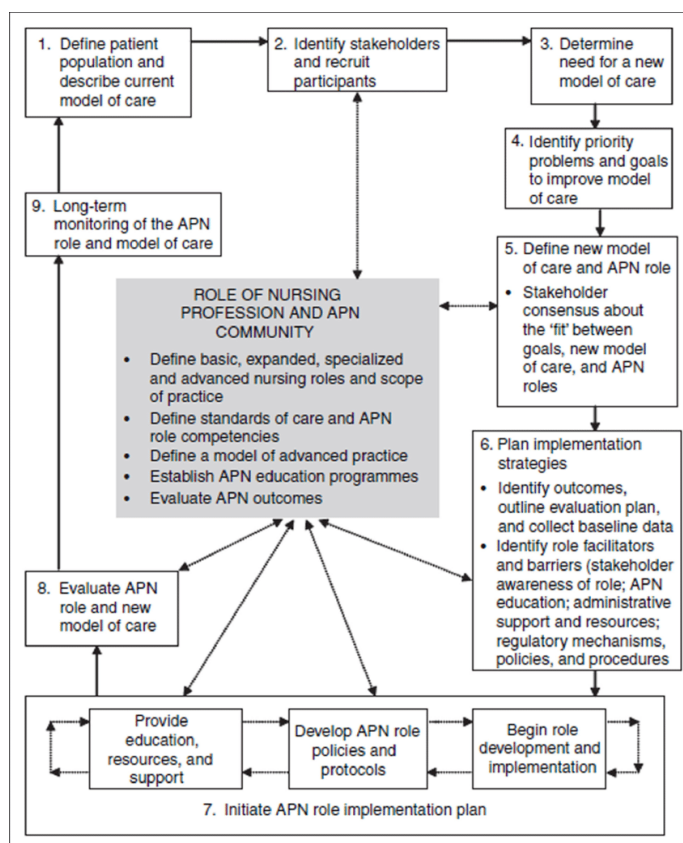
3 Teoretiska utgångspunkter

Detta examensarbete använder sig av vårdteorin PEPPA modellen som handlar om implementationsprocessen av AKS. PEPPA modellen fokuserar helt på de specifika problem, utmaningar och möjligheter som uppkommer vid implementation av AKS rollen (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

3.1 PEPPA modellen

PEPPA modellen är framtagen som en mall för hur man framgångsrikt utvecklar och implementerar AKS rollen. Modellen tar fasta på vikten av att fokusera på vad vi vet, utvärdering och att ta till vara det man lärt sig. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

PEPPA modellen fokuserar på vilka de aktuella behoven är för att se hur rollen kunde användas bäst. AKS jobbar ofta i ett multiprofessionellt team och samarbetar med många olika kollegor. Förutom kollegorna är det många andra som påverkar eller påverkas av den nya rollen. Dessa brukar kallas för intressenter. Intressenter kan till exempel vara kollegor, patienter, anhöriga, olika samarbetspartners, beslutsfattare och politiker. Dessa intressenter och beslutsfattare kommer ha en stor påverkan på hur rollen implementeras. Beslutfattares värderingar och erfarenheter spelar en stor roll i hur bra implementationen lyckas. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)



(Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Det finns nio steg i PEPPA modellen. Steg ett till fyra är planerings/utredningssteg. Steg fem till sju är handlingsstadie medan åtta och nio utvärderar hur implementationen lyckats. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Steg 1

Det första steget i PEPPA modellen ser på vilken den aktuella befolkning är samt vilken typ av vård som erbjuds för tillfället. I detta skede klargör man vem AKS kommer vårda, hur patientkontakten upprättas, hur länge kontakten ska vara samt hur den kontinuerliga vården ska se ut. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Steg 2

Steg två av PEPPA modellen fokuserar på att få med beslutsfattare och politiker i processen. Under steg två rekryterar man också de AKS som skall arbeta med rollen samt försöker välja ut passliga patienter. För att främja en positiv attityd i intressenterna är det viktigt att alla får tillräckligt med information och tid att fundera över vad den nya rollen skulle ha för inverkan på vården. Eftersom AKS rollen kan vara okänd för många intressenter så är det viktigt med tydlig information och diskussion kring vad rollen betyder. För att lyckas med implementation och få en delad syn på värderingar och tro är det viktigt att vårdpersonal är delaktig i planeringen. Ifall förväntningar, värderingar, möjligheter och begränsningar inte diskuteras innan implementation så riskerar man att få problem med en otydlig roll, otydliga gränser och problem med acceptans av rollen. Tidigt i planeringsstadiet skapar man en grupp som representerar intressenterna: politiker, läkare, sjukskötare, patienter, anhöriga, föreningar, ledare. Denna grupp är involverade i att utveckla rollen. På så sätt har de olika intressentgrupperna haft chans att påverka utvecklingen. Eftersom AKS har sina grunder i vård och sjuksköteryrket så är det viktigt att vårdare är väl representerade i planeringsgruppen. Det är också viktigt att patienternas och anhörigas åsikter värderas. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Steg 3

I steg tre utreder man om det finns ett behov av den nya rollen och vilket det behovet är. Detta sker genom en reflektion över vilka styrkor och svagheter som finns i den existerande vården samt över vilka fördelar och risker det finns med den nya rollen. För att ta reda på detta ställs frågor som: vilket behov har patienterna och anhöriga, hur ser behoven ut, vad påverkar behoven, hur ser intressenterna på behoven, vilken information behövs ännu för att fullt förstå behoven, hur hämtas den information som behövs. Ifall information som behövs inte finns tillgänglig kan den samlas in genom till exempel intervjuer och enkäter. För att förstå vad som är av högsta prioritet är det viktigt att prioritera vårdbehoven. På det viset kan man se vilka insatser som skulle ge störst påverkan. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Steg 4

I steg fyra fastställs vilket behovet är av den nya rollen samt vilka prioriteringarna och målen är för den nya rollen. Steg tre satsade på att söka fram informationen och utreda medan steg fyra svarar på frågor kring rollen utgående från den information som samlats. Det är viktigt att det kommer fram vilka de största problemen som patienter har är, vilken påverkan rollen kan ha samt hur man kan bemöta problemen. Den nya rollen utformas från de behov som finns och speciellt från de behoven med högst prioritet. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Steg 5

Efter att man fastställt behovet kan man börja definiera den nya rollen. I tidigare steg har bevisats vilken nytta en AKS kunde vara till organisationen och vilka fördelar rollen medför. Rollen ska nu utformas till att passa de behov som finns och passa in så att den är i linje med målen. Definitionen av rollen och dess uppgifter bör bygga på evidensbaserad kunskap. Det är viktigt att också kunna presentera hur rollen skulle vara fördelaktig för att uppnå målen. Förutom de positiva sidorna är det även viktigt att fundera över vilka risker rollen kan medföra. Detta steg är otroligt viktigt för att undvika att det blir oklarheter i vad som är rollens uppgifter och skyldigheter samt vad som inte hör till rollen. I detta steg funderar man även på hur samarbetet ska se ut till olika kollegor till exempel läkare, fysioterapeuter. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Steg 6

För en lyckad implementation är det viktigt att man har en välgjord plan för hur man skall gå till väga. I detta steg planeras så att både den nya rollen är färdig för att implementeras och så att vårdomgivningen som den skall implementeras i är redo att ta emot den nya rollen. Det är också viktigt att få ut informationen kring vad den nya rollen är och hur den ska arbeta till alla intressenterna. I detta steg är det viktigt att göra upp en plan för vilka mål som önskas uppnå, hur man mäter dem och inom vilken tidsram de mätes och förväntas visa resultat. Ett viktigt mätinstrument är patientåterkoppling. Återkopplingen kan ske på flera olika sätt och de som passar bäst i den aktuella situationen bör väljas. Den som skall börja jobba som AKS behöver ha den skolning som krävs för att sköta rollen. I vissa fall kan det behövas extra skolning, inskolning, expertkunskap. Det är då viktigt att AKS har denna kunskap innan rollen startar i gång. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Administrationen och ledare har en stor inverkan på hur väl rollen kommer implementeras. Det är viktigt att ledarna visar sitt stöd. Ledarna kan visa sitt stöd genom att lyfta fram rollen, presentera AKS för viktiga kollegor, ge över en del ledarskapsuppgifter, uppmuntra delaktigheten i vårdmiljön samt arrangera skolningar och andra utvecklingsmiljöer. Förutom dessa uppgifter är det viktigt att ledarna tydligt visar sitt stöd till implementationen av rollen. Administrationen är även de som ger AKS resurser och ser till att de har tillräckligt med resurser för att utföra sitt yrke. Detta kan vara fysiska utrymmen, teknologi, apparater och vårdutrustning. Tidigare forskning har visat att det är bra för rollen ifall den leds av en sjukskötare i ledarskapsroll. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Steg 7

Steg sju bygger på steg sex genom att genomföra den plan som arbetats fram i steg sex. Detta görs i en logisk ordning där man börjar med att informera intressenter och ordnar den skolning som behövs. Efter det kontrolleras att administrationen och ledarna stöder idén och att de regler, policyer och rutiner som behöver uppdateras är uppdaterade. När detta förberedande arbete är färdigt är det dags att rekrytera de nya avancerade kliniska sjukskötarna. Efter rekrytering påbörjas inskolning och eventuellt om så behövs vidare utbildning. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Steg 8

Efter att rollen introducerats till den nya vårdmiljön är det viktigt att utvärdera vilken påverkan den haft. Under utvärderingen är det viktigt att man tar i beaktande vilken typ av vård AKS ger, vilken struktur som är uppbyggd runt rollen, processer kring AKS och resultat. I den initiala fasen av utvärderingen av rollen bör fokuset ligga på resultat och hur man nått målen. Fokuset bör även vara på patienten, säkerhet, acceptans, kostnadseffektivitet, och rollacceptans. Utgående från utvärderingen finns möjlighet till förbättring och utveckling av rollen. Ifall man inte ser en tydlig påverkan kan detta bero till exempel på att AKS haft för få vårdkontakter. Då kan man försöka styra rollen till att ha mera direkt patientkontakt. AKS har själv skyldighet att följa upp vilken påverkan rollen har. Detta kan AKS göra genom att dokumentera hur mycket tid som spenderas med patienter, hur många konsultationer som blir gjorda, vilket utvecklingsarbete som blivit gjort, medverkan i forskning mm. Även den återkoppling kring rollen som kommer till AKS bör dokumenteras. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Steg 9

Steg nio är även det utvärdering av rollen men i detta skede ser man på den långvariga utvärderingen. Utvärderingen slutar inte efter att rollen implementerats och den första utvärderingen blivit gjord. Utvärdering av rollen bör ske kontinuerligt. Eftersom rollen konstant utvecklas så även vården och vårdmiljön så är det viktigt att utvärdera vartefter. Denna utvärdering kan ske till exempel årligen. Implementationsstadiet kan ta upp till flera år. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

4 Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att få en översikt över hur den avancerade kliniska sjukskötarens roll implementerats i hemvården och hur rollen kunde implementeras i Finland. Vilka arbetsuppgifter och ansvarsområden som kan höras åt den nya rollen. Arbetet ämnar också se på vilken roll ledarskapet har i den nya rollen och i implementationen.

Frågor som detta arbete önskar hitta svar på är följande:

- Hur kan den avancerade kliniska sjukskötarens roll implementeras i hemvården, vilka uppgifter hör till den nya rollen och vilken påverkan har den på vården?
- Hur syns ledarskapet i den avancerade kliniska sjukskötarens roll, vem leder den avancerade kliniska sjukskötarens roll och hur kan ledarna stöda implementationsprocessen av den avancerade kliniska sjukskötarens roll?

5 Metod

Detta arbete har använt sig av metoden kvalitativ scoping review. Scoping review valdes för att få en bred översikt över befintligt material. Eftersom den avancerade kliniska sjuksköterskan redan implementerats i andra länder så finns det forskning gjord på implementationsprocessen. Resultatet är framtaget genom att använda metoden innehållsanalys.

5.1 Kvalitativ metod

Kvalitativ metod uppstod som en motpol till kvantitativ metod. Det diskuterades mycket kring kvalitativ metod vs. kvantitativ metod. Kritiken och bristerna i den kvantitativa metoden fick forma den kvalitativa metoden. Ibland kallas kvalitativa data också för ”mjuka data” eller etnografi. Etnografi som term är relativt ny men anses kunna vara den bästa benämningen då den inte ses som kvantitatives motsats. Men termen etnografi har i sig problematik med att den lätt kopplas till endast viss typ av datainsamling. Kvalitativa metoder är än idag den mest använda benämningen. (Ahrne & Svensson, 2022, s. 9)

Kvalitativ metod dominerar forskning inom det humanistiska området. Kvalitativ metod är mångsidig och kan genomföras på olika sätt. Det finns dock en del egenskaper som kännetecknar kvalitativ forskning. En kvalitativ forskning fokuserar ofta på deltagarnas perspektiv på det aktuella ämnet. Forskningen genomförs ofta också på en naturlig plats. Datat som insamlas är oftast bilder eller ord. Ofta kommer datat också från ett flertal källor i stället för endast en. I den kvalitativa forskningen spelar forskaren en stor roll. Materialet tolkas och resultatet är utgående från tolkningen. (Kristensson, 2014, s.115–116)

Fokuset på den kvalitativa forskningen ligger inte på till exempel sjukdom eller tillstånd utan fokuset ligger i stället på den upplevda ohälsan eller måendet samt hur den drabbade beskriver situationen. Den kvalitativa forskningen ser alla människor som unika varelser med egna upplevelser och tolkningar. Vid kvalitativ forskning måste man alltid tänka på sammanhanget och helheten eftersom materialet påverkas av utomstående faktorer. Med kvalitativ forskning kan man inte mäta något, till exempel effekt, hur frekvent något sker eller jämföra grupper. Målet är inte heller att generalisera resultatet. Syftet ligger däremot på att få en djupare förståelse för ämnet och skapa en bild, teori eller modell. (Kristensson, 2014, s.116–117)

Kvalitativa data kommer från bilder, intervjuer, dagböcker, filmer observationer mm. Kvalitativa data kan delas in i tre grupper. Den första är intervjuer som ger personliga åsikter och kommentarer. Den andra är observationer av olika slag. Den tredje är av redan skriven text. Oberoende av hur datat samlats in så är det alltid ett visst djup. Hur djupt datat är beror också på studien och vad man är ute efter. Det kvalitativa datat kan analyseras på olika vis. Oftast avgör typ av studie hur analysen görs och ofta görs analysen så att materialet ordnas upp och sedan söker forskaren efter likheter, teman och mönster. Tolknigen i sin tur görs oftast genom att forskaren söker betydelse och tillför mening. Detta kan göras genom att söka samband och förklaringar. Ibland görs analys och tolkning parallellt. Resultatet av forskningen leder alltid till text. Oftast presenteras det i olika kategorier. Ibland kan även olika teorier och modeller tas fram. (Kristensson, 2014, s. 117–118)

5.2 Scoping review

Metoden scoping review används oftast när man vill kartlägga ett ämne, när ämnet är väldigt brett eller när är ute efter att se om det finns luckor i kunskapen kring ämnet. Med en scoping review kan man få en bra översikt över breda eller outforskade ämnen. Enligt Mak och Thomas guide till scoping review från 2022 har scoping review 5 steg som bör följas för en lyckad forskning. (Mak & Thomas, 2022)

Steg 1 - Identifiera forskningsfrågan.

Första steget i en scoping review är alltid att man identifierar forskningsfrågan, alltså det man önskar få svar på med undersökningen. Det är viktigt att fundera över bredden på vad man är ute efter. Om man med sin undersökning försöker få svar på en allt för bred frågeställning kan arbetet lätt bli för överväldigande, medan om man har en väldigt begränsad frågeställning så kan det vara svårt att hitta material och undersökningen tappar sitt djup. Innan man bestämmer sig för forskningsfrågan kan det vara bra att sätta sig in i ämnet och snabbt kolla igenom vilken litteratur som finns. Detta kan också avgöra om scoping review är rätt metod för just den undersökningen. (Mak & Thomas, 2022)

I detta arbete söks svar på hur den avancerade kliniska sjuksköterskan kan implementeras i hemvården, vilka uppgifter AKS kan ha samt hur rollens implementation påverkar vården. Samtidigt ser arbetet på ledarskap, hur det påverkar AKS och implementationen. För att få svar på det har ett antal forskningsfrågor ställts, dessa står uppräknade under kapitel fyra med rubrik ”Syfte och frågeställning”.

Steg 2 - Identifiera relevant litteratur

Steg två i processen är att identifiera relevant litteratur. För att hitta den mest relevanta litteraturen är det viktigt att fundera över vilka sökord, databaser och ämnen man använder. Ifall det kommer allt för mycket icke-relevant litteratur behöver man kanske ändra sökorden men det samma kan vara om man inte hittar tillräckligt med litteratur. Vid behov kan strategin behöva ändras för att resultatet skall bli bättre. Det är också viktigt att inklusions och exklusionskriterierna är i linje med forskningsfrågan. (Mak & Thomas, 2022)

För att få det mest passande resultatet användes flera olika sökord i flera olika söktjänster. Innan den riktiga insamlingen började gjordes flera olika testsökningar som varken dokumenterats eller tagits med i arbetet. På detta vis fås en överblick över den information som finns tillgänglig samt hur den mest relevanta informationen hittas med den minsta möjliga störning. Skribenten märkte att de sökningar som gav mindre resultat inte innehöll mer än några passande artiklar. Trots att sökorden och sökmotorerna byttes ut kvarstod problemet. Vid de sökningar som fick många resultat hittades passande artiklar. Skribenten valde därför att göra de sökningar som gav massor med träffar. Detta drog dock ut på tiden det tog för datainsamlingen avsevärt.

Steg 3 - Välj ut material

Efter att relevant litteratur identifierats och forskaren känner att de hittat rätt strategi för insamlingen kan själva insamlingen påbörjas. Det är viktigt att tydligt klargöra vilka inklusions och exklusionskriterier som gäller för arbetet. För en bättre översikt kan dessa skrivas ut på skilt papper eller i skilt dokument medan undersökningen genomförs. Ifall flera forskare går igenom materialet och väljer ut vilka som skall vara med går denna process snabbare. Å andra sidan är fördelen med att en och samma forskare sällar genom materialet att valet blir mera enhetligt. I stadiet när litteraturen väljs ut är det viktigt att forskaren läser både titeln och abstraktet. Man kan inte utgå endast från titeln eftersom den kan vara missvisande. (Mak & Thomas, 2022)

Här under finns en tabell över inklusionskriterier och exklusionskriterier som använts. Inklusionskriterier är bland annat vilket årtal artikeln kommit ut, vad artikeln handlar om, vilket språk den är på och hur den svarar på forskningsfrågorna. Insamling av materialet till forskningen skedde mellan juni och september 2023. För en noggrannare beskrivning se tabellen nedan. Insamlingen av datat gjordes av en person. Detta gjorde att valet av artiklarna hölls enhetligt. Det gjorde dock både att processen tog lång tid.

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Publicerat mellan 2013–2023 (10 år)	Publicerat före 2013
Berör ämnet hemvård, AKS och implementation. Eller Berör ämnet ledarskap och AKS.	Berör inte ämnet hemvård, AKS och implementation eller ledarskap Eller ledarskap och AKS.
Tillgänglig på språken svenska, engelska, finska.	Inte tillgänglig på språken svenska, engelska, finska
Betjänar syftesställningen och svarar på forskningsfrågorna.	Betjänar inte syftesställningen och svarar inte på forskningsfrågorna.
Fulltext tillgänglig	Inte tillgång till fulltext

Insamlingen av materialet presenteras i tabellerna nedan:

AKS, Hemvård, Implementation.						
Portal	Sökord	Datum	Resultat	Utvalda efter titel	Utvalda efter abstrakt	Utvalda efter hel artikel
Ebsco	“home health care” “nurse practitioner or advanced practice nurse or apn or np” och “implementation”	16.09.2023	22	0	0	0
Ebsco	“home health care” “nurse practitioner or advanced practice nurse or apn or np”	16.09.2023	197	7	1	0
Ebsco	“home” “nurse practitioner or advanced practice nurse or apn or np” och “implementation”	16.09.2023	22	1	1	1
Pub med	(home healthcare) AND (nurse practitioner) OR (NP) OR (advanced practice nurse) OR (APN) AND (implantation)	16.09.2023	868	47	6	5
Pub med	“Implementing nurse practitioner home care”	22.10.2023	242	20	7	4
Totalt:			1351	75	15	10

Ledarskap och AKS						
Portal	Sökord	Datum	Resultat	Utvalda efter titel	Utvalda efter abstrakt	Utvalda efter hel artikel
EBSCO	leadership or leader AND nurse practitioner or advanced practice nurse or apn or np	19.11.2023	301	24	3	1
PUBMED	leadership[Title] OR leader[Title] AND nurse practitioner[Title] OR advanced practice nurse[Title] OR apn [Title] OR np[Title]	23.11.2023	547	5	1	1
EBSCO	manager of AND nurse practitioner or advanced practice nurse or apn or np	23.11.2023	276	7	4	3
EBSCO	Supervision AND nurse practitioner or advanced practice nurse	23.11.2023	32	3	2	2
Totalt:			1156	39	10	7

Alla 2507 artiklar som hittades i sökningarna har screenats och valts ut på basis av titeln. 114 blev utvalda utgående från titel, av dessa lästes allas abstrakt. Efter att abstrakten granskats valdes 25 artiklar ut för att granskas i sin helhet. Dessa 25 artiklar lästes igenom och de som uppfyllde inklusionskriterierna valdes ut. Totalt utvalda artiklar är 17st. 10st hittades med fokus på AKS implementation i hemvård och 7st hittades med fokus på ledarskap kring ämnet.

Steg 4 - Kartläggning över datat

Efter att materialet valts ut behöver det kartläggas. Detta görs genom att gruppera datat i den litteratur som används och presenterar det tydligt. På ett tydligt sätt ska det framkomma författare, årtal, studieobjekt, resultat, begränsningar och framtida möjligheter. Beroende på vilket ämne man studerar kan andra kategorier bli aktuella. (Mak & Thomas, 2022).

Den litteratur som används i detta arbete finns presenterat i bilaga 1 som kan hittas i slutet av arbetet. Litteraturen är presenterad i grupperna: författare, titel, årtal, land, studiedesign och material, syfte, resultat.

STEG 5 - Bearbetning av material och resultat.

När allt material är insamlats ska det kategoriseras och kodas. Detta för att relevant material skall kunna samlas och presenteras i forskningen. All information som tas med skall relatera till den aktuella forskningsfrågan. Olika mönster och teman som framkommer i forskningarna blir till temagrupper i resultatet eller kategorier. Detta gör att liknande data samlas på samma ställe. De olika mönster, grupper eller kategorier som framkommer kan vara små och likna varandra, dessa kan då kopplas ihop till en större kategori. (Mak & Thomas, 2022).

I detta arbete görs bearbetningen med metoden Innehållsanalys, Innehållsanalys beskrivs under nästa underkapitel.

5.3 Innehållsanalys

I alla forskningar behöver man på något sätt analysera data. Meningen med forskningar är att man skall kunna analysera och samla data för att sedan dra realistiska slutsatser. Innehållsanalys som metod är speciell. Den kan både användas på kvalitativa forskningar och kvantitativa forskningar. Den kvantitativa innehållsanalysen har sina rötter från forskningar inom media. Den kvalitativa innehållsanalysen har sina rötter i sociala forskningar. Båda typerna av innehållsanalys används dock inom diverse olika forskningsområden och är inte bundna till något visst område. (Bengtsson, 2016)

Det första steget i en innehållsanalys är att bekanta sig med materialet genom att läsa genom datat många gånger. Detta gör att forskaren får en förståelse för vad allt datat innehåller. Att skapa sig en uppfattning om vad det handlar om i det stora hela innan datat bryts ner i mindre kategorier är väsentligt. Meningar och stycken som svarar på forskningsfrågan och syftet av forskningen plockas ut. Dessa meningar och stycken paras ihop med andra meningar och stycken som hör ihop genom att likna varandra. De meningar och fraser som väljs ut får en kod så man kan sätta ihop datat. Datat delas upp i grupper med huvudgrupper och undergrupper. När datat har identifierats och grupperats läses datat igen igen för att säkerställa att all väsentliga data tagits med och grupperats. All data som svarar på syftet och forskningsfrågan bör ingå i forskningen. (Bengtsson, 2016)

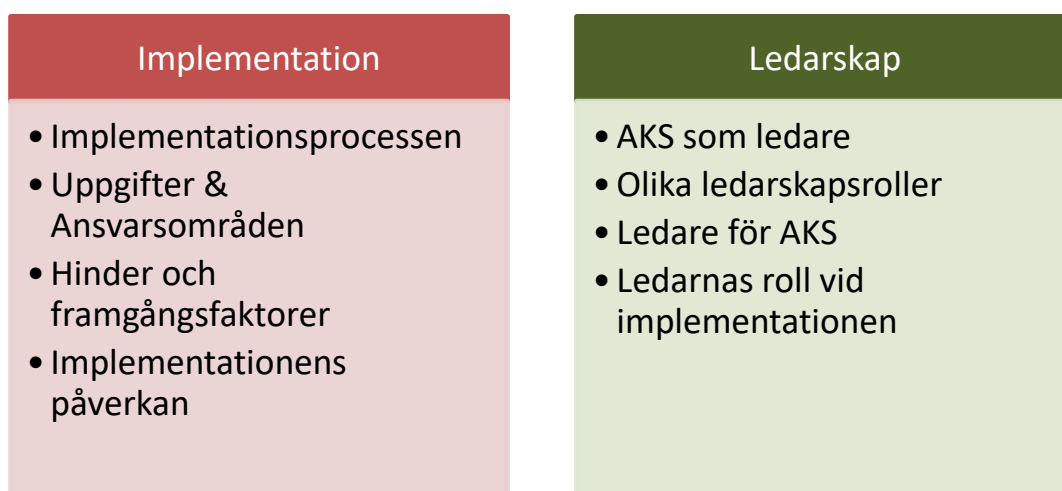
Utvalt data gås igenom noggrant. Onödiga ord tas bort för att komprimera datat. Det utvalda datat kan även förkortas genom att liknande texter läggs ihop och innehållet på så vis minskas men ej går förlorat. Datat läggs sedan in i teman och kategorier. Kategorierna skall

göras så att ett data endast behandlas i en kategori. Datat får inte heller falla mellan kategorierna eller lämnas bort. När kvalitativt data behandlas är det viktigt att forskaren håller sig neutral och objektiv. Resultatet presenteras genom att referensera texterna. Vid intervju eller enkätstudie kan forskarna ofta använda sig av citat från informanterna. Vid textdata behandlas texten oftast och refereras till original datat. (Bengtsson, 2016)

Artiklarna som ingår i detta examensarbete har lästs flera gånger tills tydliga teman framkom. Olika meningar och stycken har sedan satts in i olika kategorier som passar ihop. Dessa kategorier har sedan fått presentera resultatet.

6 Resultat

Resultatet presenteras i två huvudkategorier: Implementation i hemvården och ledarskap. Dessa huvudkategorier motsvarar varsin frågeställning i arbetet. Under dessa huvudkategorier har resultatet sedan samlats i mindre underkategorier för att förtydliga resultatet. Se figuren nedan.



6.1 Implementation i hemvården

Huvudorsaken i forskningarna till att implementera en AKS var att byta ut typen av vård som ges patienter/klienter. Idén är att implementera en kunnig yrkesperson som kan ta över en del av de fall som idag vårdas av läkare, förbättras kvaliteten på vården samt tillföra nya tjänster. Den ökade belastningen på läkarna gör att de inte hinner ta emot alla klienter. Detta är som följd av den åldrande befolkningen, ökande av multisjuka klienter samt överföringen

av tidigare specialvårdsuppgifter till primärvården. Om AKS kunde ta emot en del av klienterna kunde läkarna fokusera på de mer komplexa klientfallen. (Biezen et.al, 2017)

Kvaliteten och kontinuiteten förväntas öka när en AKS anställs till vårdmiljön. Genom att implementera en AKS var målet även att öka tiden per besök för klienter samt minska väntetiden. AKS bidrar också med ett annat synsätt eftersom de har sina rötter i sjukskötarrollen. Detta var något som sågs som en stor fördel. AKS rötter kunde även bidra till ett bättre samarbete mellan övrig vårdpersonal och med nya tjänster så som bättre översyn över den äldre befolkningen, förebyggande vård, hembesök samt specialvård. (Biezen et.al, 2017)

6.1.1 Implementationsprocessen

Implementationsfasen i studierna som ingick i Chouinard m.fl. varade två till sju år. Att anställa och implementera två AKS samtidigt har många fördelar. De har då stöd av varandra, kan dela tankar och vid frånvaro är det enklare att täcka varandra. (Chouinard et. al., 2017) Det finns många faktorer som påverkar valet att implementera AKS i en ny vårdmiljö. Biezen m.fl. (2017) tar i sin artikel fram sex olika områden som påverkar valet att implementera eller inte implementera AKS. Dessa är Organisationella faktorer, faktorer som berör professionellt samarbete, faktorer som hör ihop med läkarnas arbetsbörda och jobbnöjdhet, faktorer som berör läkarnas tidigare erfarenheter med AKS, visionen av AKS yrkesroll, osäkerhet kring yrkesrollen.

Planering

Planering är viktig vid implementationen av AKS. I forskningarna som ingår i Biezen med fleras forskning visade det sig att primärvårdsmottagningar planerade bättre medan läkare med egna mottagningar inte planerade implementationen innan de tog in en AKS. (Biezen et.al, 2017) Innan AKS implementeras behöver en plan göras upp för hur och var AKS passar in. (Sangster-Gormley et.al., 2013) Planen behöver utgå från den aktuella situationen och lokaliseringen. Man behöver utvärdera hur samhället ser ut, hurudan befolkningen är och vilka behov som finns i området. Implementationen är mycket mer sannolik att lyckas när dessa faktorer tagits i beräkning. (Strachan et.al., 2022) En framtidsplan och förväntningar behöver klargöras redan i implementationsstadiet. AKS behöver en fysisk plats att praktisera på. AKS behöver också passa in i teamet. Oftast hamnar man att förändra hela teamets uppbyggnad vid implementationen. Utveckling av teamet bör påbörjas redan i

planeringsfasen. Det är också viktigt att intressenterna vet vad rollen betyder i detta skede samt vilka uppgifter och ansvar som hör till AKS. (Sangster-Gormley et.al., 2013)

Tidigt i implementationsprocessen behöver det göras upp en tydlig rollbeskrivning. I den skall framgå AKS ansvar, uppgifter och gränser. Detta säkerställer en smidigare implementation. (Biezen et.al, 2017; Boman et.al., 2019) Att sätta skriftliga gränser kan vara svårt inom äldreården eftersom den är så mångsidig och i ständig förändring. Det är dock viktigt att AKS själv vet sina gränser tydligt. (Lovink et.al., 2018) Eftersom det inte finns en klar och tydlig internationell rollbeskrivning för AKS behöver varje organisation göra en egen som passar för deras behov och situation. (Biezen et.al, 2017)

En klar och tydlig vision för AKS rollen bör tas fram redan innan implementationen. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017; Leede-Brunsveld et.al., 2023) Brist på en tydlig vision av rollen kan negativt påverka implementationen eller i värsta fall hindra den. (Lovink et.al., 2018; Leede-Brunsveld et.al., 2023) Konflikter i rollansvar och uppgifter mellan läkare, AKS och sjukskötare kan skapa hinder för lyckad implementation. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Det är viktigt att involvera intressenterna tidigt i implementationsstadiet. (Biezen et.al, 2017; Antypas & Kirkevold, 2020) Ifall man inte lyckas få med berörda intressenter i ett tidigt stadie kan detta försvåra till exempel finansieringen av implementationen. (Biezen et.al, 2017) Implementationen påverkar många avdelningar, ledarskapet, HR, finansieringen, mm. Det är viktigt att se till att de resurser som behövs finns innan implementationen påbörjas till exempel att AKS får tillräckligt med arbetstid. Att skapa ett stödnätverk för AKS anses som viktigt men även väldigt tidskrävande. Detta kräver att olika instanser kan samarbeta och jobba tillsammans för att stöda AKS. (Biezen et.al, 2017) Läkarna borde vara delaktiga i implementationen. Tidigare forskning har visat att läkarnas deltagande har varit bristfälligt. Om läkarna deltog kunde det också leda till bättre förståelse och stöd av dem. I de fall där läkarna har deltagit kände de ibland att deras åsikter inte togs i beaktande. (Antypas & Kirkevold, 2020)

Förberedelser för implementation av AKS tar mycket tid. Det är många olika saker som det behöver tas beslut kring. (Biezen et.al, 2017) I en del implementationer av AKS har långtidsplanen saknats. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017) Saknande av långtidsplan kan bero på okunskap kring rollen eller en osäkerhet. Bristande långtidsplan leder till osäkerhet. (Biezen et.al, 2017) I långtidsplanen borde ingå hur man planerar att rollen i framtiden skall fortsätta, vad som händer när AKS byter arbetsplats eller går i

pension, vem som tar över och hur dessa personer väljs/hittas. För att rollen ska kunna implementeras ordentligt behöver man kunna lita på att rollen kommer vara kontinuerligt närvarande även i framtidens vårdteam. (Strachan et.al., 2022) Det behöver också göras upp en plan för hur man går till väga när AKS är borta. Antingen sjuk eller på semester. Vem som tar över vilka ansvarsuppgifter. (Antypas & Kirkevold, 2020)

När det kommer till mål för AKS är det viktigt att man inte gör dem för generella. Målen borde återspegla det som AKS tillför vårdmiljön. (Antypas & Kirkevold, 2020) Hur AKS vård och kliniska insatser förväntas påverka vården och vårdmiljön bör tydligt framkomma. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Handling och Förändring

Rollen kommer utvecklas under implementationstadiet. Vid varje implementation behöver man fundera över vad som fungerar, vad som ej fungerar och vad man är ute efter. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Antypas & Kirkevold, 2020). Vartefter man sett vad behovet är och hur rollen kan passa in så växer och utvecklas rollen, uppgifterna och ansvaren. AKS har ett stort eget ansvar i utvecklingen av rollen. (Antypas & Kirkevold, 2020)

Alla implementationsplaner är under utveckling och förändras vartefter implementationen framskrider. Det är viktigt att låta naturliga förändringar ta plats och inte hålla sig för strikt till planen. (Chouinard et. al., 2017) Förändringar i rollen och uppgifterna kan ske på grund av många olika orsaker. Det kan vara brist på patienter, något som inte fungerar, behov mm. Förändringarna sker ofta för att bättre passa samhället och patienternas behov. Tidigare projekt och specialteam kan minska på antalet patienter som finns tillgängliga för AKS beroende på vårdmodellen. (Antypas & Kirkevold, 2020) Genom att triagen vet vem de kan skicka till AKS redan i intagningsfasen förstärks samarbetet med det multiprofessionella teamet och allmänheten. (Strachan et.al., 2022) Organisationella förändringar kan också ändra på AKS yrkesroll eller uppgifter. Till exempel vid omorganisering eller omstruktureringar. Det kan också vara utvecklandet av andra yrkesroller eller team som påverkar AKS. Även ändringar i finansiering eller andra externa element kan skapa behovet av förändring. Orsaken till förändring kan också vara viljan att optimera rollen. Samma implementationsplan kan lyckas olika bra på olika ställen på grund av olikheter i organisationen, teamuppbyggnad och brist på resurser. Förändringar kan också vara i riktlinjer eller målgrupp. till exempel vilken typ av klienter AKS besöker eller vilken ålder. Att modellen ändras och utvecklas vartefter gör att man kan nå ett bättre resultat. I en av

fallen som ingick i Antypas och Kirkevolds forskning flyttade de AKS kontor till samma ställe som hemvården hade sina kontor. Denna fysiska ändring förbättrade samarbetet mellan AKS och hemvården. (Antypas & Kirkevold, 2020)

Att ändra sättet klienter kommer till AKS kan också bli aktuellt. Åtminstone i de fall där detta verkar funka mindre bra. I många fall är det meningen att triagen, sjuksköterna eller läkaren skall referera klienterna till AKS. Om detta inte funkar optimalt har många ställen gått över till att AKS själv väljer ut sina klienter utgående från deras situation. Det tar tid att anpassa sig till förändringar. Tid behöver också finnas för utvärdering, förändring och anpassning av rollen. AKS i sin natur är väldigt anpassningsbara och processen att anpassa modellen påbörjas ofta utan bekymmer. (Antypas & Kirkevold, 2020)

Utvärdering

Trots att rolldefinitionen är viktigt i ett tidigt stadie är det även viktigt att det finns rum för förändring och uppdatering av den. Vartefter implementationen framskrider och man utvärdera den kan man anpassa rollbeskrivningen. (Biezen et.al, 2017) Oväntade händelser eller situationer kan också göra att man blir tvungen att se över rolldefinitionen. Rollbeskrivningen kan också behöva ändras utgående från organisationens behov. Utvärdering och ändring av rollbeskrivningen är något som tar tid under implementationen. Medan rollbeskrivningen formas kan AKS vara begränsad i sina uppgifter. Man behöver vara beredd att det tar tid innan kollegor fullt förstår och kan definiera rollbeskrivningen av AKS. AKS förmåga att nå upp till förväntningar var tätt kopplade till hur bra implementation utförts. (Sangster-Gormley et.al., 2013)

I Strachan m.fl. (2022) kom det fram hur viktigt det är med utvärdering och mätbart resultat. Bristen på tillgången till adekvat utvärdering kan leda till att implementaionsprocessen blir haltande, rollen blir outvecklad och undervärderad. Utvärderingen fokuserar ofta på att se till att AKS kan ge trygg och säker vård. Därför är mätarna ofta fokuserade på extrema fall och incidenter. Detta berättade inte så mycket om deras verkliga påverkan på vården. En annan faktor som mäts är patientnöjdhet. I denna kategori var responsen väldigt positiv.

AKS själv hade ofta en stark känsla av att de positivt påverkat vårdmiljön. Så var även ledarna som var positiva till hur implementationen positivt påverkat samhället. Båda AKS och ledarna hade dock ofta svårt att komma på kvantifierbara förbättringar. Ofta fanns det inte heller några dokument för att stöda detta. (Antypas & Kirkevold, 2020)

6.1.2 Arbets- och ansvarsuppgifter

AKS jobbar med en bred grupp patienter. AKS ses som pålitliga autonoma beslutstagare. AKS kan jobba på mottagningar, vårdinrättningar eller i patientens eget hem. Till deras uppgifter hör bedömning, diagnostisering, utredning, att göra upp vårdplaner, remitteringar och konsultationer. Uppgifterna varierar ofta beroende på primärvårdsenhetens och samhällets aktuella behov. (Strachan et.al., 2022) På mindre orter hamnar AKS oftast att ta sig an mer krävande fall och ta på sig fler roller. (Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Holistiskt förhållningssätt

Den avancerade kliniska sjukskötaren jobbar på ett holistiskt sätt. (Wells & Tolhurst, 2021; Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023) AKS holistiska arbetssätt värderades högt och inkluderar psykosocial vård. (Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023) Det gör även att AKS kan ta hand om familjen samt anhöriga. (Sangster-Gormley et.al., 2013)

AKS fokuserar på hela människan och dess omgivning. I hemvården är detta av fördel. Eftersom AKS har sina rötter i sjukskötarrollen kan hen även utföra uppgifter som hör till sjukskötare. Detta kan bidra med mervärde eftersom AKS kan utföra uppgifter från flera roller i ett och samma besök, då slipper klienten ha flera personer som kommer in och gör endast sina uppgifter. På detta sätt blir även vården mer kontinuerlig. Att AKS kan göra uppgifter från olika yrkesroller kan även medföra problem. Detta kan göra att AKS yrkesroll blir svårdefinierad och att kollegor inte riktigt förstår vad deras ansvar och uppgifter är. (Wells & Tolhurst, 2021)

Ökat ansvar

AKS kan antingen ha egna klienter eller dela dem med läkare. AKS konsulterade vid behov läkare. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Chouinard et. al., 2017) Läkaren anses ha huvudansvaret för patienterna oberoende hur vården och ansvaret är uppsatt. (Strachan et.al., 2022) AKS är tränade i medicin och vård men vet också sina begränsningar och kan avgöra när det är dags att konsultera läkaren. Detta kan vara en snabb konsultation eller genom att boka in en tid till läkaren och ge över klienten. (Sangster-Gormley et.al., 2013)

I Poghosyan och Lius forskning kom det fram att ungefär hälften av de AKS som deltog hade egna klienter. AKS diskuterade inte alla patient med läkaren utan endast då det krävdes. (Poghosyan och Lius, 2016) Så var även fallet i Chavez m.fl (2017). De tar emot patienter/klienter med kroniska problem och gör en bedömning samt påbörjar vård.

I en del fall blir AKS en ersättare för en läkare. (Chavez et.al.,2017; Strachan et.al., 2022). I de fall jobbade AKS på samma sätt som läkare utan desto mer förändring eller utveckling av den vård som gavs. AKS arbetsuppgifter var dock oftast något lättare och sådana som läkarna kände sig säkra i att ge över. AKS kan dock bidra med många positiva nya attribut till vården så som förebyggande vård och hembesök. Det kan försvåra utvecklingen och formandet av rollen om fokuset ligger på att ersätta läkare i stället för att skapa en ny roll och förnya vårdteamet. (Strachan et.al., 2022)

Patienter sållas till AKS via triagen (Strachan et.al., 2022). AKS tar hand om mera krävande fall än vad vanliga sjuksköterna gör (Sangster-Gormley et.al., 2013). Korrekt triage av patienter tillåter AKS att ta en bit av arbetsbördan av läkare. AKS kan då sköta sådana fall som är inom deras tillämpningsområde. (Strachan et.al., 2022)

I Roots och MacDonald's forskning från 2014 kom det fram att AKS jobbade med direkt primärvård ca 80–90% av deras arbetstid. AKS kunde bättre betjäna befolkning som tidigare var i en utsatt situation genom att förse dem med vård även utanför primärvårdens mottagning. (Roots & MacDonald, 2014) AKS tar ofta hand om mindre krävande sjukdomar och vårdproblem. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017; Strachan et.al., 2022) Exempel på åkommor som AKS jobbade med var: problem med öron- näsa- hals, muskeloskeletala systemet, influensa, hudproblem postoperativ vård, akuta problem, palliativ vård, vård av äldre, vård av barn (Biezen et.al, 2017) gynekologiska problem (Sangster-Gormley et.al., 2013; Roots & MacDonald, 2014; Biezen et.al, 2017), sjuk hals (Sangster-Gormley et.al., 2013), psykiskt sjuka, äldre och sköra, diabetes, hjärtsvikt. (Roots & MacDonald, 2014). AKS jobbar ibland med kroniskt sjuka patienter. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Roots & MacDonald, 2014; Biezen et.al, 2017; Lovink et.al., 2018) AKS jobbar också med förebyggande vård. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017) Och egenvård (Sangster-Gormley et.al., 2013). De patientfall som oftast ansågs inte höra till AKS var små barn under 1 år, neurologiska-, psykiska-, och hjärtproblem samt buksmärtor. (Biezen et.al, 2017)

På en del ställen ordnade AKS även dropp-in tillfällen. Detta kunde vara på olika evenemang eller i samarbete med olika gemenskaper i samhället. Dessa tillfällen fokuserade ofta på hälsofrämjande, information och utbildning av befolkningen. (Roots & MacDonald, 2014)

Vård av äldre

När rollen implementerades i England i början på 2000-talet introducerades den som en case manager för äldre och sköra. Målet var att minska sjukhusintagning och akutvårdsbesök. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Fokuset i vård av äldre borde ligga på vad den äldre fortfarande kan göra i sitt eget hem och hur man kan stöda detta. Tillgången till vård för dessa patienter kan vara bristande. Det finns inte tillräckligt med kunnig personal och vården har långa tider och är långt borta. Dessa faktorer leder ofta till fler sjukhusintagningar. För att vårda äldre behöver man ha expertkunnande i geriatrik och kunna jobba på ett holistiskt sätt. Brister som ses i äldrevården är brist på uppföljning, samarbete, tid och resurser. (Boman, et.al., 2019)

I många länder där AKS för tillfället implementeras satsar AKS på kroniskt sjuka. I USA där rollen funnits längst jobbar många AKS med äldre. Uppskattningsvis jobbar upp till 86% av AKS med den äldre befolkningen i USA. (Chavez et.al., 2017) Leede-Brunsveld et.al.'s forskning nämner att AKS ofta jobbar med sköra äldre, koordinerade av deras vård och uppmuntrar till självständighet. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Koordinerande av vård är en viktig uppgift i vården av äldre. (Lovink et.al., 2018; Boman, et.al., 2019) Äldre har ofta många olika sjukdomar och vårdgivare. Detta kräver en god koordinering mellan de olika vårdgivarna. Många anser att det vore bra om den äldre hade en vårdgivare som fungerade som huvudvårdgivare och att denne kunde sköta kontakten mellan olika vårdgivare. (Lovink et.al., 2018)

AKS sköter ofta om den förebyggande vården av äldre. Det kunde till exempel vara hembesök i förebyggande syfte eller utvärderingar av den äldres helhetssituation. AKS var också involverad i multiprofessionella möten gällande sköra äldre. AKS kunde också genomföra medicinska eller vårdinriktade åtgärder. (Lovink et.al., 2018)

Uppgifter och ansvar inom hemvården

I hemvården har AKS implementerats i två olika modeller. Antingen som ett substitut till läkare eller som tillägg till läkare. AKS ger både kontinuerlig vård och akut vård åt klienter i deras hem. (Chavez et.al., 2017) AKS fokuserar ofta på att stöda de äldre så de kan bo längre i hemmet. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Det är vanligt att det är AKS som gör hembesöken till klienter som inte klarar av att ta sig till hälsovårdscentralen. (Lovink et.al., 2018) Wells och Tolhurst (2021) fann att AKS är kapabla och passande att göra akuta hembesök. Deras kunskaper och förmågor är passande för att vårda klienter i deras hem även vid akut försämring. I Biezen m.fl. (2017) var alla deltagare överens om att AKS vore lämplig yrkesroll att göra hembesöken. Chavez m.fl. (2017) har även de kommit fram till att implementation av AKS i hemvården har många fördelar och att de är passande att ta hand om klienter i en hemmasituation.

Vård i klientens hem gör att vårdssituationen blir speciell. AKS jobbar då i klientens eget hem. Detta gör i sin tur att dynamiken mellan vårdare och klient blir mer neutral. Att vårda klienten i dess hem skapar även bättre förutsättning för holistisk vård. Hemmet kan också berätta saker om klienten utan att klienten själv tar upp dem. Till exempel kan hemmet tala om hur det dagliga livet fungerar och hur ohälsan/sjukdomen påverkar det dagliga livet. Med hemvård kommer även risker. AKS jobbar självständigt i huset vilket gör att hen är i en utsatt situation om något skulle hända. Delvis kan det handla om AKS säkerhet men även möjligheten att konsultera kollegor. (Wells & Tolhurst, 2021)

AKS kan under hembesök på ett personcentrerat sätt undersöka, diagnostisera och påbörja behandling. Verktöget Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) används ofta vid hembesök hos äldre. Detta verktyg kan användas för att upptäcka sådana åkommor som inte tidigare diagnostiserats. (Chavez et.al., 2017)

På många ställen har man också testat multiprofessionella team i hemvården. I dessa ingår oftast AKS, läkare, geriatriker, socialarbetare mm. I dessa team jobbar AKS i tätt samarbete med andra kollegor. AKS har oftast som uppgift att göra en bedömning och använder ofta sig av CGA verktyget. AKS har då också ansvaret över att ta fram, se över och följa upp den individuella vårdplanen. Detta görs i samarbete med läkarna. (Chavez et.al., 2017)

AKS får ofta en högre hierarkisk placering än sjukskötare i hemvården men utan förmans uppgifter. Detta betydde att AKS själv kunde bestämma hur mycket tid varje klient behövde utan att följa de normala tidsramarna som hemvårdens personal hade. De kunde också välja

ut vilka klienter som behövde deras tid. Det är viktigt att AKS samarbetar med hemvårdsteamet men inte blir bara en till arbetare inom hemvården. Då når rollen inte sin optimala funktion. (Antypas & Kirkevold, 2020)

Icke patientrelaterade uppgifter

I Biezen m.fl kom det fram att icke patientrelaterade uppgifter ej hade prioriterats i implementationsfasen av AKS. De ansåg att sådana uppgifter kunde tillkomma när AKS var mer erfaren och rutinerad. Förslag på sådana uppgifter var multiprofessionella möten, ordnande och koordinering av äldres vård och framtagande av olika protokoll. (Biezen et.al., 2017) AKS tränar och undervisar ofta sina kollegor. (Roots & MacDonald, 2014; Biezen et.al., 2017; Boman et.al., 2019) Detta är något som kollegorna uppskattar och som ofta leder till att de känner sig mera involverade i arbetsplatsen. (Roots & MacDonald, 2014) AKS kunde funka som en konsult för sjuksköterna. Detta ansågs speciellt viktigt i hemvården. (Boman et.al., 2019) Även undervisning av befolkningen är något som AKS jobbar med. (Roots & MacDonald, 2014)

6.1.3 Hinder och framgångsfaktorer för en lyckad implementation

En stor orsak till att vilja implementera AKS är svårigheter att anlita eller hålla kvar läkare. Behovet att förnya vårdmodellen med fokus på teamwork var också en drivande faktor för implementationen. (Strachan et.al., 2022) Implementationen av AKS är en komplex process som påverkas av många utomstående faktorer. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Arbetsuppgifter och egenskaper

Den avancerade kliniska sjuksköterskan kan bidra med en mer mångsidig vård eftersom de har sina grunder i sjukskötarrollen. Erfarenhet på olika vårdställen ses som en fördel då det ytterligare breddar erfarenhetsområdet. AKS bidrar därför med något helt nytt till organisationen. (Biezen et.al, 2017) AKS egenskaper kan göra att implementationsprocessen blir smidigare. Chavez m.fl. (2017) nämner att samarbetsförmågan med olika professioner, ordnandet av vård, coaching och djup klinisk vårdbedömning är sådana egenskaper som AKS besitter och som även kan vara gynnsam för implementationen.

Att AKS inte har egna klienter/patienter kan leda till att de inte kan nå sin fulla potential i rollen. Att ta tillvara AKS fördjupade kunskaper gör att klienterna får en bättre vård samt

kan minska påfrestningen av den växande gruppen med kroniska sjukdomar. Att hålla tillbaka AKS autonomi kan också hindra samarbetet i teamet och kan även göra att rollen blir svårdefinierad. Forskningen visar att i de team där AKS har autonomi så är de mer delaktiga i samarbete. (Poghosyan & Liu, 2016)

Brist på tillräcklig medicinsk kompetens ansågs som en hindersfaktor för implementationen. Kollegor, speciellt läkare, var oroliga att AKS inte hade den fördjupade kunskap som krävdes för att vara autonom vårdgivare åt äldre. Kollegornas osäkerhet kring säkerställandet av kompetensen hindrar implementationen. Man ansåg att inte enbart bevisandet av kompetens räckte. Det krävdes också tid och engagemang att få kollegorna att lita på AKS och deras bedömning. (Boman et.al., 2019) Eftersom äldrevården är väldigt krävande och bred finns det tvivel på om AKS klarar av att ta hand om äldre. Detta kunde motverkas med ett nära samarbete med läkare och lätt tillgång till konsultation. (Lovink et.al., 2018)

Att introducera övriga uppgifter till AKS ansvarsområden kan vara en framgångsfaktor för implementationen av AKS. Till dessa uppgifter kan höra ledarskapsuppgifter. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Rolldefinition och Titel

Eftersom AKS rollen är ny kan okunskapen kring vad den är försvåra implementationen. (Biezen et.al, 2017; Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023). Rollen kan även vara främmande och otydlig för patienterna. Detta kan leda till att patienter vägrar tid hos AKS. Detta kan försvåra implementationen och skapa behov av att se över hur man bäst använder sig av AKS rollen. Detta riskerar också att AKS blir mera som ett substitut för läkaren än en ny roll. (Strachan et.al., 2022) När AKS introduceras som en ny roll kan det uppstå problem både med att fastställa vilka ansvarsuppgifter och arbetsuppgifter som hör till rollen. Eftersom AKS jobbar mellan en sjukskötare och läkare kan detta ytterligare försvåra tydligheten av rollen. (Wells & Tolhurst, 2021) Sangster-Gormley m.fl. (2013) skriver i sin forskning att hur pass bra intressenter förstår vad AKS rollen betyder och vad en AKS är i stor omfattning påverkade hur de accepterade rollen. Tidigare erfarenheter kunde förenkla processen.

En tydlig rollbeskrivning ses som en framgångsfaktor för implementation av AKS. (Strachan et.al., 2022) Olika organisationer har jobbat med att ta fram en rollbeskrivning, riktlinjer och regler. Dessa sågs som framgångsfaktorer av intressenterna. (Strachan et.al., 2022) Efter

utveckling av AKS rollbeskrivning och kompetenser i Scotland förbättrades förståelsen för rollen och utvecklingen av den framskred. Detta tyder på att klarhet och kunskap om rollen snabbar på implementationen. (Strachan et.al., 2022)

En Internationell standardiserad rollbeskrivning skulle undvika förvirring hos kollegor och göra att AKS kan praktisera till sin fulla potential. Olika åsikter i vad som är de mest passande klientgrupperna försvårade ytterligare. I en del av de fallen där det fanns rollbeskrivning använde de ofta den rollbeskrivning som tagits fram för läkarna. För en lyckad implementation bör rollbeskrivningen ses över och vara tydlig. Det är också viktigt att ha en tydlig rollbeskrivning och tydliga arbetsuppgifter och ansvar. (Biezen et.al, 2017)

Svårigheter i att få en skyddad och erkänd titel på AKS kan förhindra implementationsprocessen. (Chavez et.al., 2017) I Strachan m.fl. (2022) nämner de också om att felanvändning och inkonsekvent användning av titeln på grund av okunskap eller missförstånd försvårar implementationen av AKS.

Stöd av läkare

Strachan m.fl. skriver i sin forskning att bristen på kunskap om AKS skapar motstånd till rollimplementationen. Läkare kan även vara rädda för vad implementationen av den nya rollen kommer betyda för dem. (Strachan et.al., 2022) Påverkan som implementationen av AKS skulle ha på läkarnas arbetssituation ansågs både positivt och negativt. Några läkare var positiva till omställningen då detta kunde betyda att de har mera tid för de mera komplexa fallen medan andra ansåg att det kunde bli tungt att endast ta hand om de mer komplexa fallen. Att man inte kunde lova att läkarnas arbetsbörda skulle minska såg läkarna som något negativt. Läkarna var även rädda att tappa rutinen i att sköta de mindre krävande fallen. Läkarna hade också en rädsla att saker skulle missas eller inte tas hand om i tillräcklig mån om de gav över ansvaret. Det framkom också att läkarna inte kände till AKS begränsningar och möjligheter. (Biezen et.al, 2017)

Stödet av läkarna var viktigt för implementation av AKS. Läkarnas tidigare erfarenheter påverkar deras nivå av stöd vid implementationen. (Poghosyan & Lius, 2016; Biezen et.al, 2017) Rollen är ofta ny för läkarna. Och de är osäkra på vad den innebär. (Biezen et.al, 2017; Wells & Tolhurst, 2021) Det framkom även att läkarna kunde kritisera AKS roll i primärvården. (Biezen et.al, 2017) De läkare som tidigare hade arbetat tillsammans med AKS var oftast mer positivt inställda till att implementera AKS i organisationen. Även

kollegors positiva erfarenheter av att samarbeta med AKS kunde vara en framgångsfaktor vid implementationen. Läkare som inte hade tidigare erfarenheter av AKS var ofta tveksamma. (Biezen et.al, 2017)

Skepticism av läkare mot AKS kan hindra implementationen av dem i primärhälsovården. Läkarna kan vara skeptiska till vilken påverka implementationen verkligen kommer ha och om det kommer påverka vården positivt. (Leede-Brunsveld et.al., 2023) Läkarna kan också vara ovilliga till att dela uppgifter och klienter med AKS. (Lovink et.al., 2018) Om läkarna i stället litar på AKS kan detta påverka implementationen mycket positivt. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Stöd av övriga intressenter

Samarbetet med den övriga personalen är viktigt. Ifall den övriga personalen stöder implementationen av AKS går implementationen smidigare. (Biezen et.al, 2017) Speciellt i de fall där den person som börjar jobba som AKS var känd sedan tidigare gick implementationen smidigt. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017) Många kollegor kan vara skeptiska till rollen för att de inte riktigt vet vad den är eller om den verkligen kan påverka vården positivt. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Okunskap eller missförstånd från kollegor kan försvåra implementationen av AKS. (Chavez et.al., 2017; Strachan et.al., 2022) Ofta kan de det även bero på rädsla för vad implementationen skall innebära (Strachan et.al., 2022). I de fall där kollegor var införstådda i vad planen var för AKS så kan det ändå finnas oklarheter i hur de praktiskt skulle arbeta eller hur de skulle samarbeta med personalen. I många fall kan kollegor vara med och ta fram rolldefinitionen. Om möjligt kunde detta ske mellan kollegor och AKS i samråd. (Sangster-Gormley et.al., 2013)

Att involvera intressenter i ett tidigt stadie av implementationen ansågs viktigt. (Sangster-Gormley et.al., 2013) Om intressenterna inte är involverade i implementaionsfasen försvårar detta implementationen och gör att teamet ej är förberett. Bristande involvering kan leda till att kollegor ifrågasätter AKS roll när hen arbetar. (Sangster-Gormley et.al., 2013) Klienter som inte vet vad AKS är kan vara motvilliga att ta emot hens tjänster. Detta försvårar implementationen och gör att man får sätta ner mer tid på att informera och uppmuntra klienter att ta emot tjänsterna. Det kan också försvåra uppbyggnaden av tillit till AKS. Intressenter behöver ofta tid på sig att acceptera och förstå rollen. Detta gäller både kollegor

och övriga intressenter. För kollegor behövdes det att de blev bekanta med och förstod avsikten med rollen samt att de hade byggt upp ett förtroende till AKS innan de accepterade den nya rollen. I de fall där intressenter inte vet vad rollen är eller vad dess uppgifter är kan det försvåra implementationen genom att samarbetet inte fungerar. När AKS konsulterar specialister eller refererar klienter till sjukhus kan det orsaka problem om rollen är okänd. Detta gör att AKS inte kan arbeta till sin fulla potential. (Sangster-Gormley et.al., 2013)

Samarbete

En framgångsfaktor för att implementationen skall lyckas är samarbete mellan AKS, läkare och övriga kollegor. (Van Erp et.al, 2021; Strachan et.al., 2022) Detta möjliggör också multiprofessionella team. Samarbetet med den offentliga sidan är också viktig för implementationen. En arbetskultur som värderar alla samarbetspartners och har en god förståelse för AKS roll och deras samband till kollegor sågs som en framgångsfaktor och något som kunde leda till bättre arbetsnöjdhet i det multiprofessionella teamet. Samarbetet i de multiprofessionella teamen leder inte bara till att AKS rollen utvecklas, även andra roller kan bättre funktionera till sin fulla potential. (Strachan et.al., 2022) Samarbete och möten kan vara betydelsefulla för implementationen. När specialistsjukvård i primärvården given av AKS implementerades så var det mycket viktigt med stödet av olika aktörer i specialistsjukvården. (Van Erp et.al, 2021) Ifall samarbetet inte fungerar kan det vara ett hinder för implementation. AKS måste bland annat kunna konsultera och diskutera med sina kollegor och olika vårdgivare. (Van Erp et.al, 2021)

Fysiska möjligheter

Det behöver finnas de fysiska möjligheterna att vara verksam som AKS. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017) AKS behöver ett mottagningsrum eller ett arbetsrum. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017; Van Erp et.al, 2021) Rummet behöver också vara passande för ändamålet. Brist på utsett fysiskt utrymme försvårar och försenar implementationen och kan göra att AKS inte kan praktisera till fulla potential. (Sangster-Gormley et.al., 2013) Även när implementationen av AKS sågs vara fördelaktig kunde bristen på fysiska utrymmen och utrustning vara ett hinder. (Biezen et.al, 2017) Det behöver också finnas ändamålsenlig utrustning tillgänglig. (Van Erp et.al, 2021)

Otillgängliga patientjournaler kan orsaka problem när AKS skall vårda klienter samt försvårar samarbetet till kollegor. (Van Erp et.al, 2021; Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023) Olika datasystem och bristen på linkar mellan dessa orsakade informationsbrist och svårigheter att nå patienters journaler. Dessa svårigheter kan i sin tur påverkade implementationen av rollen. (Strachan et.al., 2022)

Finansiering och kompensation

Finanssvårigheter kan försvåra implementationen av AKS. Budgeten måste tillåta anställningen av en AKS. Både implementationsprocessen, träningen och introduktionen av en ny yrkesroll kan vara väldigt kostsam. (Biezen et.al, 2017; Chavez et.al., 2017) Boman m.fl. (2019) säger att det är viktigt att påvisa åt politiker och andra intressenter varför AKS behövs för att trygga finansieringen.

Eftersom AKS är dyrare än en vanlig sjukskötare gör det dem sårbara vid förändringar inom hemvården. (Antypas & Kirkevold, 2020) Även när finansieringen för tillfället var tryggad oroade sig primärvårdsorganisationerna och ledarna för framtida finansiering. De ville veta hur regeringen i framtiden skulle finansiellt stöda AKS rollen. Frågor så som framtida möjlighet till studieledigt och klinisk träning ansågs viktiga. (Strachan et.al., 2022)

AKS lön motsvarar inte den utbildning de genomgått eller deras ansvar vilket kan orsaka ovillighet att stanna kvar i rollen. (Boman et.al., 2019; Leede-Brunsveld et.al., 2023) Utbildade AKS kan vara frestade att jobba med annat eller ta andra högre betalande roller i stället. Detta kan hindra implementationen av AKS. (Leede-Brunsveld et.al., 2023) Högre lön anses som självklart av många eftersom AKS har år av erfarenhet, fördjupad kunskap och höjt ansvar. (Boman et.al., 2019)

Utbildning

Utbildningen sågs som en framgångsfaktor för implementationen av AKS. (Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023). Utbildningen gör att man kan påvisa den kunskap som AKS besitter. De främjar också samarbetet mellan kollegor. Utbildning i ledarskap på alla nivåer ansågs väsentligt. Det akademiska synsättet gör även att man kan dela ramverk och kompetenser. En strukturerad koordinerad utbildning som satsar på kunskap, kompetensutveckling och klinisk träning sågs som en framgångsfaktor. (Strachan et.al.,

2022) Avancerad kunskap i kliniska sammanhang, medicin mm. är en framgångsfaktor för implementationen av AKS. Ordentlig utbildning och träning säkerställer att AKS kan ge god vård och utföra kliniskt avancerade uppgifter i klientens eget hem. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Svårighet att rekrytera

Möjligheten att implementera AKS kräver också att det finns utbildade AKS som är intresserade att jobba med arbetsuppgifterna. Vid introduktion av en så ny roll kan det bli problem att hitta erfaren AKS. (Biezen et.al, 2017) På mindre orter hamnar AKS ofta att ta på sig många olika roller, ansvar och uppgifter. Detta kan skapa problem med rekrytering av AKS samt att upprätthålla det breda kompetensområdet. Speciellt i de fall där det kliniska stödet är bristfälligt. De flesta AKS är i medelåldern och den totala inskolningsprocessen tar två till tre år. Många AKS blir också lockade till andra positioner på grund av högre löner. (Strachan et.al., 2022)

Politik och organisation

Osäkerheten kring lagar och regler gällande AKS kan påverka villigheten att anställa AKS. Hur rollens ansvar och uppgifter utvecklas påverkar i sin tur hur rollen passar i organisationen. Denna oklarhet orsakar också problem med att arbeta fram en långtidsplan. Det vore viktigt att ur den politiska synvinkeln få klara regler och direktiv för hur rollen skall fungera. Även en tydlig linje i finansieringen skulle vara fördelaktig för implementationen. (Biezen et.al, 2017)

Vid implementationen av AKS behöver man fundera över hur det påverkar organisationen. Det kan påverka finansiellt eller genom omstrukturering. Övriga anställda kan behöva information om vad den nya rollen betyder samt vilka klientfall som hör åt dem. Till exempel de sjukskötare som sitter i triagen behöver veta när de kan hänvisa klienter till AKS. (Biezen et.al, 2017) Organisationella riktlinjer kring AKS rollen kan försvåra implementationen. Om AKS inte får jobba autonomt och till sin fulla potential så hindrar det ordentlig implementation av AKS. När AKS i stället har fått praktisera autonomt och till sin fulla potential kan detta vara en framgångsfaktor. Klara rolldefinitioner, hur kommunikationen sker, koordination, ledarskap samt dess ordnade är mycket viktiga framgångsfaktorer vid implementationen. (Van Erp et.al, 2021)

6.1.4 Påverkan av implementerad AKS

Vid implementation av AKS har organisationen och intressenter ofta förväntningar på hur AKS kommer påverka vården och vilket resultat man kommer se av implementationen. En av dessa förväntningar är att AKS skulle leda det multiprofessionella teamet samt att genom dessa team ge högkvalitativ och effektiv vård. På teamnivå förväntade man sig att AKS skulle tillföra mer flexibilitet i vården och en större valmöjlighet av vårdgivare. Detta skulle i sin tur fria upp mera tid för läkarna. Det fanns också farhågor kring implementationen. Kollegor var oroliga för hur implementationen skulle påverka deras jobb. Läkare var oroliga för att de skulle bli fast med endast de svåra och tuffa patientfallen, eller missa att få göra sådant de tyckte om. Läkarna tyckte dock att det var bra att sjuksköterskor fick mera karriärmöjligheter. (Strachan et.al., 2022)

Implementationen av AKS i primärvården och hemvården är likvärdig eller bättre än traditionell vård av läkare på många plan. Vården som ges av AKS använder lika mycket resurser som läkare. (Chavez et.al., 2017)

Patientnöjdhet

Patienterna/klienterna var nöjda med den vård de fick av AKS. (Chavez et.al., 2017; Leede-Brunsveld et.al., 2023; Safari et.al, 2023). Det kunde ibland var missförstånd i hur vården av AKS var uppställd. Några patienter förväntade sig att AKS skulle besöka dem regelbundet även om de mådde bra. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

AKS tar sig tid för klienterna, frågar dem om de funderar på något och ger dem tid för att ta upp det som är viktigt för dem. Det faktum att klienterna själv fick berätta vad som var viktigt för dem gjorde också att deras behov kom fram bättre. Även kontinuiteten i att träffa samma vårdgivare var väldigt uppskattat av de äldre klienterna. En av besökarna sa att han saknade besöken av AKS efter att testperioden var över. (Safari et.al, 2023)

Anhöriga var även väldigt nöjda med den uppmärksamhet de fick av AKS. AKS gav dem information om sjukdomar, behandling och psykosocialt stöd. Detta var högt värderat av anhöriga och patienter. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Tillgång till vård

Tillgången till vården blev bättre efter implementation av AKS. (Van Erp et.al, 2021; Leede-Brunsveld et.al., 2023; Safari et.al, 2023) Patienter ansåg sig få bättre tillgång till den vård de behövde eftersom AKS fungerade som deras advokat och såg till att de fick de tider och undersökningar som behövdes. AKS vet bättre hur man tar sig fram i primärvården och vilka vårdkedjor man skall följa. Patienterna kände också att de fick bättre tillgång till vård då AKS kunde erbjuda flera tjänster och vårdåtgärder på besöken. (Leede-Brunsveld et.al., 2023) Implementationen av AKS gjorde också att det fanns större valmöjlighet i vem som skulle ta hand om fallet. (Roots & MacDonald, 2014)

AKS kan vara kontakten mellan olika vårdgivare och på så vis förbättra tillgången till vård. AKS kan kolla upp ärenden gällande operationer, undersökningar mm. Hen kan också konsultera eller remittera till olika kollegor utgående från de äldres behov. AKS kan också berätta och informera om olika tjänster och program som finns tillgängliga. AKS valde sina rekommendationer utgående från flertal olika test, förfrågningar och en klinisk utvärdering. (Safari et.al, 2023)

Tillgången till vård för äldre blev bättre. Äldre och sköra hade ofta svårt att ta sig till och få vård på primärvårdens mottagningar. Detta ledde till att de ofta hamnade till akuten när situationen blev tillräckligt dålig. Efter implementationen av AKS fick dessa individer vård i sitt eget hem. AKS kunde även besöka dem på vårdboende. Den ökade tillgången till vård genom hembesök av AKS uppskattades av klienterna, anhöriga och kollegor. (Roots & MacDonald, 2014)

AKS kan ta över hembesök till klienter vilket skulle ta mycket tid av läkarna. Detta gör att både de klienter som behöver hembesök och de som behöver besök på mottagningen får bättre tillgång till den vård de behöver. (Jones et.al, 2018)

När primärvården tog över specialsjukvård med AKS var patienterna nöjda över att kunna bli utskrivna från sjukhuset tidigare, att ha bra tillgång till vård, förebygga återintagning och att kunna få vård i hemmet. De flesta deltagarna föredrog att få denna typ av vård över den traditionella specialsjukvården på sjukhus. Några var dock bekymrade över att bli lämnade ensamma i hemmet. (Van Erp et.al, 2021)

Väntetiden till vården blev kortare efter implementationen av AKS. (Roots & MacDonald, 2014; Strachan et.al., 2022) Väntetiden gick från veckor till dagar i Roots och MacDonald's forskning. Den förkortade väntetiden minskade fall som de hamnade skicka till akuten.

Primärvården kunde också öka antalet klienter per läkare eftersom vården var delad mellan AKS och läkare. (Roots & MacDonald, 2014)

Tillgänglighet

Det är mera sannolikt att sjukskötare, närvårdare och övrig personal tog upp de små bekymren gällande klienten med AKS än med läkare. AKS kan även vara länken mellan läkarna och övriga vårdpersonal i klientfrågor. (Roots & MacDonald, 2014; Boman et.al., 2019; Wells & Tolhurst, 2021) Både läkarna och övrig personal beskrev det som att AKS var bron mellan dem. Övrig personal kände sig mera bekväma med att komma med sina frågor och oro om patienter till AKS som sedan vid behov kunde ta dem vidare till läkaren. Läkarna tyckte även de att detta var en bra utveckling. (Roots & MacDonald, 2014) Klienterna anser också att det var lättare att ha en mer öppnare diskussion med AKS jämfört med läkare. AKS hade också oftare en mer djupare inblick i patienternas situation. (Boman et.al., 2019)

Efter implementation av AKS fick läkarna mer tid för klienterna och speciellt de som behöver deras expertis. Läkarna kan således fokusera på det område där de behövs mest. (Jones et.al, 2018; Strachan et.al., 2022) AKS har mer tid att sätta på sina besök med klienterna. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Roots & MacDonald, 2014; Lovink et.al., 2018; Leede-Brunsveld et.al., 2023) Läkarna hade ofta 10 minuters besök medan AKS besök ofta var 20–30 minuter. De gav också rum för patientutbildning, ofta med fokus på hälsoförebyggande vård. AKS hade också tiden att fokusera på helhetssituationen och patienternas vård i sin helhet. Dessa fördelar ledde till att planeringen av vården förbättrades, behovet av framtida besök minskades, tilliten till vårdgivaren förbättrades och patientengagemanget blev bättre. (Roots & MacDonald, 2014) Klienter uppskattade att AKS hade extra tid att ge dem och att besöken inte kändes forcerade och stressiga. De tyckte också om att AKS hade tid att noggrant förklara allting. (Sangster-Gormley et.al., 2013) AKS har också oftast mer tid för anhöriga. (Lovink et.al., 2018)

AKS kan ta upp flera olika punkter på samma besök vilket kan minska behovet av att boka in framtida besök. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Roots & MacDonald, 2014) AKS satsar mycket på att lära klienten och egenvård under sina besök. Dessa orsaker gör att AKS ibland kan behöva endast ett besök medan läkaren skulle behövt boka in flera besök för samma problem. (Sangster-Gormley et.al., 2013)

Ökad kvaliteten

AKS ökade kvaliteten på vården och stärkte vårdteamet i hemvården. AKS är bättre insatta i klienternas vård och det sociala nätverket. AKS stärkte hemvårdsteamet genom att coacha, lära ut, påminna om det ansvar de har och genom att vara lättillgänglig. (Lovink et.al., 2018) Det fanns en förväntan innan implementation av AKS att just det holistiska arbetssättet som AKS jobbar på skulle vara till fördel för patienterna. Det holistiska arbetssättet förbättrar kontinuitet och koordinerande av vård, genom att minska remitteringar till kollegor samt minskar väntetiden för vård samt förebyggande vård. Efter implementationen ansåg man att det holistiska arbetssättet bidrog till god vård. (Strachan et.al., 2022) AKS helhetssyn och personcentrerade vård bidrar till högre kvalitet i vården. (Antypas & Kirkevold, 2020; Leede-Brunsveld et.al., 2023) AKS motiverar patienterna att vara mer delaktig i sin egen vård och välmående. Fokuset skiftas ofta från vad har du för problem till vad är viktigt för dig. (Antypas & Kirkevold, 2020)

AKS kunnande inom krävande utvärdering, korrekt användning av riktlinjer och protokoll bidrog också till kvalitativ vård. (Strachan et.al., 2022) AKS påverkar hälsoindexet mycket positivt på sina patienter. Detta tros bero på att AKS erbjuder en personcentrerad vård med undervisning åt patienterna, uppmuntran till egenvård samt förebyggande vård. Det förbättrade allmäntillståndet samt ökade livskvaliteten av AKS insatser tros leda till att klienterna kan bo längre självständigt hemma. Vilket i sin tur minskar serviceanvändningen och kostnaderna på längre sikt. AKS insatser ledde också till bättre fysisk förmåga och förebygger fall i hemmet. (Chavez et.al., 2017)

AKS jobbade oftast med en mindre inrutad arbetsmodell. De hade bättre möjlighet att anpassa besöken och ta sig an olika roller. AKS var mer öppna för olika livsstilar och bra på att kommunicera med klienterna. De kunde också vara spindeln i nätet och arbeta med case management. (Roots & MacDonald, 2014) AKS kunde ta på sig helheten kring patienternas vård och koordineringen av den. Detta ledde till bättre kvalitet på vården och en positiv patientupplevelse. (Strachan et.al., 2022) Många patienter tycker också att AKS förmåga att koordinera vården förbättrar den. Patienterna vittnar om bättre kvalitet på livet och på vården efter implementation av AKS. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Klienterna i Safari m.fl. (2023) nämnde att det kändes som AKS verkligen brydde sig om dem vilket de tyckte ökade kvaliteten på vården. De kände att AKS inte bara kom hem till dem för att gå igenom sitt protokoll utan att hen verkligen var där för att hjälpa dem. När deltagarna skulle utvärdera AKS insatser gav alla åtta eller mera på en skala till tio.

AKS som deltog i specialsjukvård i primärvården projekten berättade om hur de upplevde att de gav kvalitativ vård åt klienterna. AKS var stolta över sitt arbete och kände att det dom gjorde var rätt utveckling. Man ansåg dock att de klienter som AKS tog hand om ibland inte passade AKS. En del var för avancerade patientfall medan andra kunde ha blivit skött av en sjukskötare. De ansåg att man behövde satsa på att sätta in rätt insatser åt rätt klient. (Van Erp et.al, 2021)

AKS fungerar som en bro till andra vårdgivare vilket även det i sin tur förbättrar kvaliteten på vården och förbättrar kommunikationen mellan andra vårdgivare och patienterna. (Leede-Brunsveld et.al., 2023) I Jones m.fl. (2018) ansåg läkarna att patienterna fick bättre vård efter implementation av AKS i hemvård vid sidan av läkare.

Kostnad

Då det gäller mångsjuka patienter som använder sig av mycket vård visade det sig att AKS i dessa fall var lika bra eller bättre på att ta hand om dessa patienter som läkaren. Man såg en tydlig minskning av användningen av resurser efter implementation av AKS i hemvården. I en del studier var kostnaden för vården efter implementation av AKS samma som tidigare. I några studier av kostnadseffekten av implementation av AKS i hemvården var resultatet att det blev mer kostnadseffektivt medan andra studier visar på att det inte skulle ha någon påverkan eller till och med dyrare. (Chavez et.al., 2017) I en av de studier som ingick i Leede-Brunsveld m.fl. framkom att AKS vårdande av klienter som bor ensamma hemma kunde bli dyrare än traditionell vård. (Leede-Brunsveld m.fl. 2023) Alla studier visade dock på att implementationen av AKS minskade användning av service och förbyggde sjukhusvård. Beloppet av dessa kostnadsbesparingar kan vara svåra att uppskatta. (Chavez et.al., 2017) Förebyggande vård kan ofta ses som kostsamt och tidskrävande. AKS jobbar mycket med förebyggande vård. I Lovink m.fl. (2018) visade det sig att den förebyggande vården ofta sparade pengar då insatsen sattes in innan något gick fel.

Efter implementation av AKS som ger specialsjukvård i primärvården visade många forskningar på en positiv påverkan på kostnad. Fyra studier visade att kostanden per besök blev billigare, kostnad under sjukhusvistelsen blev lägre samt andra direkta kostnadsinbesparingar. En av studierna visade inte på någon påverkan i kostnader medan en annan visade på signifikant lägre kostnad. (Van Erp et.al, 2021)

Användning av andra vårdtjänster

I Safari m.fl. (2023) såg man en något minskning i användning av olika vårdtjänster hos interventionsgruppen efter de deltagit i projektet där en AKS gjorde hembesök till äldre och bräckliga och utvärderade deras situation. Sjukhusbesök, nödsamtal och läkarbesök var de vårdtjänster som mättes. Denna förbättring var dock inte tillräckligt stor för att vara av märkbar betydelse.

Efter implementation av AKS till primärvården sjönk användningen av akutmottagningsbesök av primärvårdskunderna. En mätning visade att det sjönk med ca. 40%. (Roots & MacDonald, 2014) Även intagning till sjukhus och vårdinrättning minskade. (Roots & MacDonald, 2014; Jones et.al, 2018) I en forskning visade det sig att intagning av dessa klienter minskade med upp till 88%. Detta stämde i alla tre primärvårdssättningar som Roots och MacDonald såg på. (Roots & MacDonald, 2014) Även återintagning på sjukhus minskades märkbart. (Jones et.al, 2018)

När Van Erp m.fl. (2021) såg på intagning på sjukhus och remittering fann några forskningar ingen skillnad mellan specialistsjukvård i primärvården och den traditionella vården. Några forskningar rapporterade drastiskt minskning på intagning på sjukhus och remitteringar. Detta troddes bero på AKS möjlighet till mer avancerad sårvård och utskrivningsrätt. Två andra studier visade också på att specialistsjukvård i primärvården minskade intagning på sjukhus, återintagning och akutmottagningsbesök. En forskning visade att det blev fler konsulteringar till olika vårdgivare som fysioterapeuter, gipsare, hjälpmedelsutlåning mm. Detta troddes bero på att AKS såg klienternas behov bättre och kunde sätta in fler åtgärder. Minskning av sjukhusbesök tros även kunna minska väntetiderna för dem som behöver vård på sjukhus.

Samarbete och påverkan på andra vårdgivare

Läkarnas arbetsbörda minskades efter implementation av AKS. (Roots & MacDonald, 2014; Chouinard et. al., 2017; Lovink et.al., 2018; Leede-Brunsveld et.al., 2023). Läkarna hade extra arbete det första halvåret efter implementation. De behövde då stöda och hjälpa AKS. Efter ett halvt år började de i stället känna av positiva förändringar. Deras arbetsbörda blev mindre, och fallen mer utvalda. Samarbetet med AKS blev mer konsultativt. (Chouinard et. al., 2017) Implementation av AKS påverkade de övriga vårdgivarnas vardag. I många fall kunde de andra vårdgivarna fokusera mer på sådant som de ansåg viktigt eller intressant.

(Roots & MacDonald, 2014) Det som ansågs som negativt för läkarna var att deras fall blev mer krävande när AKS tog hand om de lättare fallen. (Lovink et.al., 2018)

Nöjdheten med arbetssituationen blev bättre hos kollegor. (Roots & MacDonald, 2014; Jones et.al, 2018) Nöjdheten med arbetssituationen ansågs bero på den ändrade ansvarsfördelningen och minskade behovet att ta hand om allt själv. Nöjdhet med jobbet bidrog i sin tur till en ökad vilja att stanna på arbetsplatsen. (Roots & MacDonald, 2014) Jones m.fl. (2018) skriver i sin forskning att flera av läkarna i forskningen kände sig mindre utbrända och mådde bättre efter implementation av AKS i hemvård. Alla läkare ansåg att implementation var värdefull och positiv.

Arbetet gick från individuellt arbete till mera fokus på teamwork. (Roots & MacDonald, 2014) Kommunikationen mellan vårdgivarna förbättrades. (Roots & MacDonald, 2014) AKS arbetssätt komplimenterar ofta arbetet av kollegor så som läkare, socialarbetare mm. AKS jobbar också ofta i multiprofessionella team där samarbete är viktigt. I dessa team kommer rollerna påverka varandras arbetssätt. Eftersom AKS kommer från en sjukskötarbakgrund så delar de viss kunskap med sjukskötarna. AKS kan därför i många fall samarbeta bra med sjukskötarna och stöda dem när det behövs. Läkarna anser att det är positivt för alla professioner att AKS kan göra en komplett vårdbedömning. (Leede-Brunsveld et.al., 2023) Samarbetet med sjukskötare och närvårdare ses som mycket viktigt. Så även samarbetet medövriga kollegor. (Antypas & Kirkevold, 2020)

Det behövdes ofta tid innan samarbetet med läkarna flöt smidigt. Läkarna behövde tid på sig för att se vad AKS klarade av och för att lite på dem. Detta påverkades också av hur mycket de varit delaktiga i planeringsfasen. Vart efter de fått mer kontakt och tiden gick började läkarna mer lita på AKS och förstå rollen. I vissa fall fick läkarna en mycket stor respekt och vågade lita på AKS till fullo. Då kunde AKS hjälpa läkarna vid behov och läkarna kunde göra sina beslut utgående från AKS bedömning. (Antypas & Kirkevold, 2020)

Implementation av AKS förbättrade kontakten mellan vårdinrättningen och samhället. Primärvården fick mera information om saker som gällde samhället och samhället fick bättre insikt i primärvården och dess tjänster. Detta ledde i sin tur till förbättrat samband och samarbete. (Roots & MacDonald, 2014)

6.2 Ledarskap

Ledarskapsdelen är uppdelad i 3 underkategorier; AKS som ledare, Ledare för AKS och ledares roll vid implementationen. Dessa kategorier kan i någon mån gå in i varandra eftersom de alla diskuterar AKS och ledarskap, kategorierna har dock distinkta skillnader och är olika underkategorier till ämnet.

6.2.1 Den avancerade kliniska sjukskötaren som ledare

Ledarskap är en viktig del av att praktisera vård på en mer avancerad nivå. Ledarskapsförmågor samverkar med flera andra färdigheter som behövs för att arbeta på en avancerad nivå inom vården. Ledarskapsförmågorna i kombination med andra färdigheter gör att AKS kan praktisera på just en mer avancerad nivå. De tillåter till exempel att praktisera utgående från evidensbaserad kunskap på ett sådant sätt att klienterna får en god vård som även är kostnadseffektiv. (Woods, 2021) I Strachan m.fl. (2023) framkom det att AKS ledarskapskunskaper oftast inte framkom eller diskuterades. Man ansåg dock att AKS hade en viktig uppgift att i framtiden leda och skola in nya kollegor. AKS kunde även dela med sig av sin kunskap och lära ut åt kollegor.

AKS behöver dagligen ledarskapsförmågor i sitt arbete. De behövs i samarbetet med kollegor, kliniska situationer, utveckling av vård och planer samt i de situationer där hen motiverar varför vården skall sättas upp på ett vist sätt. (Sangster-Gormley et.al., 2013) AKS deltar ofta på möten på ledarskapsnivå. De kan då där också tillföra deras syn på olika situationer. (Antypas & Kirkevold, 2020)

Den avancerade sjukskötaren behöver flera olika typer av ledarskapsförmågor. Wood skriver i sin artikel om fyra olika ledarskapsområden som de sjukskötare som arbetar på en avancerad nivå bör besitta. Dessa är kliniskt ledarskap, professionellt ledarskap, hälso- och sjukvårdsorganisations ledarskap och hälsopolitiskt ledarskap. Alla olika ledarskapsområden behöver sina egna kunskaper de går dock i någon mån in i varandra och har därför även överlappande kunskaper. (Wood, 2021)

Kliniskt ledarskap

Kliniskt ledarskap innehåller en rad olika färdigheter. Under kliniskt ledarskap hör att praktisera utgående från evidensbaserad vård, söka fram ny evidensbaserad kunskap och information, uppmuntra till klientens eget engagemang i vården, hälsofrämjande arbete,

framhålla vikten av egenvård, fungera som en mentor/coach/förebild, fungera som klinisk expert och ledare, analysera de organisationella processerna och se till att de är fördelaktiga för klienterna, fungera som länken mellan olika vårdgivare, se till att det praktiska är i linje med organisationens mål och strategi, samt vara med i utvecklingen av nya direktiv. (Wood, 2021)

Alla sjukskötare är ledare men kliniskt ledarskap men det överses ofta när man diskuterar ledarskap. Sjukskötare behöver kliniskt ledarskap i sina interaktioner med patienter/klienter, kollegor eller hälsovårdssystemet och organisationer. Ledarskapsroller kan gå in i varandra. Vissa kan vara ledare och jobba i ledningen medan andra kan vara ledare och jobba i vården. Ledarskapsrollen motiverar, inspirerar och får människor att samarbeta mot ett bestämt mål. Ledningen ansvarar över planeringen, budgeten, personalsituationen samt kontroll och problemlösning. (Wood, 2021)

Tack vare sina ledarskapskunskaper inom kliniskt ledarskap, forsknings- och vårdkunskaper kan AKS ta hand om helhetsvården av patienter. Detta gör också att de kan arbeta självständigt, diagnostisera och skapa nya modeller av vård. (Strachan et.al., 2022)

Professionellt ledarskap

Professionellt ledarskap har mycket att göra med den egna karriären och utvecklingen. Professionellt ledarskap innebär att man tar ansvar över den egna karriärmässiga utvecklingen, deltar i olika tillfällen där AKS roll diskuteras/utvecklas, skaffar sig nätverk, jobbar på att utveckla och implementera rollen samt ledarskapsförmågorna, jobbar i interprofessionellt team och bidrar med sin kunskap, jobb med forskning och skrifter. (Wood, 2021)

Eftersom rollen är ny och okänd för många kollegor så kommer det frågor av dem till AKS vad rollen betyder och vad de gör. AKS behöver i dessa situationer ta hjälp av sina ledarskapsförmågor och tala för vikten av sin roll, dess betydelse och påverkan. (Sangster-Gormley et.al., 2013) I många fall var kollegor, till och med läkare och ledare osäkra på exakt vad rollen gick ut på. De som jobbade som AKS verkade dock väldigt säkra på vad rollen var, vilka uppgifter som hörde till dem, samt deras förmåga att använda sig av sin kunskap och förmåga. (Antypas & Kirkevold, 2020) Sangster-Gormley m.fl. (2013) skriver i sin forskning av AKS ofta fick förklara sin roll och hjälpa kollegor att acceptera den nya arbetsdynamiken.

Utvecklingen till AKS tar ofta två till tre år. Hit hör utbildning, kompetensutveckling och klinisk träning. AKS har ett stort ansvar över sin egen utbildning och även sin kliniska utveckling. För de AKS som tidigare inte jobbat i primärvården krävdes ytterligare tid för att sätta sig in i hur dess system fungerade. (Strachan et.al., 2022) AKS anser att de får en bättre kommunikationsförmåga och samarbetsförmåga tack vare sin utbildning. Detta gör att de blir bättre på att samarbeta med olika kollegor. AKS har också en god förståelse för vad olika kollegor gör och vilka typer av tjänster de kan erbjuda. En av de AKS som intervjuades i Antypas och Kirkevolds forskning ansåg att dessa färdigheter hjälpte henne att bli en ledare i sin profession. En drivande kraft som professionellt ser till att förbättra vårdmiljön. (Antypas & Kirkevold, 2020)

AKS anses också vara en stor drivkraft i uppbyggnaden av multiprofessionella team. Hens goda samarbets- och kommunikationsförmåga anses var fördelaktig i utvecklingen av dessa team. AKS ser behovet och förstår vikten av samarbetet. Andra professioner kan ha svårt att jobba på det multiprofessionella samarbetet för att de är så upptagna och inne i det dagliga arbetet. (Antypas & Kirkevold, 2020) Övergången från individuellt arbete till multiprofessionella team kräver en förändring i hur vi ser på det traditionella ledarskapet. Det är inte längre fördelaktigt att hålla fast i den hierarki man tidigare haft i vården. I stället borde man satsa på att övergå till ett mer gemensamt ledarskap där man håller fram medkänsla och öppenhet för en ny kultur. (Wood, 2021)

AKS har ofta ett stort ansvar att se till att den egna utvecklingen och kunskapen hen besitter är uppdaterad och tillräcklig. Hen behöver själv fundera över vad hen behöver jobba på och ta tag i att skaffa den informationen. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Hälso- och sjukvårdsorganisations ledarskap

Hälso- och sjukvårdsorganisations ledarskap har att göra med allt runt omkring AKS rollen, det större hälsovårdssystemet. AKS ledarskapsuppgifter i detta område är att delta i utveckling och implementationen av nya standarder, identifiera problem och hinder, besitta information kring hur organisationerna fungerar, leda ett interprofessionellt team, positivt påverka arbetsgruppen, upprätthålla högt etiskt tänkande, planera och genomföra skolningar och träning för arbetsgruppen, delegera och överse arbetsuppgifter. (Wood, 2021)

Deltagarna i Sangster-Gormley m.fl. ansåg att AKS ses som en kompetent kunnig vårdgivare som ger krävande vård. AKS ses som en tillgång till vårdteamet. AKS arbetar på ett sätt där

hon ofta hamnar att samarbeta med olika kollegor och vårdgivare, hålla kontakt med dessa samt koordinera vården. AKS fungerar då i en ledarskapsroll där hon koordinerar vården för klientens bästa. (Sangster-Gormley et.al., 2013) Nätverkande och samarbete med olika kollegor i och utanför vårdteamet ansågs som en av AKS arbetsuppgifter. I det interprofessionella teamet tar AKS ansvar över informationsdelning och upprätthållande av information. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

AKS är ofta den som undervisar och lär upp övrig personal. (Roots & MacDonald, 2014; Biezen et.al., 2017; Boman et.al., 2019) Det framkom att AKS ofta kan ha det övergripande ansvaret över skolningar och fortbildning. AKS kan lära ut och lära upp kollegor men även ordna olika skolningar med utomstående aktörer. (Antypas & Kirkevold, 2020)

Hälsopolitiskt ledarskap

Hälsopolitiskt ledarskap är det område som har endast två punkter i Woods artikel. Att ta initiativ/visa och bistå med ledarskap i de politiska beslut som påverkar vården samt att hålla fram och påvisa nyttan av AKS och vården åt intressenter. Det finns dock flera olika ledarskapsförmågor som AKS besitter som går in i alla lådor och som därför inte går att dela upp enligt dessa områden. Dessa är: avancerade kommunikationsförmågor, att bygga upp en bra arbetskultur, mentorskap, bistå med insikter i etiska och lagliga frågor, att stå upp för patienter/klienter, använda sin kunskap om politik, lagar, ekonomi, finans för att effektivt implementera olika planer. (Wood, 2021)

AKS får oftast en ledarskaps och konsulterade roll i olika sammanhang. Det kan vara i strategisk utveckling av vården eller olika projekt. De håller då fram det kliniska- och vårdperspektivet. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Hur AKS själv ser på ledarskap

Den roll ledarskapet spelar i sjukskötarens arbete behöver bli förstådd för att sjukskötare lättare skall kunna avancera i sin karriär. Många nya AKS ser på ledarskap som något helt nytt och något som de aldrig praktiserat. Detta är inte sant då de behövt använda sig av ledarskapskunskaper i sitt arbete sedan dag ett som sjukskötare. AKS behöver visa att de besitter dessa ledarskapskunskaper för att även andra ska förstå att de har dem. (Wood, 2021)

Enligt Woods var de ledarskapsaspekter som avancerade sjukskötare själv ansåg att de jobbade mest med: patientfokuserat ledarskap och organisationsledarskap medan de ansåg att de hade minst att göra med hälsopolitik. En version av ledarskapsuppgifter kommer inte att passa alla AKS. Hur rollen, organisationen och arbetsuppgifterna ser ut kommer att påverka vilka ledarskapsroller den avancerade sjukskötaren kommer att behöva. Den avancerade sjukskötaren behöver utöver ledarskapskunskaper även autonomi. Att kunna jobba självständigt och ta egna beslut är direkt hopkopplat med ledarskapet. Båda behövs för att den avancerade sjukskötaren skall kunna praktisera i sin roll. (Wood, 2021) I Poghosyan och Lius (2016) nämner de att AKS värderade sin autonomi högt. Eftersom de då kan praktisera individuellt.

6.2.2 Den avancerade kliniska sjukskötarens ledare

För att en ny AKS ska kunna växa in i sin roll behöver det finnas både stöd och möjlighet till att lära sig de nya uppgifterna. (Wells & Tolhurst, 2021) I Strachan m.fl. (2022) hade bristen på finansiering och avsatt tid gjort att mentorskap och klinisk handledning var bristfälligt och icke standardiserat.

Förman

Förmannen har en viktig roll i att stöda AKS i deras rollutveckling. AKS ser ofta till dem för stöd och vägledning. Förmannen behöver stöda AKS i att hålla fast i deras vård grund, detta kan vara svårt om de kliniskt tränas av läkare. Förmannen stöder också den kontinuerliga personliga utvecklingen av AKS. Professionell isolering är en risk som AKS möter, detta bör förmannen vara medveten om och beredd att arbeta mot. (Strachan et.al., 2022)

AKS närmsta förman och ledare för teamet var olika beroende på organisationen. Vårdledare verkade vare de som bäst stödde AKS. När mer administrativa ledare så som servicechef (service manager) var förman för AKS hade de svårt att stöda AKS i rollutveckling, personlig utveckling, problemlösning mm. Förmannen satsade då mer på det administrativa och finansiella stödet. (Chouinard et. al., 2017)

Ansvarig läkare hade också en påverkan på stödet. Läkaren hade ofta ett ansvar över teamledarskapet. Ofta utvärderade läkare tillsammans med vårdledare hur det gått för AKS. Dessa utvärderingar koordinerades av vårdledaren. Vårdledaren tog ofta på sig en mer rådgivande roll för AKS. Läkaren ansvarade ofta över att ordna möten mellan olika

professioner. På dessa möten kunde man diskutera AKS utveckling och visionen för dem. Ansvarig läkare var ofta involverad i det dagliga samarbetet mellan olika professioner och hur samarbetet fungerade mellan teammedlemmar. Läkarna fick ofta själv hitta sin egen modell för att stöda AKS då ingen färdig modell fanns. (Chouinard et. al., 2017)

Ofta har AKS många olika ledare som sköter olika roller. Hur ledarskapet av AKS skall skötas verkar dock inte ännu hittat sin rätta form. Problem uppstår ofta i samarbetet och kommunikationen mellan de olika ledarna som leder AKS. Dessa ledare kommer ofta från olika enheter inom organisationen och kommunikationen mellan dem är bristande. Vårdledarna hade ofta ansvaret över implementationen av AKS och lönen men kände att de inte kunde ta huvudansvaret över AKS när det kom till den kliniska sidan. För effektiv ledning behövdes samarbete mellan vårdledare och ansvarig läkare. (Chouinard et. al., 2017)

Ledare inom vården satte stor vikt på att ordna nätverks träffar för AKS. Dessa tillfällen gjorde att de kunde diskutera och utbyta idéer och tankar. AKS som deltog i dessa träffar kom ofta från olika ställen och miljöer. På dessa möten kom det också fram ifall det fanns något behov av skolning eller träning. Det framkom också om det fanns några aktuella problem på något av vårdinrättningarna. Det samlade ledare, kliniska ledare och AKS på samma ställe. AKS som deltog på mötena såg detta som väldigt betydelsefullt. (Chouinard et. al., 2017)

Klinisk ledare

Klinisk handledning ökar patientsäkerheten. Ansvaret att de till att AKS får tillräckligt klinisk handledning ligger hos organisationen och ledningen. En stor del av klinisk handledning och utveckling sker i det dagliga arbetet i kliniska situationer. AKS ansåg att det är viktigt med feedback kring den kliniska biten. Både handledare och AKS ansåg att handledningen vore bäst om den skedde på ett strukturerat och dokumenterat sätt. Eftersom alla AKS är olika med olika erfarenhet så behöver det finnas rum för anpassning. Detta kommer också betyda att det antagligen behöver mer än en klinisk handledare. (Reynolds & Mortimore, 2021)

Klinisk översikt är en viktig faktor vid utvecklingen av avancerad roller inom vården. AKS bör ha en handledare som hjälper med utveckling av den kliniska delen. Det är viktigt att det finns tid undansatt till den kliniska handledningen både för AKS och för handledaren. Klinisk översikt kräver professionell-, klinisk- och ledarskapshandledning. Professionell och

klinisk handledning går ofta hand i hand. Klinisk handledning fokuserar på behovet av träning och kunskap medan professionell handledning fokuserar på utvecklingen. AKS kan behöva olika kliniska handledare beroende på vad utvecklingsbehovet visar. Den kliniska handledningen behöver inte göras av endast en handledare. (Reynolds & Mortimore, 2021)

I de fall där läkare har samma patienter som flera andra läkare och AKS så kan det lätt bli rörigt och orsaka problem. När AKS i stället jobbar med egna klienter och konsulterar läkaren vid behov blev det lättare att hantera vården. Läkaren fungerar då också mera som en klinisk ledare med översyn över AKS arbete. I båda modellerna är behovet av stöd från läkaren högst de första sex månaderna. Efter det minskade behovet vartefter AKS fick bättre självförtroende och klinisk expertis. (Chouinard et. al., 2017)

I många fall är läkare även i träningsfasen den kliniska ledaren för AKS. De överser den kliniska kunskapen. Detta ansågs som effektiv träning i kliniska situationer och beslutsfattande. Tyvärr är den oftast inte anpassad för AKS arbetssätt och fokuset ligger inte på AKS övriga kunskapsområden, vilket kunde leda till att AKS ansågs som ett läkarsubstitut. För att motverka detta anser AKS att det är viktigt med stöd från andra AKS, och nätverks möjligheter. (Strachan et.al., 2022)

Vårdledare kan i många fall vara delaktiga i den kliniska träningen och fungera som kliniska ledare. Antingen kan de vara delaktiga i liten mån eller ha huvudansvaret över den kliniska träningen. När huvudansvaret av den kliniska träningen ligger hos vårdledare verkar stödet till AKS bli högre. I de fall där det inte var vårdledare som hade huvudansvaret över träningen så vände sig AKS ofta till dem i alla fall för vägledning. (Chouinard et. al., 2017)

AKS kan också fungera som kliniska ledare åt varandra. Ofta utbyts stöd och lärdomar mellan AKS som jobbar på samma nivå. Ofta låg fokuset då på dagliga problem, dokumentation och klinisk kunskap. Även i de fall där dessa möten inte var utsatta av någon annan så kom ofta AKS tillsammans och lärde av varandra. Ibland kunde då mötena bli informella till exempel genom att träffas på fritiden. Detta tyder på att denna typ av kliniskt stöd är mycket viktigt för AKS. Även i implementationsprocessen var denna typ av stöd mycket viktigt. Ifall två AKS började samtidigt fann de mycket stöd av varandra. De kunde då fundera över kliniska problem och lösningar men även tänka på visionen för rollen, validera idéer gällande implementationen och föreslå förändringar. (Chouinard et. al., 2017)
(Chouinard et. al., 2017)

När AKS jobbar med specialsjukvård i primärvården så är det oftast en medicinsk specialist som fungerar som klinisk handledare och övervakar den kliniska biten av AKS arbete. (Van Erp et.al, 2021)

Kliniska handledare behöver få tillräckligt med tid för att kunna handleda AKS. Många handledare är bekymrade att de inte har tid för handledning. De ansåg att det borde finnas utsatt tid för handledning som inte får störas. (Reynolds & Mortimore, 2021)

Ledande intressenter

I Skottland prövade de att grunda en nämnd som hade som uppdrag att med sitt ledarskap hjälpa AKS-implementationsprocessen. Den innehöll en ledarskapsgrupp som övervakade utvecklingen av AKS. Gruppen skulle även bidra med att skapa ett nätverk för AKS som stödde inläring och utveckling av AKS. (Strachan et.al., 2022) I Chouinard et. al.'s forskning hade de skrivit ner i implementationsplanen att man skulle samarbeta med olika regionala och lokala kommittéer. Betydelsen av involveringen av dessa kommittéer var oklar. Varken positiv eller negativ påverkan kunde påvisas. Involvering av dessa verkade ej märkbart betydelsefulla, åtminstone inte efter den första fasen av implementation. Dessa kommittéer var oftast bildade för att ta fram vittomfattande allmänna riktlinjer. I implementationen av AKS ansåg man att det var bättre med mer specifika planer som var anpassade enligt just det behov som fanns. Då passade vårdledarna och enheten för vård bättre att ta ansvar över planeringen av implementationen. De kunde också bättre ta upp om aktuella problem. (Chouinard et. al., 2017)

Även i de systematiska ledarskapsuppgifterna var det enheter för vård som tog det största ansvaret. Ansvar över den kliniska biten, teamstöd, var ofta vårdledarens uppgift. Högre uppsatta ledare inom vården hade ansvaret över systematiska-, politiska och makronivå uppgifter gällande AKS. De hade en viktig uppgift att presentera och hålla fram AKS på olika möten och tillfällen. De talade för AKS rätt att diagnostisera, ordinera undersökningar och mediciner mm. Denna typ av uppgift var viktigt i alla steg av implementationen av AKS. Förutom detta var de också ansvariga över att lära ut och berätta om AKS och vad rollen betyder. De främjade implementationen av fler AKS på olika organisationer. De hade ofta inga formella möten med andra högre uppsatta ledare på samma positioner. I stället ordnade de ofta egna träffar för att diskutera dessa ärenden och nätverka. (Chouinard et. al., 2017)

6.2.3 Ledarnas roll vid implementationsprocessen.

Vid implementationen av AKS har organisationen och ledarna en viktig roll. I implementaionsfasen behövs stöd från olika håll. Det behöver stöd från administrationen, logistiskt stöd samt kliniskt stöd. Vid inrättandet av ny AKS har ledarna en roll i att se till att alla förutsättningar finns, att det finns ett rum och rättigheter till dator mm. Det är dock viktigt att förstå ledarnas roll även i det dagliga arbetet speciellt i början. (Sangster-Gormley et.al., 2013) Både mentorskap och klinisk översikt spelar en stor roll i implementationen av en ny AKS. (Wells & Tolhurst, 2021)

Ledarnas roll i implementation är kritiskt avgörande. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Boman et.al., 2019; Antypas & Kirkevold, 2020). Speciellt eftersom implementationen av AKS ändrar på strukturen av vårdorganisationen och kan hota gamla hierarkier. Ledarna behöver stå upp för och driva implementationen vidare. För att lyckas med denna uppgift behöver ledarna guida, stöda, motivera och kommunicera kring rollen. De behöver använda sig av flera olika ledarskapstaktiker för att få till verklig ändring. (Boman et.al., 2019) Ifall ledarna är skeptiskt inställd till implementationen av AKS kan det hindra utvecklingen och skada implementationen. Positiv inställning hos ledarna är mycket viktigt. (Leede-Brunsveld et.al., 2023) Antypas och Kirkevold (2020) utvecklar ytterligare och säger att det är både högre uppsatta ledare och närförmän som är involverade i utvecklingen av rollen.

Utveckling av rollen

Ledare i organisationen och politiska ledare har ett ansvar i utvecklingen av rollen och planeringen hur den skall användas. Ofta görs dessa planer upp i samarbete med AKS, ledare och politiker eller andra intressenter. (Antypas & Kirkevold, 2020)

Valet att implementera en AKS kommer oftast från ledarna och ledningen. Ofta hade ledningen diskuterat saken med läkarna innan implementationen och i samarbete med dem tagit beslut om att implementera AKS. Ledningen hade oftast inte pratat med övriga intressenter så som vårdarna innan de tog beslutet. Detta tros bero på att rollen var så pass ny att intressenterna inte hade kunskap om vad rollen var och hur den bäst kunde användas. (Sangster-Gormley et.al., 2013) I mindre organisationer verkade implementationen gå smidigare jämfört med de större organisationerna. Detta eftersom det var färre personer inblandade och kommunikationen fungerade bättre. Vårdledare var också bra stöd vid utarbetningen av rolldefinitionen och visionen för rollen. (Chouinard et. al., 2017)

Ifall administrationen och ledarna inte genom hela processen är tillgängliga och involverade kan det dra ut på processen i onödan. Beslut som till exempel vilka patienter som är lämpligaste kan behöva godkännas av administrationen. Om beslut drar ut på tiden kan det försvåra och förlänga implementationen. (Sangster-Gormley et.al., 2013)

Marknadsföra rollen

Trots att AKS har funnits redan en tid är det många som inte vet vad rollen är eller vad de kan göra. Ledarna har en viktig uppgift i att prata om och informera om rollen samt marknadsföra den. (Chavez et.al., 2017)

Ledarskap på politisk nivå har också en stor påverkan på hur implementationen lyckas. Ledare och politiker bestämmer definitionen av rollen och kriterier för rollen. Detta skapar riktlinjer för såväl AKS rollen som utbildningen av AKS. Ledare på högre ledarskapsroller inom organisationen driver på implementationen och främjar bildandet av multiprofessionella team. De gör det också möjligt för läkarna att involveras i alla stadier i implementationen av AKS. Det är viktigt att ledarna tar en gradvis och explorativ inställning till implementation, detta gör att implementationen av AKS kan vara flexibel. (Strachan et.al., 2022)

I Safari m.fl. (2023) såg man att den hälsomottagning som rekryterade flest klienter till försöket med AKS och utvärdering av äldre hade en väldigt aktiv ledare i administrationen. Hon använde sina goda kommunikationsförmågor till att komma överens med de äldre samt marknadsföra projektet till dem. Detta troddes vara nyckeln till så många deltagare från denna plats. Man ansåg att det vore viktigt att dessa ledare får tillräckligt med träning för att lyckas med liknande uppgifter.

Stöd

Redan vid planeringsstadiet börjar behovet från ledarna att stöda AKS i deras nya roll. (Antypas & Kirkevold, 2020) Vid implementationsprocessen kommer AKS att behöva en hel del stöd av ledarna. Ledarna behöver se till att AKS får ett utrymme att praktisera och redskap som behövs. Ledarna hjälper AKS att träffa och bekanta sig med intressenter. Ledaren behöver också finnas som stöd när rollen utvecklas och rollbeskrivningen ses över.

Ledaren har en viktig uppgift i att förespråka rollen och se till att rollen utvecklas åt rätt håll. (Sangster-Gormley et.al., 2013)

Ledaren sköter också kommunikationen mellan intressenter, AKS, högre ledning, administration mm. I de fall där ledarna själv inte kunde svara på frågor kring AKS tog de hjälp av ledningen. (Sangster-Gormley et.al., 2013)

I de fall där något oväntat inträffar i implementaionsfasen eller problem med implementationen uppstår har ledarna en viktig roll. Övrig personal vänder sig ofta till ledarna och administrationen för vägledning och råd. Ledarna kan hjälpa och guida i hur man går vidare. (Sangster-Gormley et.al., 2013)

Jämställdhet

I Poghosyan och Lius forskning från 2016 vittnade AKS om att relationen och samarbetet med ledningen och ledarna inte var så bra. De tyckte sig bli ojämlikt behandlade i jämförelse med läkarkollegorna. De ansåg att informationsflödet till dem var sämre än till läkarna. De ansåg också att ledarna spelar en stor roll i att erkänna och påvisa AKS autonomi. Vilket i sin tur skulle påverka samarbetet mellan AKS och läkare. Det framkom att eftersom båda rollerna praktiserar och tar emot patienter/klienter är det viktigt att båda rollerna har tillgång till de resurser som behövs. Det är ledningens uppgift att se till att de har de resurser som behövs.

7 Tolkning av resultatet

Resultatet i de olika kategorierna kommer här under att tolkas utgående från vårdteorin PEPPA modellen. För att göra det tydligt för läsaren så hålls samma rubriker som under resultat delen.

7.1 Implementation i hemvården

PEPPA modellen är framtagen som en mall för hur man framgångsrikt utvecklar och implementerar AKS rollen. Modellen fokuserar helt på de specifika problem, utmaningar och möjligheter som uppkommer vid implementation av AKS rollen. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Huvudorsaken till att implementera en AKS var att byta ut typen av vård som ges patienter/klienter. Kvaliteten och kontinuiteten förväntas öka när en AKS anställs till vårdmiljön. Genom att implementera en AKS var målet även att öka tiden per besök för klienter samt minska väntetiden. (Biezen et.al, 2017) Implementationsfasen varade mellan två och sju år. (Chouinard et. al., 2017) Att anställa och implementera två AKS samtidigt har många fördelar. De har då stöd av varandra, kan dela tankar och vid frånvaro är det enklare att täcka varandra. (Chouinard et. al., 2017)

7.1.1 Implementationsprocessen

PEPPA-modellen säger att för en lyckad implementation är det viktigt att man har en välgjord plan för hur man skall gå till väga. I första steget planeras så att både den nya rollen är färdig för att implementeras och så att vårdomgivningen som den skall implementeras i är redo att ta emot den nya rollen. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Innan AKS implementeras behöver en plan göras upp för hur och var AKS passar in. (Sangster-Gormley et.al., 2013) Planen behöver utgå från den aktuella situationen och lokaliseringen. Man behöver utvärdera hur samhället ser ut, hurudan befolkningen är och vilka behov som finns i området. (Strachan et.al., 2022) En vision, framtidsplan och förväntningar behöver klargöras redan i planeringsstadiet. Utveckling av teamet bör påbörjas redan i planeringsfasen. Det är också viktigt att intressenterna vet vad rollen betyder i detta skede, vilka uppgifter och ansvar som hör till AKS. (Sangster-Gormley et.al., 2013) Detta nämns också i PEPPA modellen (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Tidigt i implementationsprocessen behöver det göras upp en tydlig rollbeskrivning. I den skall framgå AKS ansvar, uppgifter och gränser. Detta säkerställer en smidigare implementation. (Biezen et.al, 2017; Boman et.al., 2019) En klar och tydlig vision för AKS rollen bör tas

fram redan innan implementationen. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017; Leede-Brunsveld et.al., 2023) Brist på en tydlig vision av rollen kan negativt påverka implementationen eller i värsta fall hindra den. (Lovink et.al., 2018; Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Detta stämmer överens med vad som sägs i första steget av PEPPA modellen. Det första steget i PEPPA modellen ser på vilken den aktuella befolkning är samt vilken typ av vård som erbjuds för tillfället. I detta skede klargör man vem AKS kommer vårda, hur patientkontakten upprättas, hur länge kontakten ska vara samt hur den kontinuerliga vården ska se ut. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Steg två av PEPPA modellen fokuserar på att få med beslutsfattare och politiker i processen. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Detta stämmer även överens med vad forskningarna som ingick i detta arbete beskriver. Bland annat kom det fram att det är viktigt att involvera intressenterna tidigt i implementationsstadiet. (Biezen et.al, 2017; Antypas & Kirkevold, 2020) Ifall man inte lyckas få med berörda intressenter i ett tidigt stadie kan detta försvåra till exempel finansieringen av implementationen. (Biezen et.al, 2017)

I en del implementationer av AKS har långtidsplanen saknats. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017) Saknande av långtidsplan kan bero på okunskap kring rollen eller en osäkerhet. Bristande långtidsplan leder också till osäkerhet. (Biezen et.al, 2017) Hur AKS vård och kliniska insatser förväntas påverka vården och vårdmiljön bör tydligt framkomma. (Leede-Brunsveld et.al., 2023) I PEPPA modellen tas det upp att för att främja en positiv attityd i intressenterna är det viktigt att alla får tillräckligt med information och tid att fundera över vad den nya rollen skulle ha för inverkan på vården. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

I PEPPA modellen diskuteras vikten av att mäta resultat. Efter att rollen introducerats till den nya vårdmiljön är det viktigt att utvärdera vilken påverkan den haft. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Detta stämmer även överens med vad som sägs i forskningarna i detta arbete. I Strachan m.fl. (2022) kom det fram hur viktigt det är med utvärdering och mätbart resultat. Utvärderingen fokuserar ofta på att se till att AKS kan ge trygg och säker vård. Därför är mätarna ofta fokuserade på extrema fall och incidenter. Detta berättade inte så mycket om deras verkliga påverkan på vården. En annan faktor som mäts är patientnöjdhet. I denna kategori var responsen väldigt positiv.

PEPPA modellens steg 9 handlar om utvärdering och utveckling av rollen. Det står att utvärdering av rollen bör ske kontinuerligt. Eftersom rollen konstant utvecklas så även vården och vårdmiljön så är det viktigt att utvärdera vartefter. Denna utvärdering kan ske till exempel årligen. Implementationsstadiet kan ta upp till flera år. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Samma resultat har Sangster-Gormley m.fl. och Antypas och Kirkevold kommit fram till i sin forskning. De säger att rollen kommer utvecklas under implementationstadiet. Vid varje implementation behöver man fundera över vad som fungerar, vad som ej fungerar och vad man är ute efter. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Antypas & Kirkevold, 2020). I steg 6 av PEPPA modellen diskuteras att det viktigt att göra upp en plan för vilka mål som önskas uppnå, hur man mäter dem och inom vilken tidsram de mäts och förväntas visa resultat. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Vartefter implementationen framskrider och man utvärdera den kan man anpassa rollbeskrivningen. (Biezen et.al, 2017) Det är viktigt att låta naturliga förändringar ta plats och inte hålla sig för strikt till planen. (Chouinard et. al., 2017) Att modellen ändras och utvecklas vartefter gör att man kan nå ett bättre resultat (Antypas & Kirkevold, 2020)

7.1.2 Arbets- och ansvarsuppgifter

AKS jobbar med en bred grupp patienter. AKS ses som pålitliga autonoma beslutstagare. AKS kan jobba på mottagningar, vårdinrättningar eller i patientens eget hem. Till deras uppgifter hör bedömning, diagnostisering, utredning, att göra upp vårdplaner, remitteringar och konsultationer. (Strachan et.al., 2022)

Den avancerade kliniska sjukskötaren jobbar på ett holistiskt sätt. (Wells & Tolhurst, 2021; Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023) AKS holistiska arbetssätt värderades högt. (Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023) Det gör även att AKS kan ta hand om familjen samt anhöriga. (Sangster-Gormley et.al., 2013) AKS fokuserar på hela människan och dess omgivning. I hemvården är detta av fördel. (Wells & Tolhurst, 2021)

I det första stegat av PEPPA modellen klargör man vem AKS kommer vårda, hur patientkontakten upprättas, hur länge kontakten ska vara samt hur den kontinuerliga vården ska se ut. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Vilka typer av klienter som vårdades av AKS kom tydligt fram i de forskning som deltog i detta arbete. Det visade sig att AKS kan antingen ha egna klienter eller dela dem med läkare. AKS konsulterade vid behov läkare. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Chouinard et. al., 2017) AKS tar ofta hand om mindre krävande sjukdomar och vårdproblem. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017;

Strachan et.al., 2022) De jobbar med flera olika patientgrupper beroende på vad behovet av vård är. (Roots & MacDonald, 2014; Lovink et.al., 2018) I en del fall blir AKS en ersättare för en läkare. (Chavez et.al.,2017; Strachan et.al., 2022). I de fall jobbade AKS på samma sätt som läkare utan desto mer förändring eller utveckling av den vård som gavs (Strachan et.al., 2022)

I Roots och MacDonald's forskning från 2014 kom det fram att AKS jobbade med direkt primärvård ca 80–90% av deras arbetstid. AKS kunde bättre betjäna befolkning som tidigare var i en utsatt situation genom att förse dem med vård även utanför primärvårdens mottagning. (Roots & MacDonald, 2014) AKS tar ofta hand om mindre krävande sjukdomar och vårdproblem. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017; Strachan et.al., 2022) & MacDonald, 2014). AKS jobbar ibland med kroniskt sjuka patienter. AKS jobbar också med förebyggande vård. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017) Och egenvård (Sangster-Gormley et.al., 2013).

Tillgången till vård för äldre kan vara bristande. Brist på samarbete och koordinering mellan olika inrättningar är ett stort problem vid vård av äldre och hemvård. Andra brister i äldrevården är brist på uppföljning, tid och resurser. (Boman, et.al., 2019) I USA där rollen funnits längst jobbar många AKS med äldre. Uppskattningsvis jobbar upp till 86% av AKS med den äldre befolkningen i USA. AKS ger både kontinuerlig vård och akut vård åt klienter i deras hem. (Chavez et.al., 2017) AKS kan under hembesök på ett personcentrerat sätt undersöka, diagnostisera och påbörja behandling. (Chavez et.al., 2017) På många ställen har man också testat multiprofessionella team i hemvården. I dessa team jobbar AKS i tätt samarbete med andra kollegor. AKS har oftast som uppgift att göra en vårdbedömning. AKS har då också ansvaret över att ta fram, se över och följa upp den individuella vårdplanen. (Chavez et.al., 2017) AKS får ofta en högre hierarkisk placering än sjukskötare i hemvården men utan förmans uppgifter. (Antypas & Kirkevold, 2020) Icke patientrelaterade uppgifter som kunde höras åt AKS är multiprofessionella möten, ordnande och koordinering av äldres vård, framtagande av olika protokoll och träning av kollegor. (Biezen et.al., 2017) AKS kunde funka som en konsult för sjukskötarna. Detta ansågs speciellt viktigt i hemvården. (Boman et.al., 2019) Även undervisning av befolkningen är något som AKS jobbar med. (Roots & MacDonald, 2014)

I Biezen m.fl kom det fram att icke patientrelaterade uppgifter ej hade prioriterats i implementationsfasen av AKS. De ansåg att sådana uppgifter kunde komma senare. Förslag på sådana uppgifter var multiprofessionella möten, ordnande och koordinering av äldres vård

och framtagande av olika protokoll. (Biezen et.al., 2017) AKS tränar och undervisar ofta sina kollegor. (Roots & MacDonald, 2014; Biezen et.al., 2017; Boman et.al., 2019) och befolkningen. (Roots & MacDonald, 2014) Detta är något som kollegorna uppskattar. (Roots & MacDonald, 2014) AKS kunde funka som en konsult för sjukskötarna. Detta ansågs speciellt viktigt i hemvården. (Boman et.al., 2019)

7.1.3 Hinder och framgångsfaktorer för en lyckad implementation

En stor orsak till att implementera AKS är svårigheter att anlita eller hålla kvar läkare. Behovet att förnya vårdmodellen med ett fokus på teamwork var också en drivfaktor för implementationen. (Strachan et.al., 2022) I steg 5 i PEPPA modellen funderar man förutom på de positiva sidorna även över vilka risker rollen kan medföra. Detta steg är otroligt viktigt för att undvika att det blir oklarheter i vad som är rollens uppgifter och skyldigheter samt vad som inte hör till rollen. I detta steg funderar man även på hur samarbetet ska se ut till olika kollegor till exempel läkare, fysioterapeuter. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Samarbetsförmågan med olika professioner, ordnandet av vård, coaching och djup klinisk vårdbedömning är sådana egenskaper som AKS besitter och som även kan vara gynnsam för implementationen. (Chavez et.al., 2017) Brist på tillräcklig medicinsk kompetens ansågs som en hindersfaktor för implementationen. Kollegornas osäkerhet kring säkerställandet av kompetensen orsakar hinder. (Boman et.al., 2019) PEPPA modellen skriver om att definitionen av rollen och dess uppgifter bör bygga på evidensbaserad kunskap. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Eftersom AKS rollen är ny kan okunskapen kring vad den är försvåra implementationen. (Biezen et.al, 2017; Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023). En tydlig rollbeskrivning ses som en framgångsfaktor för implementation av AKS. (Strachan et.al., 2022) Svårigheter att få en skyddad och erkänd titel på AKS kan förhindra implementationsprocessen. (Chavez et.al., 2017) I PEPPA modellen kan man läsa om att för att främja en positiv attityd i intressenterna är det viktigt att alla får tillräckligt med information och tid att fundera över vad den nya rollen skulle ha för inverkan på vården. Eftersom AKS rollen kan vara okänd för många intressenter så är det viktigt med tydlig information och diskussion kring vad rollen betyder. Ifall förväntningar, värderingar, möjligheter och begränsningar inte diskuteras innan implementation så riskerar man att få problem så som en otydlig roll, otydliga gränser och problem med acceptans av rollen. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

PEPPA modellen tar också upp att AKS jobbar ofta i ett multiprofessionellt team och samarbetar med många olika roller. Förutom kollegor är det många andra som påverkar eller påverkas av den nya rollen dessa brukar kallas för intressenter, det kan till exempel vara kollegor, patienter, anhöriga, olika samarbetspartners, beslutsfattare och politiker. Dessa intressenter och beslutsfattare kommer ha en stor påverkan på hur rollen implementeras. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) En framgångsfaktor för att implementationen skall lyckas är samarbete mellan AKS, läkare och övriga kollegor. (Van Erp et.al, 2021; Strachan et.al., 2022) Detta möjliggör också multiprofessionella team (Strachan et.al., 2022) Ifall samarbetet inte fungerar kan det vara ett hinder för implementation. (Van Erp et.al, 2021) Speciellt i de fall där den person som börjar jobba som AKS var känd sedan tidigare gick implementationen smidigt. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017) Om intressenterna inte är involverade i implementationsfasen försvårar detta implementationen och gör att teamet ej är förberett. Bristande involvering kan leda till att kollegor ifrågasätter AKS roll när hen arbetar. (Sangster-Gormley et.al., 2013) Rollen är ofta ny för läkarna. Och de är osäkra på vad den innebär. (Biezen et.al, 2017; Wells & Tolhurst, 2021) Stödet av läkarna var viktigt för implementation av AKS. Läkarnas tidigare erfarenheter påverkar deras nivå av stöd vid implementationen. (Poghosyan & Lius, 2016; Biezen et.al, 2017)

Att AKS inte har egna klienter/patienter kan leda till att de inte kan nå sin fulla potential i rollen. Att hålla tillbaka AKS autonomi kan också hindra samarbetet och även göra att rollen blir svårdefinierad. (Poghosyan & Liu, 2016) Organisationella riktlinjer kring AKS rollen kan försvåra implementationen. Om AKS inte får jobba autonomt och till sin fulla potential så hindrar det ordentlig implementation av AKS. När AKS i stället har fått praktisera autonomt och till sin fulla potential kan detta vara en framgångsfaktor. Klara rolldefinitioner, hur kommunikationen sker, koordination, ledarskap samt dess ordnade är mycket viktiga framgångsfaktorer vid implementationen. (Van Erp et.al, 2021) Osäkerheten kring lagar och regler gällande AKS kan påverka villigheten att anställa AKS. Denna oklarhet orsakar också problem med att arbeta fram en långtidsplan. Även en tydlig linje i finansieringen skulle vara fördelaktig för implementationen. (Biezen et.al, 2017)

Det behöver finnas de fysiska möjligheterna att vara verksam som AKS. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017) AKS behöver ett mottagningsrum eller ett arbetsrum. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017; Van Erp et.al, 2021) Det behöver också finnas ändamålsenlig utrustning tillgänglig. (Van Erp et.al, 2021) Otillgängliga patientjournaler kan orsaka problem när AKS skall vårda klienter samt försvårar samarbetet till kollegor. (Van Erp et.al, 2021; Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023)

PEPPA modellen poängterar att administrationen är de som ger AKS resurser och ser till att de har tillräckligt med resurser för att utföra sitt yrke. Detta kan vara fysiska utrymmen, teknologi, apparater och vårdutrustning. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Finanssvårigheter kan försvåra implementationen av AKS. Både implementationsprocessen, träningen och introduktionen av en ny yrkesroll kan vara väldigt kostsam. (Biezen et.al, 2017; Chavez et.al., 2017) Det är viktigt att påvisa åt politiker och andra intressenter varför AKS behövs för att trygga finansieringen. (Boman et.al., 2019) AKS lön motsvarar inte den utbildning de genomgått eller deras ansvar vilket kan orsaka ovillighet att stanna kvar i rollen. (Boman et.al., 2019; Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Utbildningen sågs som en framgångsfaktor för implementationen av AKS. (Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023). Detta stämmer också överens med PEPPA modellen. Den som skall börja jobba som AKS behöver ha den skolning som krävs för att sköta rollen. I vissa fall kan det behövas extra skolning, inskolning, expertkunskap. Det är då viktigt att AKS har denna kunskap innan rollen startar i gång. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Att introducera övriga uppgifter till AKS ansvarsområden kan vara en framgångsfaktor för implementationen av AKS. Till dessa uppgifter kan höra ledarskapsuppgifter. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

7.1.4 Påverkan av implementerad AKS

PEPPA modellen menar att under utvärderingen bör fokuset vara på patienten, säkerhet, acceptans, kostnadseffektivitet, och rollacceptans. Utgående från utvärderingen finns möjlighet till förbättring och utveckling av rollen. Ifall man inte ser en tydlig påverkan kan detta bero till exempel på att AKS haft för få vårdkontakter. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Implementationen av AKS i primärvården och hemvården är likvärdig eller bättre än traditionell vård av läkare på många plan. Vård av AKS använder lika mycket resurser som läkare. (Chavez et.al., 2017) PEPPA modellen säger att ett viktigt mätinstrument är patientåterkoppling. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Patienterna/klienterna var nöjda med den vård de fick av AKS. (Chavez et.al., 2017; Leede-Brunsveld et.al., 2023; Safari et.al, 2023) Anhöriga var även väldigt nöjda med den uppmärksamhet de fick av AKS. (Leede-Brunsveld et.al., 2023) PEPPA modellen säger att man vid utvärdering skall satsa på patienten, säkerhet, acceptans, kostnadseffektivitet, och rollacceptans. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Tillgången till vården blev bättre efter implementation av AKS. (Van Erp et.al, 2021; Leede-Brunsveld et.al., 2023; Safari et.al, 2023) Även tillgången till vård för äldre blev bättre. (Roots & MacDonald, 2014) När primärvården tog över specialsjukvård med AKS var patienterna nöjda över att kunna bli utskrivna från sjukhuset tidigare, att ha bra tillgång till vård, förebygga återintagning och att kunna få vård i hemmet. Några var dock bekymrade över att bli lämnade ensamma i hemmet. (Van Erp et.al, 2021) Väntetiden till vården blev kortare efter implementationen av AKS. (Roots & MacDonald, 2014; Strachan et.al., 2022) Implementation av AKS förbättrade kontakten mellan vårdinrättningen och samhället. (Roots & MacDonald, 2014)

Det är mera sannolikt att sjukskötare, närvårdare och övrig personal tog upp de små bekymren gällande klienten med AKS än med läkare. AKS kan även vara länken mellan läkarna och övriga vårdpersonal i klientfrågor. (Roots & MacDonald, 2014; Boman et.al., 2019; Wells & Tolhurst, 2021)

Efter implementation av AKS fick läkarna mer tid för klienterna och speciellt de som behöver deras expertis. (Jones et.al, 2018; Strachan et.al., 2022) AKS har mer tid att sätta på sina besök med klienterna. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Roots & MacDonald, 2014; Lovink et.al., 2018; Leede-Brunsveld et.al., 2023) AKS hade också tiden att fokusera på helhetssituationen och patienternas vård i sin helhet. Dessa fördelar ledde till att planeringen av vården förbättrades, behovet av framtida besök minskades, tilliten till vårdgivaren förbättrades och patient engagemanget blev bättre. (Roots & MacDonald, 2014) AKS tar ofta upp flera olika punkter på samma besök vilket kan minska behovet av att boka in framtida besök. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Roots & MacDonald, 2014)

AKS ökade kvaliteten på vården och stärkte vårdteamet i hemvården. AKS är bättre insatta i klienternas vård och det sociala nätverket. AKS stärkte hemvårdsteamet genom att coacha, lära ut, påminna om det ansvar de har och genom att vara lättillgänglig. (Lovink et.al., 2018) AKS helhetssyn och personcentrerade vård bidrar till högre kvalitet i vården. (Antypas & Kirkevold, 2020; Leede-Brunsveld et.al., 2023) AKS insatser ledde också till bättre fysisk förmåga och förebygger fall i hemmet. (Chavez et.al., 2017)

Då det gäller mångsjuka patienter som använder sig av mycket vård visade det sig att AKS i dessa fall var lika bra eller bättre på att ta hand om dessa patienter som läkaren. Man såg en tydlig minskning av användningen av resurser efter implementation av AKS i hemvården. (Chavez et.al., 2017) I en del studier var kostnaden för vården efter implementation av AKS samma som tidigare. I några studier av kostnadseffekten av implementation av AKS i

hemvården var resultatet att det blev mer kostnadseffektivt medan andra studier visar på att det inte skulle ha någon påverkan eller tillockmed bli dyrare. Alla studier visade dock på att implementationen av AKS minskade användning av service och förbyggde sjukhusvård. Beloppet av dessa kostnadsbesparingar kan vara svåra att uppskatta. (Chavez et.al., 2017)

Efter implementation av AKS till primärvården sjönk användningen av akutvårdsbesök av primärvårdskunderna. En mätning visade att det sjönk med ca. 40%. (Roots & MacDonald, 2014) Även intagning till sjukhus och vårdinrättning minskade. (Roots & MacDonald, 2014; Jones et.al, 2018) I en forskning visade det sig att intagning av dessa klienter minskade med upp till 88%. (Roots & MacDonald, 2014) Även återintagning på sjukhus minskades märkbart. (Jones et.al, 2018) I Safari m.fl. (2023) såg man en någon minskning i användning av olika vårdtjänster hos interventionsgruppen. Denna förbättring var dock inte tillräckligt stor för att vara av märkbar betydelse.

Läkarnas arbetsbörda minskades efter implementation av AKS. (Roots & MacDonald, 2014; Chouinard et. al., 2017; Lovink et.al., 2018; Leede-Brunsveld et.al., 2023). Det som ansågs som negativt för läkarna var att deras fall blev mer krävande när AKS tog hand om de lättare fallen. (Lovink et.al., 2018) Nöjdheten med arbetssituationen blev bättre hos kollegor. (Roots & MacDonald, 2014; Jones et.al, 2018) Arbetet gick från individuellt arbete till mera fokus på teamwork. (Roots & MacDonald, 2014) Kommunikationen mellan vårdgivarna förbättrades. (Roots & MacDonald, 2014) Det behövdes ofta tid innan samarbetet med läkarna flöt smidigt. Läkarna behövde tid på sig för att se vad AKS klarade av och för att lita på dem. Detta påverkades också av hur mycket de varit delaktiga i planeringsfasen. (Antypas & Kirkevold, 2020)

7.2 Ledarskap

Ledarskapet har i detta arbete granskats från olika sidor. AKS som ledare ser på vilken roll ledarskapet har för AKS. AKS ledare ser på vem det är som leder AKS och hur ansvaret att leda AKS är uppdelat. Sista underkategorin är ledarnas roll vid implementation, som fokuserar på vilken påverkan ledarna har på implementationen.

7.2.1 Den avancerade kliniska sjukskötaren som ledare

Ledarskapsförmågorna i kombination med andra färdigheter gör att den avancerade kliniska sjukskötaren kan praktisera på avancerad nivå. (Woods, 2021) AKS behöver dagligen ledarskapsförmågor i sitt arbete. De behövs i samarbetet med kollegor, kliniska situationer, utveckling av vård och planer samt i de situationer där hen motiverar varför vården skall sättas upp på ett visst sätt. (Sangster-Gormley et.al., 2013) I PEPPA modellen nämns det att det kan vara fördelaktigt om ledarna ger över en del av ledarskapsuppgifterna till AKS. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Den avancerade sjukskötaren behöver flera olika typer av ledarskapsförmågor. Fyra olika ledarskapsområden som de sjukskötare som arbetar på en avancerad nivå bör besitta: kliniskt ledarskap, professionellt ledarskap, hälso- och sjukvårdsorganisations ledarskap och hälsopolitiskt ledarskap. (Wood, 2021)

Under kliniskt ledarskap hör bland annat att praktisera utgående från evidensbaserad vård, uppmuntra till klientens eget engagemang i vården, hälsofrämjande arbete, fungera som en mentor/coach/förebild, fungera som klinisk expert och ledare, analysera de organisationella processerna och se till att de är fördelaktiga för klienterna, fungera som länken mellan olika vårdgivare, vara med i utvecklingen av nya direktiv. (Wood, 2021) Tack vare sina ledarskapskunskaper inom kliniskt ledarskap, forsknings- och vårdkunskaper kan AKS ta hand om helhetsvården av patienter. Detta gör också att de kan arbeta självständigt, diagnostisera och skapa nya modeller av vård. (Strachan et.al., 2022)

Professionellt ledarskap innebär att man tar ansvar över den egna karriärmässiga utvecklingen, deltar i olika tillfällen där AKS roll diskuteras/utvecklas, skaffar sig nätverk, jobbar på att utveckla och implementera rollen samt ledarskapsförmågorna, jobbar i interprofessionellt team och bidrar med sin kunskap, jobb med forskning och skrifter. (Wood, 2021) Eftersom rollen är ny och okänd för många kollegor så kommer det frågor av dem till AKS vad rollen betyder och vad de gör. AKS behöver i dessa situationer ta hjälp av

sina ledarskapsförmågor och tala för vikten av sin roll, dess betydelse och påverkan. (Sangster-Gormley et.al., 2013) Utvecklingen till AKS tar ofta två till tre år. Hit hör utbildning, kompetensutveckling och klinisk träning. AKS har ett stort ansvar över sin egen utbildning och även sin kliniska utveckling. (Strachan et.al., 2022) AKS anser att de får en bättre kommunikationsförmåga och samarbetsförmåga tack vare sin utbildning. Detta gör att de blir bättre på att samarbeta med olika kollegor. (Antypas & Kirkevold, 2020) AKS anses också vara en stor drivkraft i uppbyggnaden av multiprofessionella team. (Antypas & Kirkevold, 2020) Övergången från individuellt arbete till multiprofessionella team kräver en förändring i hur vi ser på det traditionella ledarskapet. Det är inte längre fördelaktigt att hålla fast i den hierarki man tidigare haft i vården. (Wood, 2021)

Hälso- och sjukvårdsorganisations ledarskap har att göra med allt runt omkring AKS rollen, det större hälsovårdssystemet. AKS ledarskapsuppgifter i detta område är att delta i utveckling och implementationen av nya standarder, identifiera problem och hinder, besitta information kring hur organisationerna fungerar, leda ett interprofessionellt team, positivt påverka arbetsgruppen, upprätthålla högt etiskt tänkande, planera och genomföra skolningar och träning för arbetsgruppen, delegera och överse arbetsuppgifter. (Wood, 2021) AKS arbetar på ett sätt där hon ofta hamnar att samarbeta med olika kollegor och vårdgivare, hålla kontakt med dessa samt koordinera vården. AKS fungerar då i en ledarskapsroll där hon koordinerar vården för klientens bästa. (Sangster-Gormley et.al., 2013) AKS har ofta kan det övergripande ansvaret över skolningar och fortbildning. (Antypas & Kirkevold, 2020) AKS är ofta den som undervisar och lär upp övrig personal. (Roots & MacDonald, 2014; Biezen et.al., 2017; Boman et.al., 2019)

Hälsopolitiskt ledarskap är att ta initiativ/visa och bistå med ledarskap i de politiska beslut som påverkar vården samt att hålla fram och påvisa nyttan av AKS och vården åt intressenter. Det finns dock flera olika ledarskapsförmågor som AKS besitter som går in i alla lådor och som därför inte går att dela upp enligt dessa områden. Dessa är: avancerade kommunikationsförmågor, att bygga upp en bra arbetskultur, mentorskap, bistå med insikter i etiska och lagliga frågor, att stå upp för patienter/klienter, använda sin kunskap om politik, lagar, ekonomi, finans för att effektivt implementera olika planer. (Wood, 2021) AKS får oftast en ledarskaps och konsulterade roll i olika sammanhang. Det kan vara i strategisk utveckling av vården eller olika projekt. De håller då fram det kliniska- och vårdperspektivet. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Enligt Woods var de ledarskapsaspekter som AKS själv ansåg att de jobbade mest med: patientfokuserat ledarskap och organisationsledarskap medan de ansåg att de hade minst att göra med hälsopolitik. Den avancerade sjukskötaren behöver utöver ledarskapskunskaper även autonomi. Att kunna jobba självständigt och ta egna beslut är direkt hopkopplat med ledarskapet. Båda behövs för att den avancerade sjukskötaren skall kunna praktisera i sin roll. (Wood, 2021) I Poghosyan och Lius (2016) nämner de att AKS värderade sin autonomi högt. Eftersom de då kan praktisera individuellt.

7.2.2 Den avancerade kliniska sjukskötarens ledare

Både mentorskap och klinisk översikt spelar en stor roll i implementationen av en ny AKS. För att en ny AKS ska kunna växa in i sin roll behöver det finnas både stöd och möjlighet till att lära. (Wells & Tolhurst, 2021) Förmannen har en viktig roll i att stöda AKS i deras rollutveckling. AKS ser ofta till dem för stöd och vägledning (Strachan et.al., 2022) Positiv inställning hos ledarna är mycket viktigt. (Leede-Brunsveld et.al., 2023) Vårdledare verkade vare de som bäst stödde AKS både i implementationen och efteråt. Vårdledare var också bra stöd vid utarbetningen av rolldefinitionen och visionen för rollen. (Chouinard et. al., 2017) Detta stämmer även överens med PEPPA modellen. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Stödet av ledarna är något som tydligt kommer fram i PEPPA modellen. Där nämns att det är viktigt att ledarna visar sitt stöd. Ledarna kan visa sitt stöd genom att lyfta fram rollen, presentera AKS för viktiga kollegor, ge över en del ledarskapsuppgifter, uppmuntra delaktigheten i vårdmiljön samt arrangera skolningar och andra utvecklingsmiljöer. Förutom dessa uppgifter är det viktigt att ledarna tydligt visar sitt stöd till implementationen av rollen. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Läkaren hade ofta ett ansvar över teamledarskapet. Ofta utvärderade läkare tillsammans med vårdledare hur det gått för AKS. (Chouinard et. al., 2017) Ofta har AKS många olika ledare som sköter olika roller. Hur ledarskapet av AKS skall skötas verkar dock inte ännu hittat sin rätta form. För effektiv ledning behövdes samarbete mellan vårdledare och ansvarig läkare. (Chouinard et. al., 2017) Klinisk översikt är en viktig faktor vid utvecklingen av avancerad roller inom vården. AKS bör ha en handledare som hjälper med utveckling av den kliniska delen. Professionell och klinisk handledning går ofta hand i hand. (Reynolds & Mortimore, 2021) Vårdledare kan i många fall vara delaktiga i den kliniska träningen och fungera som kliniska ledare. När huvudansvaret av den kliniska träningen ligger hos vårdledare verkar stödet till AKS bli högre. (Chouinard et. al., 2017) AKS kan också fungera som kliniska

ledare åt varandra. Ofta utbyts stöd och lärdomar mellan AKS som jobbar på samma nivå. Även i implementationsprocessen var denna typ av stöd mycket viktigt. (Chouinard et. al., 2017) Klinisk handledning ökar patientsäkerheten. Ansvar att de till att AKS får tillräckligt klinisk handledning ligger hos organisationen och ledningen. Både handledare och AKS ansåg att handledningen vore bäst om den skedde på ett strukturerat och dokumenterat sätt. (Reynolds & Mortimore, 2021) Kliniska handledare behöver få tillräckligt med tid för att kunna handleda AKS. (Reynolds & Mortimore, 2021)

Ledare inom vården satte stor vikt på att ordna nätverks träffar för AKS. Dessa tillfällen gjorde att de kunde diskutera och utbyta idéer och tankar. Det samlade ledare, kliniska ledare och AKS på samma ställe. AKS som deltog på mötena såg detta som väldigt betydelsefullt. (Chouinard et. al., 2017) Högre uppsatta ledare inom vården hade ansvaret över systematiska-, politiska och makronivås uppgifter gällande AKS. De hade en viktig uppgift att presentera och hålla fram AKS på olika möten och tillfällen. Denna typ av uppgift var viktigt i alla steg av implementationen av AKS. (Chouinard et. al., 2017)

7.2.3 Organisationen och ledarnas roll vid implementationsprocessen.

Ledarnas roll i implementation är kritiskt avgörande. (Sangster-Gormley et.al., 2013), (Boman et.al., 2019; Antypas & Kirkevold, 2020). Detta nämns även i PEPPA modellen där de säger att organisationen och ledare har en stor inverkan på hur väl rollen kommer implementeras. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Det är både högre uppsatta ledare och närförmän som är involverade i utvecklingen av rollen. (Antypas & Kirkevold, 2020) Valet att implementera en AKS kommer oftast från ledarna och ledningen. (Sangster-Gormley et.al., 2013) Ifall administrationen och ledarna inte genom hela processen är tillgängliga och involverade kan det dra ut på processen i onödan. (Sangster-Gormley et.al., 2013) PEPPA modellen säger att beslutfattares värderingar och erfarenheter spelar en stor roll i hur bra implementationen lyckas. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Ledarna har en viktig uppgift i att prata om och informera om rollen samt marknadsföra den. (Chavez et.al., 2017) Steg två av PEPPA modellen fokuserar på att få med beslutsfattare och politiker i processen. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Ledarskap på politisk nivå har också en stor påverkan på hur implementationen lyckas. (Strachan et.al., 2022) Vid implementationsprocessen kommer AKS att behöva en hel del stöd av ledarna. Ledaren har en viktig uppgift i att förespråka rollen och se till att rollen utvecklas åt rätt håll. (Sangster-Gormley et.al., 2013)

8 Kritisk granskning

Detta kapitel kommer fokusera på kritisk granskning av detta examensarbete. De Områden som kommer tas upp är validitet, tillförlitlighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet. Detta kapitel är uppbyggt så att det först kommer fakta om vad de olika områdena betyder som sedan följs av koppling till det aktuella arbetet.

8.1 Trovärdighet

Med validitet mäter man noggrannheten i datat som ingår i forskningen. Utgående från de frågeställningar och det syfte man haft i sitt arbete skall materialet vara passande. Man behöver tänka på två punkter när det kommer till validitet. Materialet behöver vara av rätt sort för det aktuella projektet samt att datat skall vara insamlat på ett korrekt sätt. Utgående från bakgrunden och tidigare information bör frågorna vara ställda korrekt. (Denscombe, 2016, s.377)

Vid kvalitativ forskning kan det vara svårare att påvisa att materialet är exakt än vid kvantitativ forskning. Den kvalitativa forskningen brukar generellt därför satsa mer på att bevisa trovärdigheten. (Denscombe, 2016, s.410) Validiteten har blivit beaktad i detta arbete. Vid insamling av materialet har skribenten säkerställt sig om att artiklarna är vetenskapliga, aktuella för området och max 10 år gamla. En del artiklar handlade endast om implementationen medan andra handlade enbart om ledarskap. Flera av artiklarna handlade dock både om implementation och ledarskap. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar togs med. Artiklarna är nyhetsartiklar, intervjustudier, enkätstudier, fallstudier och litteraturstudier.

8.2 Tillförlitlighet

Tillförlitligheten baserar sig på att en annan forskare borde få samma resultat ifall man följer samma steg. Detta betyder att forskarens involvering inte påverkar forskningsresultatet. För att säkerställa detta är det viktigt att forskningsprocessen noggrant beskrivs så att en annan forskare kunde göra forskningen utgående från den information som ges och komma fram till det samma resultatet. De procedurer och val som forskaren gjort behöver tydligt framgå i forskningen. Den valda metoden, analysen och vilka val som gjorts behöver finnas tillgängliga i tydlig skrift. Resultatet behöver presenteras i så många detaljer att man tydligt förstår hur slutsatser dragits. (Denscombe, 2010, s.299–300)

I detta arbete finns tydligt beskrivet vilken metod som använts, utgångspunkt, hur analysen gått till och resultatet finns tydligt dokumenterat. Under metod delen kan man läsa om vilka inklusions- och exklusionskriterierna varit för arbetet. Man kan där också läsa om vilka databaser som använts, vilka sökord som använts och hur sökningsprocessen gått till. Det finns dokumenterat datum för när sökningarna är gjorda samt hur många träffar som hittades per sökning. Med denna grundliga information om processen borde en annan forskare nå det samma resultatet som detta arbete nått.

8.3 Överförbarhet

Kvalitativ forskning har oftast begränsat antal data. Eftersom text eller data skall gås igenom kan man inte ha hundra- eller tusentals datakällor. Detta orsakar att man behöver fundera över hur väl dessa källor representerar ämnet samt hur troligt det är att man skulle nå samma resultat med andra liknande källor. Frågan är hur pass generaliserbart datat blir. En del forskare inom kvalitativ forskning påstår att det inte är deras sak att generalisera datat, de påstår i stället att resultatet är av vikt på sitt eget sätt. De flesta forskare inom kvalitativ forskning är dock medvetna om problemet med att påvisa generaliserbarhet men menar att man måste ta till sig resultatet på ett annat sätt vid kvalitativ forskning. Man borde i stället prata om överförbarhet vid kvalitativ forskning. Detta betyder att man tar det aktuella resultatet och försöker se i vilken mån det skulle vara överförbart till en större helhet. Frågan blir då kunde detta resultat vara aktuellt för liknande situationer? (Denscombe, 2010, s.300–301)

För att man skall kunna påvisa överförbarheten i en kvalitativ forskning behöver det komma fram tillräckligt med information om datat som ingår i forskningen. I intervjustudier kan detta handla om kön, ålder, ras, yrke mm. Med denna bakgrundsinformation kan man sedan se i vilka situationer resultatet går att överföra. (Denscombe, 2010, s.301)

I detta arbete ingår 17 artiklar. Det betyder att antalet datakällor är rätt stort för en litterär studie. Ämnet är dock brett och lika mycket information finns inte om alla delar av ämnet. Artiklarna som ingår innehåller ju i sig datakällor vilket gör att datakällorna som bildar resultatet i detta arbete är rätt stort. Källorna är också av olika typ: intervjustudier, enkät, fallstudier, litteraturstudier. Vilket även det gör att datat är bredare. Bakgrundsinformationen om forskningarna har tydligt dokumenterats i bilagan i slutet av detta arbete.

8.4 Bekräftelsebarhet.

Bekräftelsebarhet syftar på att forskningen hålls objektiv från forskarens påverkan. Vid kvalitativ forskning är det stor risk att forskarens egna åsikter, tro och värderingar kan påverka forskningsresultatet. Vid intervjustudier kan forskaren lätt påverka resultatet genom att påverka i vilken riktning intervjun går eller hur de reagerar på svar. Forskningen kan aldrig vara helt fri från påverkan av forskaren. Speciellt vid kvalitativa data så påverkas de av den individuella tolkningen. Forskaren behöver ha ett öppet sinne och hålla sig öppen till alternativa tolkningar. (Denscombe, 2010, s.301)

Det finns två sätt att tackla forskarens påverkan av resultatet vid kvalitativ forskning. Antingen så försöker man hålla bort sin egen påverkan och hålla sig så neutral som det går eller så erkänner forskaren hur deras egna värderingar, tro mm. kan ha påverkat resultatet. (Denscombe, 2010, s.302)

Eftersom skribenten varit ensam i detta arbete finns det större risk att resultatet påverkats av de värderingar, tro och tidigare erfarenheter hon håller. Skribenten har dock gjort sitt yttersta för att hålla sig objektiv, skriva ner resultatet i sin helhet och inte låta sig dra förhastade slutsatser. I alla faser av arbetet har processen gått igenom grundligt. Resultatet har gått igenom flertal gånger med pauser emellan för att få en så djup men neutral insikt i datat som möjligt. Skribenten väljer att försöka besvara båda sidorna genom att hålla sig så neutral det går men även att nedan diskutera de åsikter, förväntningar och tidigare erfarenheter som kan ha påverkat resultatet i denna studie.

Skribenten studerar till AKS och är intresserad av hemvård. Dessa intressen kan ha påverkat resultatet till viss mån. Skribenten har inte fått stöd eller betalt för forskningen. Skribenten har inte blivit ombud att skriva om ämnet och inga utomstående föreningar, organisationer eller personer har haft intresse av att arbetet skulle bli gjort.

Datat i en kvalitativ forskning behöver analyseras med ett öppet sinne. Inga förhastade slutsatser eller förutfattade meningar får påverka resultatet. Forskaren behöver presentera möjligheten att hen kan ha fel. Eller att resultatet kan vara motsägande. Att man finner resultat som säger mot varandra gör inte att det motsägande resultatet inte borde tas med. Det är i stället viktigt att detta presenteras så man ser att all data tagits med. Detta säkerställer att forskaren inte manipulerat resultatet. (Denscombe, 2010, s.303)

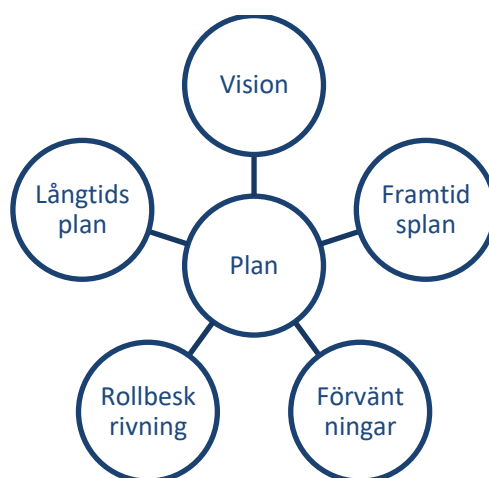
I detta arbete har det mesta resultatet stämt överens med varandra. Otydligt och motsägande resultat kan ses under påverkan av implementerad AKS där kostnaden diskuteras. I denna

del är de olika forskningarna av lite olika åsikt. Dessa åsikter har alla presenterats i materialet.

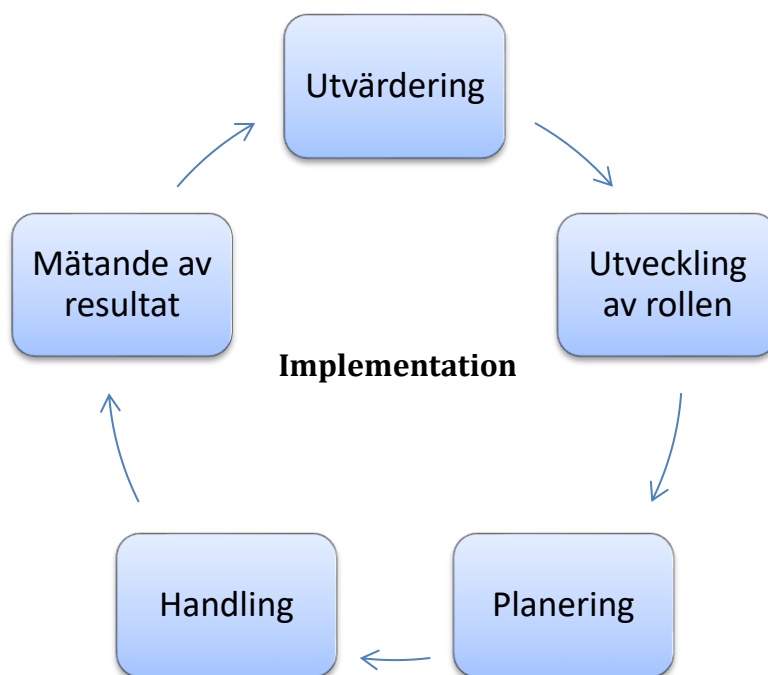
9 Sammanfattning

Syftet med detta examensarbete var att få en översikt över hur den avancerade kliniska sjukskötaren implementerats i hemvården och hur rollen kunde implementeras i Finland samt hur ledarskap kan påverka implementationsprocessen. De frågor som skribenten önskade svar på var: Hur kan den avancerade kliniska sjukskötarens roll implementeras i hemvården, vilka uppgifter hör till den nya rollen och vilken påverkan har den på vården? Hur syns ledarskapet i den avancerade kliniska sjukskötarens roll, vem leder den avancerade kliniska sjukskötaren och hur kan ledarna stöda implementationsprocessen av den avancerade kliniska sjukskötaren? Artiklarna som hittades svarade bra på forskningsfrågorna. Mest information hittades om implementation. Skribenten hade önskat mer variation i källorna kring ledarnas uppgift i implementationen och AKS ledarskapsförmågor.

Det finns många olika orsaker till att implementera en AKS i hemvården. I detta arbete kom det fram att en av orsakerna ofta var brist på läkare. (Biezen et.al, 2017) Implementationen behöver ett grundligt förarbete och en tydlig plan. Detta framkommer både i PEPPA modellen och i de forskningarna som ingick i detta arbete. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Sangster-Gormley et.al., 2013) I planen bör ingå vision, (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017; Leede-Brunsveld et.al., 2023) framtidsplan, förväntningar (Sangster-Gormley et.al., 2013) rollbeskrivning, (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017; Boman et.al., 2019) och långtidsplan. (Biezen et.al, 2017)



Det är viktigt att alla intressenter är involverade i implementationen. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017; Antypas & Kirkevold, 2020) PEPPA modellen styrker detta. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Till implementationen hör även utvärdering, mätande av resultat och utveckling av rollen. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Antypas & Kirkevold, 2020; Strachan et.al., 2022). PEPPA modellen säger att detta bör ske kontinuerligt. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)



AKS kan vårda många olika typer av sjukdomar, tillstånd och klienter. I detta arbete kom det fram att AKS ofta tar hand om äldre, mindre krävande sjukdomsfall och kroniska sjukdomar. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen et.al, 2017; Strachan et.al., 2022) En stor del av AKS i USA jobbar med den äldre befolkningen. (Chavez et.al., 2017) I detta arbete kom det också fram att AKS kunde vara en passande vårdgivare att göra hembesök. (Chavez et.al., 2017) När AKS implementeras i hemvården kan hen även funka som sakkunnig och konsult till hemvårdens övriga personal. (Boman et.al., 2019)

Detta arbete har tagit fram vilka framgångsfaktorer och hinder det finns vid implementation av AKS. Det som ses som framgångsfaktorer är: AKS egenskaper (Boman et.al., 2019), tydlig rollbeskrivning (Strachan et.al., 2022), samarbete (Van Erp et.al, 2021; Strachan et.al., 2022) intressenters involvering i implementationen (Sangster-Gormley et.al., 2013), stöd av läkarna (Poghosyan & Lius, 2016; Biezen et.al, 2017; Biezen et.al, 2017), AKS autonomi (Van Erp et.al, 2021), koordination, ledarskap, ledarskapets uppställning (Van Erp et.al, 2021), tillgång till arbetsutrymme och vårdredskap (Sangster-Gormley et.al., 2013; Biezen

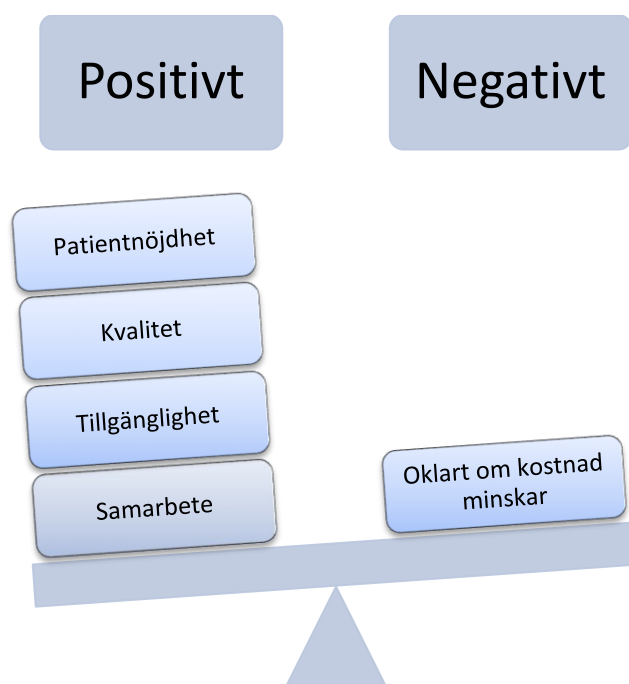
et.al, 2017; Van Erp et.al, 2021) politikers involvering (Boman et.al., 2019), AKS utbildning (Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023), och att introducera övriga uppgifter till AKS t.ex. ledarskapsuppgifter. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

Det som ses som hinder vid implementation av AKS i hemvården är: Brist på tillräcklig medicinsk kompetens (Boman et.al., 2019), okänd roll (Biezen et.al, 2017; Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023) icke erkänd titel (Chavez et.al., 2017), brister i samarbete (Van Erp et.al, 2021), frånvaro av intressenters involvering i implementationen (Sangster-Gormley et.al., 2013), brister i AKS autonomi (Poghosyan & Liu, 2016), osäkra lagar, riktlinjer och finansiering (Biezen et.al, 2017) och brister i tillgång på patientuppgifter (Van Erp et.al, 2021; Strachan et.al., 2022; Leede-Brunsveld et.al., 2023) Många av dessa punkter tar även PEPPA modellen upp som framgångsfaktor eller hinder för implementation. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

Framgångsfaktorer	Hinder
AKS egenskaper	Brist på tillräcklig medicinsk kompetens
Tydlig rollbeskrivning	Okänd roll
AKS utbildning	Icke erkänd titel
Samarbete	Brister i samarbete
Att introducera övriga uppgifter till AKS	Frånvaro av intressenters involvering i implementationen
AKS autonomi	Brister i AKS autonomi
Politikers involvering	Osäkra lagar, riktlinjer och finansiering
Tillgång till arbetsutrymme och vårdredskap	Brister i tillgång på patientuppgifter
Intressenters involvering i implementationen	
Stöd av läkarna	
Koordination, ledarskap, ledarskapets uppställning	

Från forskningarna som ingick i detta arbete kunde man få en bild av vilken påverkan implementationen av AKS i hemvården kunde ha. Forskningarna tog upp flera olika områden som blivit påverkat av implementationen. Implementationen av AKS i primärvården och hemvården är likvärdig eller bättre än traditionell vård av läkare på många plan. Vård av AKS använder lika mycket resurser som läkare. (Chavez et.al., 2017) PEPPA modellen säger att ett viktigt mätinstrument är patientåterkoppling. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Patienterna/klienterna var nöjda med den vård de fick av AKS. (Chavez et.al., 2017; Leede-Brunsveld et.al., 2023; Safari et.al, 2023) Anhöriga var även väldigt nöjda med den uppmärksamhet de fick av AKS. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)

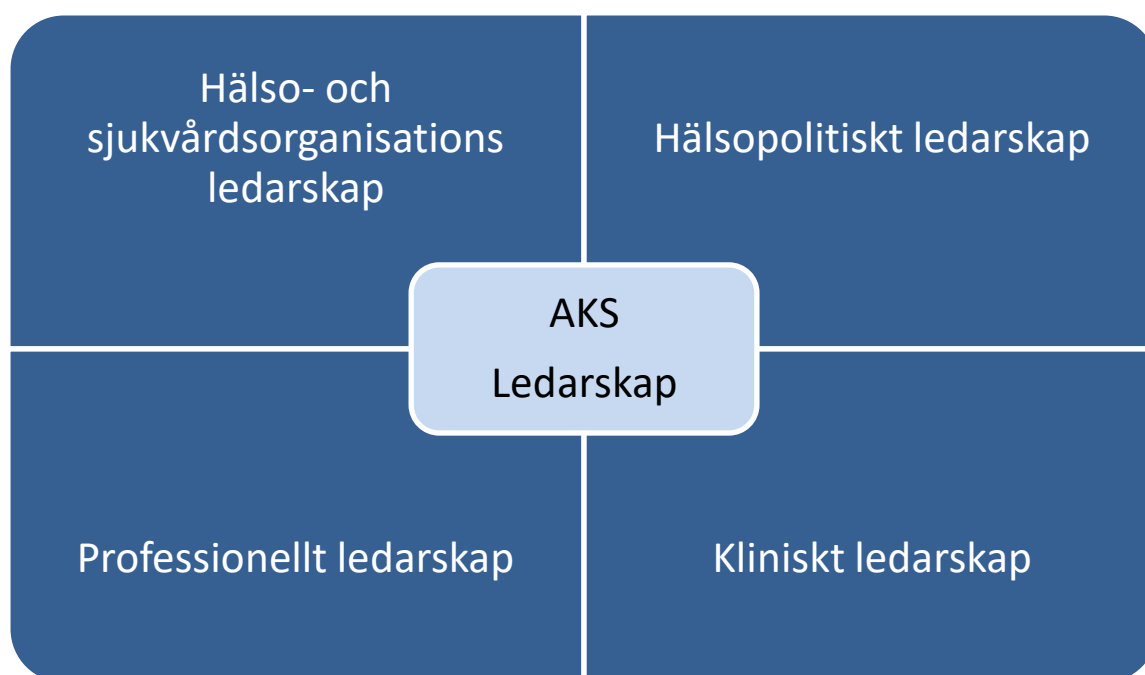
Tillgången till vården blev bättre efter implementation av AKS. (Van Erp et.al, 2021; Leede-Brunsveld et.al., 2023; Safari et.al, 2023) Väntetiden kortare. (Roots & MacDonald, 2014; Strachan et.al., 2022) Kontakten förbättrades mellan vårdinrättningen och samhället. (Roots & MacDonald, 2014) Kontakten mellan vårdpersonal och läkare blev bättre. (Roots & MacDonald, 2014; Wells & Tolhurst, 2021; Boman et.al., 2019) Efter implementation av AKS fick läkarna mer tid för klienterna. (Jones et.al, 2018; Strachan et.al., 2022) Behovet av antal besök hos vårdgivare minskade. (Sangster-Gormley et.al., 2013; Roots & MacDonald, 2014) AKS ökade kvaliteten på vården och stärkte vårdteamet i hemvården. (Lovink et.al., 2018; Antypas & Kirkevold, 2020; Leede-Brunsveld et.al., 2023) Den fysiska förmåga hos klienter blev bättre. (Chavez et.al., 2017) Påverkan på kostnader efter implementationen av AKS oklar. (Chavez et.al., 2017; Van Erp et.al, 2021; Leede-Brunsveld et.al., 2023) Användningen av akutvårdsbesök, intagning till sjukhus och återintagning till sjukhus sjönk (Roots & MacDonald, 2014; Jones et.al, 2018)



Läkarnas arbetsbörda minskades efter implementation av AKS. (Roots & MacDonald, 2014; Chouinard et. al., 2017; Lovink et.al., 2018; Leede-Brunsveld et.al., 2023). Det som ansågs som negativt för läkarna var att deras fall blev mer krävande när AKS tog hand om de lättare fallen. (Lovink et.al., 2018) Nöjdheten med arbetssituationen blev bättre hos kollegor. (Roots & MacDonald, 2014; Jones et.al, 2018) Arbetet gick från individuellt arbete till mera fokus på teamwork. (Roots & MacDonald, 2014) Kommunikationen mellan vårdgivarna förbättrades. (Roots & MacDonald, 2014)

I PEPPA modellen nämns det att det kan vara fördelaktigt om ledarna ger över en del av ledarskapsuppgifterna till AKS. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) AKS behöver i sitt dagliga arbete ledarskapsförmågor. (Sangster-Gormley et.al., 2013) Den avancerade sjukskötaren behöver flera olika typer av ledarskapsförmågor. (Wood, 2021)

Tack vare sina ledarskapskunskaper inom kliniskt ledarskap, forsknings- och vårdkunskaper kan AKS ta hand om helhetsvården av patienter. Detta gör också att de kan arbeta självständigt, diagnostisera och skapa nya modeller av vård. (Strachan et.al., 2022) Professionellt ledarskap innebär att man tar ansvar över den egna karriärmässiga utvecklingen. (Wood, 2021) Eftersom rollen är ny och okänd för många kollegor så kommer det frågor av dem till AKS vad rollen betyder och vad de gör. (Sangster-Gormley et.al., 2013) Hälsa- och sjukvårdsorganisations ledarskap har att göra med allt runt omkring AKS rollen. (Wood, 2021) AKS arbetar på ett sätt där hon ofta hamnar att samarbeta med olika kollegor och vårdgivare, hålla kontakt med dessa samt koordinera vården. AKS fungerar då i en ledarskapsroll där hon koordinerar vården för klientens bästa. (Sangster-Gormley et.al., 2013) AKS är ofta den som undervisar och lär upp övrig personal. (Biezen et.al., 2017), (Roots & MacDonald, 2014; Boman et.al., 2019) Hälsopolitiskt ledarskap är att ta initiativ/visa och bistå med ledarskap i de politiska beslut som påverkar vården samt att hålla fram och påvisa nyttan av AKS och vården åt intressenter. (Wood, 2021) AKS får oftast en ledarskaps och konsulterade roll i olika sammanhang. Det kan vara i strategisk utveckling av vården eller olika projekt. De håller då fram det kliniska- och vårdperspektivet. (Leede-Brunsveld et.al., 2023)



Både mentorskap och klinisk översikt spelar en stor roll i implementationen av en ny AKS. (Wells & Tolhurst, 2021) Förmannen har en viktig roll i att stöda AKS i deras rollutveckling. (Strachan et.al., 2022) Positiv inställning hos ledarna är mycket viktigt. (Leede-Brunsveld et.al., 2023) Stödet av ledarna är något som tydligt kommer fram i PEPPA modellen. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Ofta har AKS många olika ledare som sköter olika delar. Hur ledarskapet av AKS skall skötas verkar dock inte ännu hittat sin rätta form. (Chouinard et. al., 2017) Klinisk översikt är en viktig faktor vid utvecklingen av avancerad roller inom vården. (Reynolds & Mortimore, 2021) När huvudansvaret av den kliniska träningen ligger hos vårdledare verkar stödet till AKS bli högre. (Chouinard et. al., 2017) AKS kan fungera som kliniska ledare åt varandra (Chouinard et. al., 2017)

Ledare inom vården satte stor vikt på att ordna nätverksträffar för AKS. Dessa tillfällen gjorde att de kunde diskutera och utbyta idéer och tankar. (Chouinard et. al., 2017) Högre uppsatta ledare inom vården hade ansvaret över systematiska-, politiska och makronivås uppgifter gällande AKS. De hade en viktig uppgift att presentera och hålla fram AKS på olika möten och tillfällen. Denna typ av uppgift var viktigt i alla steg av implementationen av AKS. (Chouinard et. al., 2017)

Ledarnas roll i implementation är kritiskt avgörande. (Sangster-Gormley et.al., 2013), (Boman et.al., 2019; Antypas & Kirkevold, 2020). Detta nämns även i PEPPA modellen där de säger att Administrationen och ledare har en stor inverkan på hur väl rollen kommer implementeras. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Det är både högre uppsatta ledare och närförmän som är involverade i utvecklingen av rollen. (Antypas & Kirkevold, 2020) PEPPA modellen säger att beslutfattares värderingar och erfarenheter spelar en stor roll i hur bra implementationen lyckas. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Ledarna har en viktig uppgift i att diskutera och informera om rollen samt marknadsföra den. (Chavez et.al., 2017) Ledarskap på politisk nivå har också en stor påverkan på hur implementationen lyckas. (Strachan et.al., 2022) Vid implementaionsprocessen kommer AKS att behöva en hel del stöd av ledarna. (Sangster-Gormley et.al., 2013)

Ledarnas roll vid implementationen:

- Stöda
- Marknadsföra
- Se till de fysiska möjligheterna
- Jämställighet
- Informera om rollen
- Klinisk handledning
- Ordna nätverks möjligheter

Resultatet i detta examensarbete var på många sätt ihopkopplingsbart med vårdteorin PEPPA modellen. Detta stöder både trovärdigheten i arbetet samt visar på att PEPPA modellen är en välutvecklad implementationsmodell. PEPPA modellen är framtagen som en mall för hur man framgångsrikt utvecklar och implementerar AKS rollen. Modellen fokuserar helt på de specifika problem, utmaningar och möjligheter som uppkommer vid implementation av AKS rollen. (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) Vid framtida implementation av AKS i hemvården kunde såväl PEPPA modellen som detta arbete vara ett verktyg.

Vidare forskning om ämnet behövs. Detta arbete var brett och gick inte in på djupet i något av ämnena. Vid framtida forskning kunde man göra en mer djupdykning i de olika områdena. Vid framtida forskning kunde man också ännu mera fokusera på ledarskapets påverkan eller vikten av AKS egna ledarskapskunskaper. När rollen blivit vanligare i Finland i hemvården kunde man göra en forskning om vilken påverkan den haft på hemvården i Finland samt hur implementationen lyckats.

10 Källförteckning

Ahrne, G., & Svensson, P. (2022). Handbok i kvalitativa metoder, upplaga 3. Stockholm:

Liber.

Andrade, A. M., Castro, E. A. B., Brito, M. J. M., Braga, P. P., & Silva, K. L. (2019).

Nursing practice in home care: the mediation of care by reflexivity. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(4), 956–963. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0431>

Bakerjian, D. (2022). The Advanced Practice Registered Nurse Leadership Role in Nursing

Homes, Leading Efforts Toward High Quality and Safe Care. *Nurs Clin N Am* 57
245–258 <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2022.02.011>

Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis,

NursingPlus Open, 2, s. 8–14, <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>.

Berry, E. & Black, F. (2021) Leadership at all levels of primary health care nursing. *APNA*

Primary Times Summer (Volume 21, Issue 2) Hämtad 27.4.2024 från

<https://www.apna.asn.au/hub/primary-times-articles/2021-summer-primary-times/leadership-at-all-levels-of-primary-health-care-nursing>

- Bilek, M. (2006). The Changing Nurse Practitioner Role in a Hospitalist Program. Academic Search Elite. Hämtad 30.03.2023 från <https://web-p-ebsohost-com.ezproxy.novia.fi/ehost/detail/detail?vid=1&sid=2ebfd5b6-0612-4516-94a5-6d179e5fe593%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=28635130&db=afh>
- Bourne, P. (2023). *Ten simple rules for good leadership*. Academic Search Elite. Hämtad 22.05.2023 från <https://web-p-ebsohost-com.ezproxy.novia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=cfd78b4f-b5fd-432e-9b9b-ae30232aed18%40redis>
- Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practicenursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2).
- Carlson, K. (2024). NP vs. APRN: What's the Difference?. Nurse Journal. Hämtad 27.4.2024 från <https://nursejournal.org/resources/np-vs-aprn/>
- Dağhan, S. & Topçu, S. (2020). Nursing and leadership necessities. *J Educ Res Nurs*. DOI:10.5152/jern.2022.09634
- Denscombe, M., (2016). *Forskningshanboken – För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur
- Denscombe, M., (2010). *The Good Research Guide, For small-scale social research projects, Fourth Edition*. Open University Press: Berkshire

Drevenhorn, E. (2017). *Hemsjukvård*. Studentlitteratur.

Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2006). The Clinical Nurse Specialist and Nurse Practitioner Roles: Room for Both or Take Your Pick? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 56–59.

Fagerström, L. M. (2019). *Avansert klinisk sykepleie*. Glynedal.

Finlands sjuksköterskeförbund. (u.å.). *Nya arbetsbeskrivningar för sjukskötare – kvalitet i framtida socialoch hälsovårdstjänster*. Hämtad 27.04.2023 från https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/05/APN_RAPORTTI_RUOTSI_WEB.pdf

Finlex. *Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010*. (2010). Hämtat från www.finlex.fi

International Council of Nurses. (2023). Nursing Definitions. Hämtad 27.03.2023 från <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

Klingborg, Donald & Moore, Dale & Varea-Hammond, Sonya. (2006). What Is Leadership?. *Journal of veterinary medical education*. 33. 280-3. 10.3138/jvme.33.2.280.

Kodi M, Sharma S. (2021). Realities, scope, challenges, and facilitators for implementation of nurse practitioner's role in India: A review. *Int J Nurs Sci*. doi: 10.1016/j.ijnss.2021.03.003. PMID: 33997140; PMCID: PMC8105548.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lamb A, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Latimer M. (2018). Describing the leadership capabilities of advanced practice nurses using a qualitative descriptive study. *Nurs Open*. doi: 10.1002/nop2.150.

Liu, CF, Hebert, P, Douglas, J, Neely, E, Sulc, C, Reddy, A, Sales, A, Wong, E. (2020). Outcomes of primary care delivery by nurse practitioners: Utilization, cost, and quality of care. *Health Serv Res*. doi: 10.1111/1475-6773.13246.

Lyckhage, E. D. (2019). *Att bli sjuksköterska : en introduktion till yrke och ämne*. Lund: Studentlitteratur.

Mak, S., & Thomas, A. (2022). Steps for Conducting a Scoping Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(5), 565–567. <https://doi.org/10.4300/jgme-d-22-00621.1>

Morganelli, M. (2021). What is nurse leadership? Hämtad 21.05.2023 från <https://www.snhu.edu/about-us/newsroom/health/what-is-nurse-leadership>

Neuroliitto. (u.å.). Kotihoito ja kotisairaanhoito. Hämtad 20.04.2023 från <https://neuroliitto.fi/tieto-tuki/neuvonta/usein-kysytyt-kysymykset/asuminen-ja-kodinhoito/kotihoito-ja-kotisairaanhoito/>

- Palomaa, A., & Tapola, K. (2022). Lääkäreistä on pulaa jopa niissä kaupungeissa, joissa heitä koulutetaan – silti opiskelijamääriä ei aiota lisätä. Hämtad 31.03.2023 från <https://yle.fi/a/74-20010129>
- Rankin, V. (2023). Clinical Nurse Leader: A Role for the 21st Century. Hämtad från <https://web-p-ebsochost-com.ezproxy.novia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=e77320bc-c8d1-488a-8005-6aa2024cba38%40redis>
- Razavi, M. O'Reilly-Jacob, M. Perloff, J. Buerhaus, P. (2021) Drivers of Cost Differences Between Nurse Practitioner and Physician Attributed Medicare Beneficiaries. *Med Care*. doi: 10.1097/MLR.0000000000001477.
- THL. (2023a). Hemvård. Hämtad 31.03.2023 från <https://thl.fi/sv/web/aldre/service-for-aldre-forandras/hemvard>
- THL. (2023b). Servicehandledning. Hämtad, 23.09.2023 från <https://thl.fi/sv/web/invandring-och-kulturell-mangfald/stodmaterial/god-praxis/servicehandledning>
- Valvira, & Aluehallintovirasto. (2022). *Ändrade socialvårds- och äldreomsorgslagar och reformens inverkan på tillståndsförvaltningen och tillsynen*. Hämtad från https://www.valvira.fi/documents/18502/315806/Andrade_socialvards_och_aldeomsorgslagar.pdf/d1ddc9ce-d1ac-541c-8ff7-c348709810f2?t=1673339315915

Wheeler K, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens M. (2022) Advanced Practice Nursing Roles, Regulation, Education, and Practice: A Global Study. *Ann Glob Health*. doi: 10.5334/aogh.3698.

Österbottens Vårdsområde. (2021). Hemsjukhuset i Österbotten. Hämtad 20.04.2023, från <https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/halsa-och-medicinska-tjanster/sjukhustjanster/allmanmedicinska-vardavdelningar/hemsjukhuset-i-osterbotten/>

Österbottens Vårdsområde. (2022). Hemvård. Hämtad 11.04.2023 från <https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/socialvardstjanster/stod-i-vardagen/stod-i-vardagen-for-aldre/tjanster-och-service-som-ges-hem/hemvard/>

Österbottens vårdsområde. (2022). *Tjänster som ges i hemmet*. Hämtad 14.04.2023 från <https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/wp-content/uploads/2022/09/Tjanster-som-ges-hem.pdf>

Bilaga 1.

Titel	Författare	Årtal, Tidskrift, Land	Design/metod & resultat	Syfte	Resultat
1.Supporting nurse practitioners practice in primary healthcare settings: a three-level qualitative model	Veronique Chouinard, Damien Contandriopoulos, Melanie Perroux, Catherine Larouche	2017, BMC Health services Research, Kanada.	Denna artikel är en del av ett större projekt kring avancerade sjukskötare. Fallstudie utgående från tillgängliga dokument angående tre olika lyckade implementationer av AKS samt 18 semistrukturerade intervjuer.	Syftet med denna forskning var att se hur olika strukturer och mekanismer som använts för att implementera AKS verkligen fungerat. Samt att utveckla en modell för hur man identifierar och planerar tillräckligt med stöd i klinisk kontext.	Resultatet från forskningen visar att det finns flera olika typer av stöd som kan ges: Kliniskt, stöd från teamet och systematiskt stöd. Resultatet visade också att en lyckad implementation av AKS krävde gott samarbete i teamet. Trots att det redan fanns en existerande plan för hur AKS skulle implementeras så hade de tre olika fallen gjort det på väldigt olika sätt. På alla tre fall fanns även olika variabler som påverkade implementationen av AKS. Det framkom också vikten av att en ledare med vårdinriktning skulle vara en bra ledare för AKS då de bättre förstår varifrån AKS har sina rötter och vad rollen betyder.

2. Using nurse practitioner co-management to reduce hospitalizations and readmissions within a homebased primary care program	Masha Jones, Linda DeCherrie, Yasmin Meah, Cameron Hernandez, Eric Lee, David Skovran, Theresa Soriano, Katherine Ornstein.	2018, Journal of healthcare Quality, USA.	Fallstudie och enkät. 1114 patienter deltog i projektet, av dem deltog 87 i AKS delen. Enkäten skickades ut till läkare som deltog i projektet. 13 Läkare svarade på enkäten.	Projektet gick ut på att läkare i samarbete med AKS delar på ansvaret över patienter. AKS gjorde hembesök och konsulterade vid behov läkare. Syftet med denna forskning var att se om projektet hade någon påverkan på sjukhusintagning, återintagning till sjukhus och patienternas nöjdhet.	Resultatet visade att klienter som deltog i projektet med AKS i primärvården (hemvården) hade mindre hospitaliseringar även återintagning till sjukhus minskade. Från enkäten framkom att läkarna ansåg att patienterna fick bättre vård. De flesta läkare 12 av 13 tyckte de fick mer tid till andra klienter. Åtta läkare kände sig mindre utbrända medan fem kände sig lita utbränd. Alla läkare ansåg att projektet gett positiv inverkan.
3. Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study	Alison Roots, Marjorie MacDonald	2014, Human Resources for Health, Kanada.	Fallstudie utgående från tre fall där AKS implementerats i primärvården på landsbygden.	Syftet med forskningen var att identifiera hur implementationen av AKS i samarbete med läkare påverkade kollegor, vården, samhället, samt användningen av den lokala akutmottagningen.	Resultatet visade att AKS påverkar hur vården ges till klienter. Implementationen av AKS gav klienter mer tid med vårdgivare, stärkte teamarbetet och ändrade vården till mer interprofessionell vård. Vården ändrade från mer ensamarbete till samarbetet, vilket också höjde läkarnas nöjdhet med arbetet. Klienters tillgång till vård förbättrades och läkarna som tidigare arbetat ensamma kände sig mera tillfreds med arbetssituationen.

4. Structure evaluation of the implementation of geriatric models in primary care: a multiple-case study of models involving advanced geriatric nurses in five municipalities in Norway	Konstantinos Antypas & Marit Kirkevold	2020, BMC Health Services Research, Norge.	Fallstudie där fem olika norska kommuner, sju AKS med fokus på geriatrik deltog samt en intervju där 25 AKS och intressenter deltog.	Syftet med forskningen var att undersöka implementationen av vårdmodellen som AKS ger inom geriatrik i primärvården. Forskningen fokuserade också på vilka faktorer som kan påverka implementationen.	Resultatet visade att flertal aspekter påverkade implementationen av AKS: organisationsstrukturen, intressenters involvering, vilken modell som framtagits för AKS rollen, Tydligheten i rollbeskrivningen, tydligheten i mål samt utvärderingen av modellen. Det framkom också att det var viktigt med samarbetet och involveringen av kollegor för en lyckad implementation. Det behövde också finnas rum för förändring av modellen och rollen. Ledarskapet spelade också roll i hur implementationen lyckades. Stödet från förmannen var viktigt. Det var också viktigt att förmannen förstod AKS rollen.
5. Skill mix change between general practitioners, nurse practitioners, physician assistants and	Marleen Lovink, Anneke van Vught, Anke Persoon, Lisette Schoonhoven, Raymond Koopmans, Miranda Laurant	2018, BMC family practice, Nederländerna	Intervjustudie med 34 vårdgivare. Av dessa var nio läkare, tio AKS, fem läkarassistenter, tio sjukskötare. Intervjuerna genomfördes i fem fokusgrupper och 14 individuella intervjuer.	Syftet med denna forskning var att se hur utbytet av färdigheter sker i den dagliga verksamheten mellan AKS, läkare och läkarassistenter. Även att se vad som påverkade utbytet av färdigheter och samarbete.	Resultatet visade att implementationen av AKS i Nederländerna varit utmanande. Uppgifterna och ansvarsfördelningen var otydlig. AKS jobbade också sällan med enbart äldre utan mer ofta med en blandning av olika patienter och uppgifter. Vilket ansvar och vilka uppgifter de hade varierade mycket beroende på var de arbetade.

nurses in primary healthcare for older people: a qualitative study				Forskningen fokuserade även på implementationen av AKS och läkarassistenter i vården och vilken påverkan detta hade.	Forskningen kom dock fram till att man ansåg att introduktionen av AKS och läkarassistenter positivt påverkade vården samt att de påverkade läkarens roll. AKS möjliggjorde också att patienterna kunde få hembesök i stället för att alltid behöva komma till mottagningen.
6. 'Thinking outside the box': advanced geriatric nursing in primary health care in Scandinavia	Erika Boman, Ann-Louise Glasberg, Rika Levy-Malmberg & Lisbeth Fagerström	2019, BMC Nursing volume, Sverige.	Intervjustudie, 25 semistrukturerade intervjuer med sjukskötare, ledare, läkare, politiker, äldre människor.	Syftet med denna forskning var att fundera över möjligheten att introducera geriatriska AKS i Skandinavien. Genom intervjuerna sökte man både multiprofessionella åsikter samt åsikter av de äldre.	Resultatet visade på ett flertal problem inom vården idag: mångsjuka äldre som skall vårdas hemma, brist på kompetent personal och organisationella utmaningar. Forskningen fokuserade också på implementationen av avancerade sjuksköterskor för äldre. Det framkom ett flertal saker som kunde hjälpa eller hindra implementationen. De faktorer som kunde påverka implementationen är en rädsla för otillräcklig kunskapsnivå för att klara av komplexa fall, stöd från kollegor, oklar roll och oklara gränser, inställningen i organisationen till förändring.

7. Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study	Mieke van der Biezen, Emmy Dereckx, Michel Wensing, Miranda Laurant	2017, BMC family practice, Nederländerna.	Intervjustudie med 39 deltagare. Sju ledare för primärvård som gavs utanför kontorsarbetstid samt 32 läkare som jobbade i primärvårdsvården.	Syftet med denna studie var att se på vilka faktorer som påverkar primärvårdens val att implementera/anställa AKS eller läkarassistent.	Resultatet visade att det fanns svårigheter att implementera AKS i primärvården utanför kontorstid. Detta berodde bland annat på svårigheter i teamarbete. Under kontorstid kunde AKS implementeras antingen för att byta ut läkare för mindre åkommor eller som ett tillägg till läkaren för att erbjuda annorlunda vård. Det var lite fokus satt på planeringen och rolldefinitionen. Hur implementationen lyckades hade också mycket att göra med läkarens åsikt kring AKS.
8. International practice settings, interventions, and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review	Krista Chavez, Andrew Dwyer, Anne-Sylvie Ramelet.	2018, International journal of nursing studies, Schweiz.	Denna forskning använde metoden scoping review. 82 forskningar ingick. 56 primära forskningar och 26 litteraturstudier.	Syftet med denna forskning var att samla in och sammanfatta hur AKS jobbar med äldre. Forskningen såg på vårdmiljön, vårdåtgärderna samt vilken påverkan AKS hade på vården av äldre.	Resultatet kartlagde vilken forskning som redans finns i ämnet, hur man implementerat AKS rollen, vilken påverkan rollen har på vården samt hur den mäter sig mot den vård som läkare ger. Den bästa kostnadseffektiva påverkan såg man inom hemvården och boendevården. Resultatet visade generellt positiv påverkan av implementationen av AKS inom äldreomsorgen. I hemvården kunde man se att implementation av AKS

					minskade fall, och hospitalisering medan de förbättrade det fysiska måendet.
9. A realist evaluation case study of the implementation of advanced nurse practitioner roles in primary care in Scotland	Heather Strachan, Gaylor Hoskins, Mary Wells, Margaret Maxwell.	2022, Journal of Advanced Nursing, Skottland.	Forskningen gjordes med hjälp av två metoder fallstudie & intervjuer. I fas ett bestod av 15 semistrukturerade telefonintervjuer med informanter. Fas två bestod av fallstudie där man såg på fem olika fall av implementation av AKS.	Syftet med forskningen var att utvärdera hur implementationen av AKS i primärvården lyckats i Skottland. Forskningen ville se vad som funkar, för vem och varför.	Resultatet visade att AKS arbetsuppgifter skilde beroende på var hen arbetade. På landsbygden fick AKS ta sig an flera roller. Det fanns ett flertal olika faktorer som påverkade implementationen av AKS: Rollens definition, läkare, vårdteamets och intressenternas involvering, finansiering av utbildning och möjligheten till klinisk handledning. Implementationen påverkades även av ledarskapet, den geografiska orten samt utmaningar med arbetsbörda. Det framkom också att AKS tar bra beslut, förbättrar tillgången till vård samt förbättrar klienternas upplevelser.
10. A case study of nurse practitioner role implementation in primary care: what happens	Esther Sangster-Gormley, Ruth Martin-Misener, Fred Burge	2013, BMC Nursing volume, Kanada.	Denna forskning gjordes i en kombination mellan fallstudie och intervjustudie. I intervjuerna deltog 16 deltagare, fyra ledare, tre läkare, två sjukskötare, fyra AKS, tre övrig personal. Deltagarna jobbade på tre olika	Syftet med forskningen var att förklara processen kring implementation av AKS rollen medan den var pågående. Samt att ta fram vilka aspekter som påverkade	Resultatet visade de stora utmaningarna i att implementera en ny yrkesroll i en arbetsmiljö som inte är bekant med den. Det framkom hur viktigt det var att tidigt involvera intressenter i implementationen av rollen, ledarskapet spelade en stor roll i detta. En tydlig rolldefinition var viktig.

when new roles are introduced?			<p>primärhälsovårdsområden. Aktuella och intressanta dokument samlades in från samma områden. Detta var projektplaner, mötesprotokoll, förslag, AKS rollbeskrivning, strategiska planer även dokument som beskrev AKS yrkesroll samlades in.</p>	<p>implementationens framgång.</p>	<p>Det var även viktigt att ha en långtidsplan för rollen. Både det att den som blev AKS var bekant sedan tidigare eller att rollen var bekant sedan tidigare gjorde att kollegor snabbare accepterade den nya rollen.</p>
11. Nurse Practitioners in Community Health Care: A Rapid Scoping Review of Their Role, Tasks, Responsibilities, and Implementation in Northwest Europe	S. de Leede-Brunsveld, N. Bleijenberg, J. Verhoef, C Holtkamp, J van Vught.	202, Health & Social Care in the Community, Nederländerna.	<p>Denna forskning använde metoden scoping review. Totalt 17 artiklar ingick.</p>	<p>Syftet med denna forskning var att göra en översikt över den befintliga informationen som finns kring vård som ges av AKS i nordvästra Europa. Med speciellt fokus på primärhälsovården, påverkan på patienter, samt vilka faktorer som påverkar implementationen.</p>	<p>Resultatet fokuserade på vad rollen har för arbetsuppgifter och ansvar, hur rollen påverkar vården och klienter samt hur rollen implementerats. De flesta kollegor och klienter var mycket nöjda med implementationen av en AKS. En viktig aspekt som togs upp var att AKS kunde leverera den vård som krävs för att ta hand om mer krävande fall i hemmen. Faktorer som kunde förhindra implementationen var t.ex. skepticism från läkare, att kollegor inte förstod rollen, brist på vision samt brist på tillgången till kunskap. Faktorer som positivt påverkade implementationen var ett gott samarbete, utbildning och träning,</p>

					utveckling av rollen och ledarskap. Det kom fram att implementationen av rollen endast påbörjats och att det finns mycket jobb kvar.
12. Comprehensive geriatric assessment delivered by advanced nursing practitioners within primary care setting: a mixed-methods pilot feasibility randomised controlled trial	Safari, R., Jackson, J. & Boole, L	2023, BMC Geriatrics, England.	Denna forskning gjordes med metoden randomiserad kontrollerad fallstudie. Ca 160 sköra patienter deltog. Deltagarna delades in i två grupper slumpmässigt. Den ena gruppen genomgick bedömningen av äldre klienter. Grupperna jämfördes sedan. 13 intervjuer genomfördes också med patienterna.	Syftet med denna studie var att se på genomförbarheten med att implementera en modell där man utreder vilka äldre som är sköra och behöver mer stöd. Samt inför en stödplan med en AKS.	I den grupp som fick bedömningen minskade upplevd smärta och den fysiska förmågan förbättrades. Inga tydliga förändringar sågs i sjukhusbesök, samtal och besök till läkare och akuten. Tillgången till vården blev bättre och klienterna upplevde vården mer kontinuerlig. Patienterna ansåg att de hade tid att fråga frågor och över lag mer tid med vårdgivaren. Vården blev också kontinuerlig och AKS kunde vara spindeln i nätet som följde upp hur vården framskred med olika instanser. Trots att jämförelsen mellan grupperna inte var statistiskt av betydelse så visade intervjuerna att AKS bidrar med kvalitet till vården.
13. Physician Assistants and Nurse Practitioners in Primary Care	van Erp, R. M. A., van Doorn, A. L., van den Brink, G. T., Peters, J. W. B., Laurant, M. G.	2021, International journal of integrated care, okänt.	Denna forskning använde metoden litteraturstudie. 15 forskningar ingick.	Syftet med forskningen var att få en inblick i hur ”primary care plus” ges av en AKS eller läkarassistent.	Primary care plus betyder att mer av specialistsjukvården görs på primärvården. Detta gör att den vård som tidigare gavs på sjukhus nu kan ges på hälsocentraler eller i hemmen. Resultatet visade att primary care

Plus: Systematic Review	A H., & van Vught, A. J.				plus hade åtminstone lika bra vård som sjukhusvård. Primary care plus hade också färre intagningar och remitteringar. Problem som uppstod i implementationen var problem med tillgången på material och redskap, finansiering, åtkomst till patientdata. Det som stödde implementationen var stöd från specialiteter, samarbete och protokoll.
14. In-hours acute home visits by advanced nurse practitioners in primary care: a qualitative study	Wells, A., Tolhurst, E.	2021, British journal of nursing, England.	Intervjustudie med åtta deltagare som jobbar som AKS med akuta hembesök.	Syftet med denna forskning var att utvärdera perspektivet med akuta hembesök av AKS i primärhälsovården.	Resultatet visade positive effekt av AKS hembesök. AKS som yrkesroll jobbar holistiskt och detta är fördelaktigt i ordnandet av hembesök. AKS har sina grunder i sjukskötarrollen och detta gör att de får en mer vårdande roll. De gör också att de kan ta sig an sjukskötarpuppgifter ifall det behövs. Resultatet visade också att det tar tid innan en ny AKS implementerats i yrkesrollen. Bra samarbete, speciellt med läkaren var viktigt för implementationen. Att ha bra ledare för AKS var också nämnt. Både behovet av kliniska och organisationella ledare. Det framkom också

					behovet av stöd speciellt i början av karriären.
15. Nurse Practitioner Autonomy and Relationships with Leadership Affect Teamwork in Primary Care Practices: a Cross-Sectional Survey	Poghosyan, L., & Liu, J.	2016, Journal of general internal medicine, USA.	Denna forskning gjordes som enkätstudie. Enkäter skickades ut till 807 avancerade kliniska sjukskötare från 163 olika primärvårdsenheter i Massachusetts, USA. 314 svar kom tillbaka på enkäten.	Syftet med denna forskning var att se på ifall autonomi och relationen med ledarskap påverkar samarbetet med läkarna.	Resultatet visade att både AKS autonomi och deras relation till ledarskapet påverkade samarbetet till läkare. En god relation till ledarskap var fördelaktigt för samarbetet. Så även AKS autonomi påverkade positivt samarbetet med läkarna. Genom att satsa på ledarskapet och relationen till ledarskapet samt AKS autonomi kunde man förbättra samarbetet. Ifall ledarskapet och administrationen ej förstod AKS roll och vad de behöver kunde detta negativt påverka arbetskulturen.
16. Leadership and management for nurses working at an advanced level	Cate Wood	2021, British Journal of nursing, England.	Artikel skriven av forskare på Oxford Brookers universitet.		Ledarskap och administration är en central del av avancerad vård. Ledarskapet hör sitter ihop med de övriga delar som hör till AKS yrkesroll. De fördjupade kunskaper som en AKS besitter gör att de kan ge en evidensbaserad kostnadseffektiv vård åt sina patienter. AKS behöver sina ledarskapskunskaper i olika situationer. I denna artikel tog de fram fyra områden av

					ledarskap. Kliniskt ledarskap, professionellt ledarskap, politiskt ledarskap och organisationsledarskap. Dessa olika områden går ibland in i varandra men kräver även olika typer av ledarskapsförmågor.
17. Clinical supervision for advanced practitioners	Julie Reynolds och Gerri Mortimore	2021, British Journal of nursing, England.	Artikel skriven av universitetslektorer I avancerad klinisk vård på universitet i Derby.		För utvecklingen av kliniskt kunnande är det viktigt med effektiv klinisk översikt. Kliniskt och professionellt ledarskap sitter tätt ihop. Det är viktigt att det kliniska ledarskapet uppmuntrar till reflektion över aktuella kliniska situationer och att man kan dra lärdom av dem. Kliniskt ledarskap kräver också sin egen tid. Det är viktigt att det finns ordentligt med tid undsatt för detta. Kliniskt ledarskap behöver vara strukturerat, övervakat och även ledaren behöver få ett stöd för att lyckas i sitt ledarskap.