



# Patienters bedömning av sjuksköterskans kompetens på en akutmottagning

Utifrån patientens utbildningsnivå

Författare: Sofia Alfredsson & Fanny Larsson

Handledare: Anna Kristensson Ekwall

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Patienters bedömning av sjuksköterskans kompetens på en akutmottagning

Utifrån patientens utbildningsnivå

Författare: Sofia Alfredsson & Fanny Larsson

Handledare: Anna Kristensson Ekwall

Kandidatuppsats

Hösten 2013

## Abstrakt

**Bakgrund:** Mötet på en akutmottagning präglas av högt tempo och kort vårdtid. Som sjuksköterska är det av vikt att arbeta med god kompetens för att ge bästa möjliga vård. **Syftet:** Beskriva relationen mellan patientens utbildningsnivå och bedömning av sjuksköterskans kompetenser samt att lyfta fram de kompetenser, som enligt patienten, brister eller utmärker sig hos sjuksköterskan. **Metod:** En kvantitativ icke experimentell tvärsnittstudie på en akutmottagning vilket resulterade i 198 besvarade enkäter som låg till grund för resultatet. **Resultat:** Sjuksköterskan bedöms bäst av grundskoleutbildade och sämst av gymnasieutbildade. Inom studerade delar av sjuksköterskans kärnkompetens bedöms personcentrerad vård bäst och informatik sämst. **Slutsats:** Det kan föreligga en skillnad i hur utbildningsnivå påverkar bedömning av sjuksköterskan. Dock ses ingen tydlig riktning för att sjuksköterskan skulle bedömas bättre om respondenter är låg- eller högutbildade då resultaten är spridda.

## Nyckelord

Bedömning, sjuksköterska, utbildningsnivå, kärnkompetens, akutmottagning

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	3
Perspektiv och utgångspunkter .....	3
Jean Watson .....	3
Sjuksköterskans kompetens .....	4
Personcentrerad vård .....	4
Säker vård .....	6
Informatik och kommunikation .....	7
Utbildningsnivå .....	9
Syfte .....	11
Metod .....	11
Urval .....	11
Datainsamling .....	12
Instrument .....	12
Data analys .....	13
Forskningsetiska avvägningar .....	13
Resultat .....	15
Diskussion .....	18
Diskussion av vald metod .....	18
Urval och bortfall .....	19
Instrument .....	19
Diskussion av framtaget resultat .....	20
Demografisk påverkan .....	21
Sjuksköterskans utbildning .....	22
Socioekonomiska faktorer .....	22
Slutsats och kliniska implikationer .....	23
Författarnas arbetsfördelning .....	24
Referenser .....	25
Bilaga 1 (Item från använd enkät) .....	29

# Introduktion

## Problemområde

Det existerar en skild mening mellan patient och vårdare, om vad som är viktigt i första tiden i vårdmötet. Vårdtiden innan ett medicinskt utlåtande ser vårdare som till för tekniska uppgifter, medan patienter uppfattar samma tid som betydelsefull för att bli sedd, hörd och respekterad (McDonald & McIntyre, 2001; Vårdförbundet, 2011; Wiman & Wikblad, 2004; Elmqvist & Frank, 2012). Den skilda uppfattningen är enligt Elmqvist och Frank (2012) ett resultat av det stora patientflödet på akutmottagningar. Mängden patienter som vårdpersonal omhändertar bidrar till ett ökat avstånd mellan patienten. Fenomenet leder till ökad risk för brist i information och helhetssyn i akuta situationer (ibid.). Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för sjuksköterskor går emot den aktuella situationen. Föreskriften tar upp det essentiella med att främja hälsa och aktivt förebygga ohälsa. Bestämmelsen säger att sjuksköterskan ska ha kompetens att “identifiera och aktivt förebygga hälsorisker”, “identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård” och “motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling” (Socialstyrelsen, 2005).

Varje år skadas drygt 100 000 patienter i vården, varav 3000 avlider. Vårdskador resulterar i ökad vårdtid som i sin tur kostar svenska samhället cirka sex miljarder kronor per år (Vårdförbundet, 2011). Bakomliggande orsaker till vårdskador har grupperats i olika orsaksområden av Socialstyrelsen. Exempel på grupperna som redovisades var utbildning och kompetens (Socialstyrelsen, u.å.).

Muntlin, Gunningberg och Carlsson (2008) påvisade att patienter bedömer sjuksköterskan olika beroende på studerad variabel, som: ålder, utbildning eller huvudsymtom. Evidens finns således för att bedömningen av sjuksköterskor och deras arbetsuppgifter varierar utifrån betraktaren. Dock finns få ingående studier på utbildningsnivå som specifik oberoende variabel (ibid.). Författarna kommer att belysa hur sjuksköterskans kompetens på en akutmottagning bedöms utifrån patientens utbildningsnivå.

## Bakgrund

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Utgångspunkten i studien utgörs av människovärdesprincipen, som ingår i de nationella riktlinjerna utfärdade av Sveriges regering. Principen innebär att alla människor ska behandlas lika och erhålla jämbördiga förutsättningar oavsett samhällsroll eller egenskaper (Regeringen, 2004). Socialstyrelsens föreskrifter om ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” (SOSFS 2005:12, 4 kap) poängterar liknande: “Patienten och närstående visas omtanke och respekt, oavsett ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning...” (§1). Förtydligande beskriver socialstyrelsens riktlinjer att alla patienter ska beaktas utifrån individuella resurser samt bemötas med samma attityd från samtliga vårdprofessioner (Hörnsten, 2012). Människovärdesprincipen som förespråkas av Watson (1988/1993) kompletteras med ett humanvetenskapligt perspektiv som innebär att människan har en egen utformning, ett eget utvecklings samband med världen och att detta pågår fortlöpande (ibid.).

### Jean Watson

Jean Watsons teori växte fram ur tre aspekter: “carative factors”, “transpersonal caring relationship” och “caring moment/caring occasion”. Första begreppet: carative factors (omvårdnadsfaktorer), består av tio faktorer som utvecklats till den centrala delen av Watsons teori. Omvårdnadsfaktorerna grundas i aspekter som stärker relationen mellan patient och vårdare. Hon redogör om att sätta patienten i fokus genom att främja och acceptera uttryck av känslor, samt genom att utveckla förtrostan och förtroende. Vidare förklarar Watson värdet av interpersonell undervisning och lärande och systematisk användning av problemlösning för att underlätta beslutstagande (1988/1993).

Andra aspekten transpersonell caring relationship (transpersonell omsorgsrelation) definieras av Watson som ”intersubjektiv mellanmänsklig relation, i vilken sjuksköterskan som människa berör och berörs av den andra som människa” (Watson, 1988/1993, s.75). Watson beskriver att den relation som startar då sjuksköterskan träder in i patientens fenomenologiska fält, ska grundas i omsorg. Omsorg förklarar hon även som att ha största respekt för mänsklig värdighet. Förutsättningar för transpersonell relation i omsorg är främst sjuksköterskans

förmåga att skydda och främja mänsklig värdighet, ha förmåga till insikt och att uppfatta patientens inre känslor och tillstånd. Sjuksköterskan ska genom personlig interaktion skapa en relation med patienten som bidrar till förståelse för patientens aktuella tillstånd och livssituation. Watson redogör problematiken med att om sjuksköterskan skapar en personlig relation till patienten, kan det anses som oprofessionellt (Watson, 1988/1993).

Sista delen av Watson teori bygger på caring moment/caring occasion (omvårdnadsögonblick/omvårdnadstillfälle). Omvårdnadsögonblick förklaras som tillfället då sjuksköterska och patient skapar en mellanmänsklig överföring utifrån individuella livshistorier och fenomenologiska fält. Tillfället involverar handling och val från både sjuksköterskan och patienten. Bägge parter har under ögonblicket möjligheten att välja hur de vill vara i relationen. Om relationen kan bli transpersonell, bedöms det i ögonblicket (Watson, 1988/1993).

### *Sjuksköterskans kompetens*

Institute of Medicine of the National Academies [IOM] är en oberoende organisation som bildades 1970. I en rapport från 2003 av IOM utformades sjuksköterskekompetenser som IOM påtalade skulle skapa en fundamentalt bättre vård om de applicerades i grundutbildningen för sjuksköterskor. De kom att kallas kärnkompetenser som efter hand utvecklats och är nu erkända och nyutfärdade av både Quality and Safety Education for Nurses [QSEN] i USA (som är ett projekt utformat av IOM) och Svensk Sjuksköterskeförening [SSF]. De sex fastställda kärnkompetenserna är för närvarande: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informations- och kommunikationsteknologi (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlen, 2013). Den aktuella studien belyser tre av de sex kärnkompetenserna: personcentrerad vård, säker vård och informatik.

### Personcentrerad vård

Definitionen av kärnkompetensen personcentrerad vård (IOM, 2003; QSEN, 2013; SSF 2010) är följaktligen "Att utgå från patienten som person och planera och genomföra samordnad vård utifrån personens individuella behov, värderingar, förväntningar och föreställningar, med bevarande av personens integritet och värdighet" (Edberg et al., 2013, s.17).

QSEN har kartlagt personcentrerad vård utifrån en mall med teman. Mallen är utformad för att få en djupare förståelse av definitionen och för samman vårdpersonals kompetens med bemötandet av patienten. Definitionen grundas i att informera, involvera, integrera och analysera hela patienten. Färdigheterna QSEN nämner som mest essentiella är att vårdpersonalen får fram patientens värderingar, behov och preferenser för senare användning samt att respektera gränser med etiska avvägningar. QSEN beskriver att sjuksköterskan ska värdera förmågan att se från patientens perspektiv och stötta via empowerment, samt ära lärandetillfällen och vilja till egenvård (QSEN, 2013).

Vetenskapliga studier har belägg för hur kulturen kring personcentrerad vård ser ut från ett patientperspektiv. Muntlin, Gunningberg och Carlsson (2006) beskriver patientens bedömning av vårdkvalitet på en akutmottagning i Sverige. I studieresultatet framgick förslag från patienter till förbättring av vården inom samtliga områden som studerades. 26 % av 114 respondenterna ansåg att varken sjuksköterskan eller undersköterskan visade intresse för individen. Samma studie klargjorde att sjuksköterskor och patienter har olika syn på god och kvalitativ vård. Den skilda synen varierade inom patientgrupper. Patienter som var missnöjda med det personcentrerade förhållningssättet efterlyste förbättring och ville att sjuksköterskan skulle lära sig att ta kontakt med patienten (ibid.).

I en studie av Wiman och Wikblad (2004) visades att ett instrumentellt beteende var dominant inom akutsjukvården. Beteendet innebar att sjuksköterskan brydde sig mer om tekniska delarna av omvårdnaden och gav mindre uttryck för omsorg (ibid.). Ett högt tempo på akutmottagning bidrar till att sjuksköterskan ger mindre uppmärksamhet till patientens personliga behov vilket kan resultera i bristande vård (Frank, Asp & Dahlberg, 2008). Fenomenet ses även i en undersökning av Ekwall och Davis (2009). Studien konstaterade att sjuksköterskan skattades högre på en observationsavdelning än på akutmottagning i 12 av 15 påståenden ur den svenska versionen av Consumer Emergency Care Satisfaction Scale [CECSS]. I diskussionen belyser Ekwall och Davis svårigheten i personcentrerad vård på akutmottagning då den bygger på ett komplicerat samspel (ibid.). Bland annat ökar risken för vårdskador då sjuksköterskan endast ser till symtom och inte hela patienten (Willman, 2010) vilket även sammankopplas med det konstaterande instrumentella beteendet (McDonald & McIntyre, 2001; Wiman & Wikblad, 2004). Hörnsten (2012) skriver att god personcentrerad vård leder till minskade samhällskostnader relaterat till bekräftelse och trygghet i vården.

Watson förklarar företeelsen om god omsorg från sjuksköterskor i sin omvårdnadsteori. Hon beskriver att en god sjuksköterska är uppmärksam på patienten som en unik individ genom att observera patientens känslor och skilja ut individen från ordinär grupp. Watson lägger även signifikans i sjuksköterskans självkänsla och livssyn samt att bevara och stäva efter humanitet (Watson, 1988/1993).

Sammanfattningsvis krävs personcentrerad vård för en nöjd patientgrupp dock kan det bli problematiskt på en akutmottagning då flera faktorer spelar in i helheten.

## Säker vård

Säker vård bygger på att minimera risken för skada hos patienter och vårdare, både på individ- och organisationsnivå (QSEN, 2013). QSEN definierar kärnkompetensen säker vård som "Säkerhetsarbete för att lära av och förhindra individ- och systemrelaterade misstag som kan medföra skador för patient och personal inom hälso- och sjukvården" (Edberg et al., 2013, s.17). Precisering av begreppet innefattar därmed patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetsarbete definieras Lindh och Sahlqvist (2012) som "Arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser" (s.18). Lindh och Sahlqvist (2012) skriver även det komplexa sammanhanget att säker vård beror på ett flertal faktorer, från basala rutiner till kultur på arbetsplatsen (ibid.).

I sjukvården finns åtskilliga avvikelser konstaterade (Vårdförbundet, 2011). Mänskliga misstag sker ständigt och går inte eliminera helt, enligt QSEN (2013). Som sjuksköterska är det betydelsefullt att veta hur den mänskliga faktorn spelar in för att kunna utvärdera potentiella risker (ibid.). Det mesta som sker och inte sker i vården är ett resultat av kommunikation och mänskligt handlande. Det är sjuksköterskan som hanterar läkemedel, möter patienter, gör analyser, bedriver journalhantering och utför olika bedömningar vid förändrade hälsotillstånd. Samtliga arbetsuppgifter i vården utgör en risk för bristande vård. Genom att utveckla rutiner och vårdprogram som reducerar avvikelser, främjas arbete mot en säker vård (Lindh & Sahlqvist, 2012). Vårdprogram och riktlinjer måste följas och åldrade rutiner ska kontinuerligt uppdateras (Öhrn, 2013). I professionen bör sjuksköterskan ha insikt om ansvarsfördelning och betydelse av säkerhetsarbete om arbetsmiljön inte kan säkerställa en god och säker vård. Arbetet ska inte endast rikta sig mot inträffade skador utan även verka förebyggande genom kvalitetsförbättring (SSF, 2010). I 3 kap. i Patientsäkerhetslagen (SFS



2010:659) behandlas skyldigheten för vårdgivare att bedriva patientsäkerhetsarbete. Skyldigheterna består bland annat av att grunda arbetet på evidensbaserad vård, använda delegering, bedriva konkret ansvarsfördelning och använda anmälningsskyldighet. Watson (1988/1993) beskriver att sjuksköterskan bör lösa omvårdnadsproblem kreativt och vetenskapligt, utifrån evidensbaserade studier och egna erfarenheter. Hon skriver dessutom i en av hennes utvecklade omvårdnadsfaktorer att sjuksköterskan ska skapa en stödjande, skyddande, fysisk, sociokulturell och andlig miljö (ibid.).

I studien fokuseras begreppet säker vård på sjuksköterskans skyldigheter enligt patientsäkerhetslagen och definitionerna från QSEN (2013) samt Lindh och Sahlqvist (2012) i koppling till omvårdnadsteoretikern Jean Watson.

## Informatik och kommunikation

Inom vård är god kommunikation och informatik nödvändig. QSEN definierar informatik som ”Information och kommunikation som stödjer hälso- och sjukvård på olika nivåer för att bidra till att vården svarar mot enskilda patienters behov och säkerhet” (Edberg et al., 2013, s.17). Det är faktorer som kan få patienten känna sig sedd och hörd och indirekt bidra till god vård (Fossum, 2013). Eide och Eide (2009) beskriver att kärnan i kommunikation är respekt, aktivt lyssnande, öppenhet och konkretiserande. Kommunikation ter sig ofta i två huvudtyper: verbal och icke verbal. Den verbala kommunikationen avser att informationen har förmedlats språkligt, antingen i skrift eller antingen i tal. Den icke verbala kommunikationen innebär utbyte av signaler, som kroppshållning, gester, ansiktsuttryck, tonläge och beröring. Medvetet och omedvetet signaleras verbal och icke verbal kommunikation i möten. Oftast kan den icke verbala kommunikationen spela en lika viktig roll som den verbala. I kommunikation är felaktiga tolkningar och missförstånd oundvikligt och därför är det av vikt i arbetet som sjuksköterska att förstå hur kommunikationsprocessen fungerar (ibid.).

God kommunikation kan ses som kvalitetssäkring av omvårdnad och ökad effektivisering av vården. När kommunikationen fungerar väl på en vårdplats kan patienterna förflytta sig lättare genom vårdsystemet, behöva kortare behandlingstid och få en tryggare vårdtid. På en akutmottagning där tempot är högt och patientflödet stort krävs det av vårdpersonalen att på kortare tid skapa kontakt och få en helhetsbild av patienten (Eide & Eide, 2009). För patienten kan besöket på mottagningen bli förvirrande då flera professioner förmedlar information

(Klang Söderkvist, 2013). Kommunikationen mellan professioner behöver fungera väl (Eide & Eide, 2009).

Enligt Brockway, Carr, Giuntoli, McNeily, Paul Schyve och Reis (2009) är kommunikationsbrist grundorsaken till försämrad patientsäkerhet och vård (ibid.). Vårdpersonal bör kommunicera så att patienten förstår. Dialogen kan bli försvårad om komplicerade uttryck eller medicinska termer används. Miljön sjuksköterskan befinner sig i är även viktig att beakta. Om hög ljudnivå eller stressig atmosfär föreligger är det av vikt att sjuksköterskan anpassa sig till den. Det är dessutom betydelsefullt att uppmärksamma patientens egna förutsättningar som hörselnedsättning, språkbarriärer och vokabulär (Fossum, 2013). Kommunikationsbristen kan grundas i att vårdare fokuserar på sjukdomen och hur den ska behandlas, än individen (Coffey et al., 2012).

Watson (1988/1993) beskriver i sin teori vikten av inläring och undervisning. Sjuksköterskan bör utveckla en lära-undervisa relation vilket skapar en enhet med patienten, som bidrar till bästa möjliga kommunikationen. Vidare använder Watson sig av begreppet human altruistiskt synsätt där individfokuserat arbete används (ibid.). Genom lärande och undervisande kan patientens egna förutsättningar belysas och kommunikationshinder undvikas (Fossum, 2013).

I en studie gjord av Pytel, Fielden, Meyer och Albert (2009) framkom att sjuksköterskor och patienter hade en liknande uppfattning om vad som var viktigt under mötet på akutmottagning. Det viktigaste enligt bägge parter var informationen om vad som sker eller ska ske. Studien visade även att de kommunikativa egenskaperna som patienterna och de anhöriga önskade mest hos sjuksköterskan, var att uttrycka omsorg, lyssna aktivt på patientens bekymmer, visa respekt, medkänsla och genuin oro. Pytel et al. (2009) redovisade att 38 % av 123 patienter och anhöriga inte kände sig nöjda med den kommunikation de haft med sjuksköterskan (ibid.). Muntlin et al. (2006) redovisade i deras studie att 21 % av 107 patienter ansåg att de inte hade fått användbar information huruvida de skulle utföra egenvård eller hur de skulle ta hand om sig själva av sjuksköterskan. Väsentligheten med kommunikation bekräftas i en studie av Thompson, Yarnold, Williams och Adams (1996) där lång väntetid inte hade lika negativ effekt som dålig kommunikation.

Sammanfattningsvis visar studier att brist på informatik och kommunikation kan vara ett resultat av att patienter inte anser sig få relevant information eller att kommunikationen är bristfällig. Studien undersöker hur patienten bedömer kärnkompetensen informations- och kommunikationsteknologi (Edberg et al., 2013) som författarna till studien valt att förenkla till begreppet informatik.

### *Utbildningsnivå*

Av Sveriges samlade befolkning mellan 25-64 år har 14 % uteslutande grundskoleutbildning, 45% gymnasial utbildning och 39% eftergymnasial utbildning med varierande längd, 2% saknar uppgift. I landet varierar utbildningsnivån även utifrån ort (Statistiska centralbyrån [SCB], 2011). Syftet med utbildning enligt de mänskliga rättigheterna är att stärka individens personlighet till fullo, styrka mänskliga rättigheter och grundläggande frihet och förbättra överseendet mellan människor oberoende av nation, kultur och religion (FN, 2012). Utbildningsnivå är både en påverkande och icke påverkande variabel beroende på studie (Muntlin et al., 2008; Bursch, Beezy & Shaw, 1993).

I en rapport av Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering [IFAU] framkom det tydligt att utbildningsnivå har effekt på hälsan. Om individen har låg utbildningsnivå är risken att drabbas av hälsoproblem större jämfört med de högutbildade. I rapporten definieras individerna med högskoleutbildning som högutbildade och de utan högskoleutbildning definieras som lågutbildade. Den största skillnad mellan utbildningsnivåer var i åldern 50-59, då risken att drabbas av sjukdom hos en lågutbildad individ var 5,69 %, vilket var den högsta siffran i studien. Författarna förklarar dock att risken att drabbas av ohälsa är betydligt vanligare i hög ålder, vilket förklarar den höga siffran även hos högutbildade i samma ålder (4,12 %). Nästan lika stor skillnad påvisades hos individerna i ålder 40-49 där resultatet visade att individer med låg utbildning hade 4,50 % risk att drabbas av hälsoproblem jämfört med individer med hög utbildning där risken låg på 2,94 %. Förklaringar till den minimerade risken att drabbas av ohälsa hos patienter med hög utbildningsnivå kan bero på att de följer medicinska behandlingar bättre samt att de lättare kan hantera kontakten med sjukvården (Lundborg, Nilsson & Vikström, 2011). I försäkringskassans socialförsäkringsrapport ”Sjukskrivningar i olika yrken” framkom att yrken med inget krav eller lågt krav på utbildning, hade fler antal ersatta sjukskrivningsdagar än yrken som kräver högre utbildning (Försäkringskassan, 2010).

Muntlin et al. utförde år 2008 en uppföljningsstudie av deras egen studie "Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement" (2006). Den första studien (2006) resulterade i att patienter skattade vårdkvaliteten annorlunda sinsemellan (ibid.). Uppföljningsstudien av Muntlin et al. (2008) fokuserades på varför patienter skattade olika. Resultatet visade att olika faktorer, bland annat utbildningsnivå hade en påverkan på vad patienter kräver för vård. Olika utbildningsgrupper (grundskola, gymnasieutbildning eller motsvarande, högskole- eller universitetsutbildning) sattes i samband med skattning av sjuksköterskans kompetens. Resultatet visade en signifikant skillnad i utbildningsnivå gällande personcentrerat tillvägagångssätt och sociokulturell atmosfär, där högskole- eller universitetsutbildade var mer kritiska. Störst skillnad var mellan respondenter med grundskoleutbildning jämfört med högskole- eller universitetsutbildade. Högutbildade patienter upplevde även brist på respekt från vårdpersonal (ibid.). Utöver artikeln av Muntlin et al. (2008) existerar knapert evidensbaserat material om hur utbildningsnivå påverkar bedömningen av sjuksköterskans kompetens. Fastställt är dock av Frank, Fridlund, Baigi & Asp (2010) att patienter med kortare utbildning än sju år, lättare anser sina grundläggande behov tillfredsställda jämfört med dem som har en utbildning längre eller lika med tolv år. Likaledes hade patienter med hög utbildning högre förväntningar på vården (ibid.).

Jean Watson (1988/1993) ser utbildningsnivå som en varierande faktor i det mänskliga sammanhanget. Hon beskriver vidare att sjuksköterskan ska utgå ifrån patientens individuella behov, anpassa efter personliga styrkor och begränsningar. Sammanhanget tyder på, som tidigare nämnts, att ett utvecklingssamband krävs löpande mellan sjuksköterska och patient under vårdtiden. Utvecklingssamband sker bland annat genom transpersonellt undervisande och inlärande, som är en av Watsons omvårdnadsfaktorer. Faktorn belyser att lärande bör ske i samma utsträckning som undervisning för att sjuksköterskan ska förstå patients uppfattning av situationen. Genom att förstå situationen får sjuksköterskan redskap att utarbeta en kognitiv plan för förbättrad och fortsatt vård (1988/1993).

## Syfte

Syftet var att beskriva relationen mellan patientens utbildningsnivå och bedömning av tre av sjuksköterskans kärnkompetenser (personcentrerad vård, säker vård och informatik) samt att lyfta fram de kompetenser, som enligt patienten, brister eller utmärker sig hos sjuksköterskan.

## Metod

Studien är en kvantitativ icke experimentell tvärsnittstudie (Polit & Beck, 2010). Studien grundas i deskriptiv statistik som används för att beskriva och sammanfatta data med exempelvis medelvärde eller procent. Datainsamling pågick under begränsad tid på en akutmottagning i specifik region (ibid.).

## Urval

Inklusionskriterierna för respondenter var patienter på akutmottagningen efter inskrivning. Patienterna var tvungna att ha en prioritering två eller lägre i triagering enligt RETTS/ESS (Widgren, 2012). Ingen medverkan i studien gjordes till patienter som var påverkade av sitt tillstånd, hade tydliga språkliga kommunikationsproblem, inkom med ambulans eller bedömdes vara livshotande sjuk eller skadad. Exklusionskriterierna för medverkan i studien var 17 år eller yngre.

Studien är en så kallad väntrumsundersökning vilket består av individer som på eget bevåg tagit kontakt med specifikt besöksställe (Ejlertsson, 2005). Ejlertsson (2005) beskriver det som att urvalet i en väntrumsundersökning inte blir slumpmässig eftersom det är en större sannolikhet för till exempel högkonsumenter av sjukvård och äldre att söka till akutmottagning.

1000 enkäter delades ut varav 209 ifyllda och delvis ifyllda returnerades. Externbortfallet uppmättes till 79,1 %. Olsson och Sörensen (2011) beskriver att externbortfallet består av de respondenter som av någon anledning inte ville medverka i studien. Planerat bortfall under datainsamling låg till grund i exklusionskriteriet som uppmättes till 5,3 % (Billhult & Gunnarsson, 2012a). Procentantalet representerar åtta respondenter under 18 år, samt tre

respondenter som inte angett ålder i enkäten. 198 respondenter kvarstod som underlag för data i studien. Internt bortfall beskrivs av Olsson och Sörensen (2010) som bortfall under de frågor och påståenden som inte besvarats i enkäten. Det interna bortfallet varierade mellan 5,1-20,7 % av använda item.

## **Datainsamling**

Besöksenkäten delades ut i samband med inskrivning på akutmottagningen, av sekreterare eller kanslist som inte var medverkande i patienters omvårdnad. Utdelande personal hade emellertid konkret information och kunskap om forskningsprojektet. Sekreterare eller kanslist bedömde potentiella respondenter utifrån inklusionskriterier för tänkbar medverkan i studien. Tillsammans med enkäten medföljde ett informationsbrev och ett svarskuvert. Enkäten lämnades in efter besöket på akutmottagningen, antingen i låda på akutmottagningen eller så returneras enkäten i ett frankerat svarskuvert.

### *Instrument*

Enkäten som använts för datainsamling är utformad för ett forskningsprojekt på Lunds Universitet år 2013. Enkäten är disponerad med frågor och påståenden om hur patienten uppfattar vården på akutmottagning. Frågeformuläret innehåller frågor om demografi samt tre validerade instrument som mäter olika uppfattning. Chlans (2004) instrument mäter oro/ångest. Edvardsson, Sandman och Rasmussens (2008) instrument mäter personcentrerad vård. Ekwall och Davis (2009) instrument mäter patientnöjdhet. Instrumentet som mäter patientnöjdhet är nämnd som CECSS. Mätinstrumentet som ligger till grund för aktuell studie är beprövad i Ekwall och Davis studie (2009) och är en svensk version av amerikanska formuläret CECSS. Beprövningen av instrumentet av Ekwall och Davis syftade till (bland annat) att se hur validerad den svenska versionen av CECSS var. Resultatet påvisade att validiteten och reabiliteten var densamma som den amerikanska originalenkäten.

Item som används för att sammanställa studien är nominal-skalan utbildningsnivå, samt den svenska versionen av CECSS. Totalt används 19 av 58 items i formuläret. CECSS vilket är en ordinalskala (Billhult & Gunnarsson, 2012b) består av 18 items som berör sjuksköterskans kompetens. 4 items berör säker vård, 6 items berör informatik och 8 items berör personcentrerad vård. De 18 items som berör sjuksköterskans kompetens är utformat enligt

likert skala (Polit & Beck, 2010). Patienten kan svara genom att ange 1-5. Där 1 betyder “Håller fullständigt med”, och 5 är “Håller inte alls med”. Items som används presenteras i Tabell 2 samt Bilaga 1.

## **Data analys**

Enkätsvaren matades in i det statistiska dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, Version 21; SPSS Inc, Chicago, Illinois). Respondenternas demografi framställdes via deskriptiv statistik. Skattningsskalan där respondenterna bedömde sjuksköterskans kompetens redovisades i medelvärden per item tillsammans med standardavvikelse. Medelvärde enligt Polit och Beck (2010) avser summan av alla observationer dividerat med antal observationer. Standardavvikelsen är ett komplement till medelvärdet som visar hur långt ifrån enskilda observationer ligger det aritmetiska medelvärdet (ibid.). Totala medelvärden per utbildningsnivå sammanställdes till tre teman; säker vård, informatik respektive personcentrerad vård.

I enkäten finns fyra frågor som är negativt formulerade. Polit och Beck (2010) skriver att graderingen i frågorna måste omvändas så att en låg värdering genomgående reflekterar positiv attityd (gentemot sjuksköterskan) vilket utfördes i SPSS.

Data från den oberoende variabeln delades in i tre utbildningsnivåer: grundskola, gymnasium eller motsvarande och högskole- eller universitetsutbildade. De 18 påståenden, som är de beroende variablerna i studien (Olsson & Sörensen, 2011), bearbetades in i tre subskalor, vilket representerar de tre kärnkompetenserna studien undersöker (tabell 3). Subskalorna användes för att se attityden gentemot olika områden (Polit & Beck, 2010).

## **Forskningsetiska avvägningar**

För medverkande i studien gäller konfidentialitet, närmare anonymitet. Varken forskare eller andra utomstående kan identifiera enskilda individer (Olsson & Sörensen, 2011). Inga påminnelser kunde därför skickas till respondenter som inte besvarat enkäten. Vetenskapsrådet har framtagit forskningsetiska principer som har följts i enkätstudien. De består av fyra huvudkrav: informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav (Vetenskapsrådet, 2002). Det innefattar att deltagande personer är informerade

om undersökningen och att har förmågan att förstå informationen och fatta beslut. Medverkande ska enligt Kjellström (2012) informeras om eventuella obehag eller risker. Respondenter ska även erhålla information om att det är helt frivilligt att medverka och att de har rätt att avbryta sin delaktighet när som helst. Det får inte förekomma någon yttre påverkan av lockelse eller tvång (Kjellström, 2012; Olsson & Sörensen, 2011). Samtyckeskrav innebär att respondenter hade rätt att bestämma om medverkan i undersökningen och ska ha lämnat samtycke. Om respondenterna var omyndiga ska vårdnadshavare gett sitt godkännande. Insamlad data förvarades så att obehöriga inte hade tillgång samt att uppgifter som enkätstudien samlade in användes endast till det forskningen avsåg (Olsson & Sörensen, 2011).

Överlämnandet av frågeformulär inskränker i patientens personliga sfär (Nyström, 2003) och gjordes med en uppmärksamhet på patientens reaktion. Ingen medverkandeförfrågan har föreslagits till de patienter som visar negativ reaktion.

Patientens vård kom före studien och de som hade en prioritering tre eller högre i triagering enligt RETTS/ESS (Widgren, 2012) blev inte tillfrågade att delta. Sjuksköterskan ska hitta en balans mellan att sin professionella roll och forskare, ibland måste patienten skonas från forskningsundersökningar. En studie ska inte ske på bekostnaden av patientens integritet och hälsa men samtidigt väga över så att forskningen kan ge patienten bättre vård långsiktigt (Kjellström, 2012).

Forskningsprojektet på Lunds Universitet har blivit bedömt godkänt av regionala etikprövningsnämnden (Diarienummer 2013/56). Aktuell studie är beviljad av Vårdvetenskapliga Etiknämnden (ansökningsnummer VEN 80-13).



## Resultat

Karaktäristiska fanns inte tillgängligt vid datainsamling relaterat till anonymitet. Utfallet av demografi redovisas i tabell 1.

Samtliga värden i tabell 2 och 3 redovisas i medelvärden tillsammans med standardavvikelse. Medelvärdena är beräknade utefter respondenternas svar på påståenden i CECSS. Skattningen i CECSS är 1 lika med ”Håller fullständigt med” och 5 lika med ”Håller inte alls med”. För att förtydliga står ett lågt medelvärde för att sjuksköterskan är bedömd positivt.

Tabell 2 visar bedömning av olika påståenden i samband med mötet med sjuksköterskan på akutmottagning. Bedömningen är fördelad på respondenternas utbildningsnivå. Data av de 18 påståendena har bearbetats in i tre subskalor (de tre kärnkompetenserna). I tabellen (tabell 2) är item uppdelade under specifik rubrik som representerar respektive subskala. I enkäten är undersökta item spridda i instrumentet.

**Tabell 1.** Karaktäristiska hos respondenter (N=198).

Karaktäristiska	
<b>Ålder</b> medelvärde (SD)	52 (20)
min-max	18-94
<b>Kön</b> <sup>1</sup> n(%)	
Man	79 (40)
Kvinna	118 (60)
<b>Utbildningsnivå</b> n(%)	
Grundskola	41 (21)
Gymnasium eller motsvarande	85 (43)
Högskole- eller universitetsutbildad	72 (36)

<sup>1</sup>Internt bortfall en respondent (0,5 %).

Resultatet av tabell 2 visar att sjuksköterskan blev bedömd sämst på ett och samma påstående: ”Sjuksköterskan talade om för mig vad jag kunde förvänta mig hemma” under subskalan informatik. Under påståendet skattade respondenter med gymnasieutbildning samt de med

högskole- eller universitetsutbildning samma värde (3,5). Värdet visar att sjuksköterskan bedömdes under medellinjen av möjligt skattningsintervall. Sjuksköterskan blev bedömd bäst av respondenter med grundskoleutbildning under två item: ”Sjuksköterskan utförde sina uppgifter skickligt” (subskala säker vård) och ”Sjuksköterskan var inte särskilt vänlig” (subskala personcentrerad vård). Bedömningen på 1,2 betyder att sjuksköterskan nästan var felfri inom studerade påståenden.

Tabell 3 visar en helhet av sjuksköterskan, beroende av utbildningsnivå och per subskala (kärnkompetens). Beroende av utbildningsnivå bedömdes sjuksköterskan bäst av grundskoleutbildade, därefter högskole- eller universitetsutbildade och sjuksköterskan bedömdes sämst av gymnasieutbildade. Subskalan som ansågs som bäst utförd av sjuksköterskan var personcentrerad vård (1,9). Sämst bedömd kärnkompetens representerades av informatiken (2,7). Bästa bedömda kärnkompetenser beroende av utbildningsnivå i tabellen var personcentrerad vård och säker vård. Båda bedömda av grundskoleutbildade. Sämst bedömd var informatiken, skattad av respondenter med gymnasieutbildning eller motsvarande.

**Tabell 2.** Medelvärde för studerade item i CECSS.

	<b>Utbildningsnivå</b>		
	Grundskola	Gymnasium eller motsvarande	Högskole- eller universitets- utbildning
	Medelvärde <sup>2</sup> (SD)	Medelvärde <sup>2</sup> (SD)	Medelvärde <sup>2</sup> (SD)
<b>Säker vård</b>			
Sjuksköterskan utförde sina uppgifter skickligt	1,2 (0,6)	1,7 (1,1)	1,5 (0,9)
Sjuksköterskan verkade kunnig om min sjukdom/problem	1,8 (1,3)	2,1 (1,3)	1,8 (0,9)
Sjuksköterskan visste vilken behandling som behövdes	2,2 (1,5)	2,4 (1,4)	2,1 (1,2)
Sjuksköterskan borde varit mer uppmärksam än han eller hon var <sup>1</sup>	1,8 (1,1)	2,2 (1,4)	2,3 (1,5)
<b>Informatik</b>			
Sjuksköterskan gav mig instruktioner om hur jag skulle ta hand om mig hemma	3,2 (1,7)	3,1 (1,7)	3,2 (1,5)
Sjuksköterskan talade om för mig vilka problem jag skulle vara uppmärksam på	2,8 (1,5)	3,1 (1,6)	3,1 (1,5)
Sjuksköterskan talade om för mig vad jag kunde förvänta mig hemma	3,2 (1,7)	3,5 (1,5)	3,5 (1,5)
Sjuksköterskan förklarade alla undersökningar och ingrepp innan de gjordes	2,2 (1,5)	2,6 (1,7)	2,3 (1,4)
Sjuksköterskan gav mig möjlighet att ställa frågor	1,8 (1,3)	2,1 (1,4)	1,8 (1,1)
Sjuksköterskan försäkrade sig om att alla mina frågor var besvarade	2,2 (1,4)	2,6 (1,5)	2,5 (1,3)
<b>Personcentrerad vård</b>			
Sjuksköterskan verkade vara för upptagen vid sjuksköterskeexpeditionen för att ha tid att prata med mig <sup>1</sup>	1,8 (1,2)	2,3 (1,4)	2,2 (1,4)
Sjuksköterskan förklarade på ett sätt jag kunde förstå	1,8 (1,3)	2,0 (1,4)	1,6 (0,8)
Sjuksköterskan var förstående när jag berättade om mina problem	1,7 (1,1)	2,1 (1,4)	1,6 (0,9)
Sjuksköterskan verkade uppriktigt engagerad i min smärta, rädsla och oro	2,0 (1,3)	2,4 (1,5)	1,9 (1,1)
Sjuksköterskan behandlade mig som ett nummer istället för en person <sup>1</sup>	1,4 (0,7)	2,0 (1,4)	1,5 (1,0)
Sjuksköterskan verkade förstå hur jag kände mig	1,9 (1,2)	2,5 (1,5)	1,9 (1,0)
Sjuksköterskan var inte särskilt vänlig <sup>1</sup>	1,2 (0,8)	1,8 (1,4)	1,4 (0,8)
Sjuksköterskan verkade ta sig tid att tillgodose mina behov	1,8 (1,1)	2,4 (1,5)	2,2 (1,2)

<sup>1</sup>Negativt formulerade item är omvända så att en låg värdering genomgående reflekterar positiv attityd.

<sup>2</sup>Medelvärdena är beräknade utefter respondenternas svar på påståenden där 1 står för "Håller fullständigt med" och 5 står för "Håller inte alls med".

Sammanställt bedömdes sjuksköterskan, oberoende av utbildningsnivå och utan inriktning på kärnkompetens, till 2,2.

**Tabell 3.** Medelvärde för studerade kärnkompetenser och utbildningsnivå.

	<b>Utbildningsnivå</b>			Total bedömning av kärnkompetens
	Grundskola	Gymnasium eller motsvarande	Högskole- eller universitets- utbildning	
	Medelvärde (SD) <sup>1</sup>	Medelvärde (SD) <sup>1</sup>	Medelvärde (SD) <sup>1</sup>	Medelvärde (SD) <sup>1</sup>
Säker vård	1,7 (0,8)	2,1 (1,0)	1,9 (0,9)	2,0 (0,9)
Informatik	2,4 (1,3)	2,8 (1,3)	2,6 (1,1)	2,7 (1,2)
Personcentrerad vård	1,7 (0,7)	2,2 (1,2)	1,8 (0,8)	1,9 (1,0)
Total bedömning av sjuksköterskan	1,9 (0,8)	2,3 (1,1)	2,1 (0,8)	2,2 (0,9)

<sup>1</sup>Medelvärdena är beräknade utefter respondenternas svar på påståenden där 1 står för ”Håller fullständigt med” och 5 står för ”Håller inte alls med”, som sedan kategoriserats.

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Icke experimentell kvantitativ studiedesign användes relaterat till att oberoende variabel inte blir manipulerad i studien (Polit & Beck, 2010). Uteslutandet av litteraturstudie som metod grundas i det bristande materialet som förelåg om just utbildningsnivå som variabel (Muntlin et al., 2008). Tidigare studier behandlar andra variabler än vad den aktuella studien skulle undersöka. Polit och Beck (2010) skriver att en kvantitativ studie är en bra utgångspunkt för att studera ett utfall objektivt. Deskriptiva studier observerar, beskriver och dokumenterar endast studerad situation (ibid.). Studien beskriver endast ett deskriptivt utfall av olika variabler. Resultaten kan därmed appliceras för akutmottagningen där datainsamling genomfördes, men kan inte generaliseras på en större population.

## *Urval och bortfall*

Urvalet bestämdes utifrån inklusions- och exklusionskriterier på plats på akutmottagningen. Polit och Beck (2010) beskriver att ett representativt urval kan uppnås i en kvantitativ studie, men lika många datainsamlingar får bias i urvalet (ibid.). I genomförd studie kan metodfel inte diskuteras ingående eftersom författarna inte deltagit vid datainsamling. Emellertid är dock inte urvalet representativt i en större population, som nämnts innan. Författarna kan heller inte svara för att patienter som varit påverkade av sitt tillstånd exkluderades, då sekreterare och kanslist delade ut enkäterna. Bedömning av tillstånd gjordes därmed av dem. Polit och Beck (2010) beskriver att ju större urval desto mindre blir urvalsfelet. Urvalsfel i studien grundas i externbortfallet på 79,1 %, vilket kan avläsas som en hög siffra. Olsson och Sörensen (2011) beskriver att externbortfallet består av de respondenter som av någon anledning inte ville medverka i studien. Författarna beskriver att de som svarar på enkäten kan populationsmässigt skilja sig från de som inte svarat. Förtydligande behöver respondenter som svarar på enkäten lämpligtvis inte vara representativa för de som vistas på akutmottagningen vilket ger bias i resultatet (ibid.). 198 ifyllda enkäter av 1000 utdelade kan anses som knapp insamling. Speciellt då Polit och Beck (2010) påpekar att ett större urvalsfel följer med ett stort bortfall. Genomförd studie kan jämföras med exempelvis studien av Muntlin et al. (2008) där resultatet grundas på 200 personer och fick ut signifikanta resultat. Dock hade studien av Muntlin et al. jämnare fördelning inom utbildningsnivågrupper (ibid.). I genomförd studie är utbildningsnivån lite snedfördelad. Grundskoleutbildade än minst hälften så många till antalet som respondenter med gymnasieutbildning eller motsvarande.

## *Instrument*

Instrumentet som använts (Ekwall & Davis, 2009) är som tidigare nämnts en svensk version av CECSS. Polit och Beck (2010) förespråkar att ett test görs av instrumentet, som ska användas, innan datainsamling. Använt instrument är beprövat av Ekwall och Davis med samma validitet och reabilitet som den amerikanska versionen. Polit och Beck (2010) skriver att ett frågeformulär har både positiva och negativa aspekter. Positiva aspekter är att de är ekonomiska och erhåller mindre bias. Negativa aspekter är att frågor inte kan läsas av alla (blinda, dyslektiker, osv.) och att de kan misstolkas vilket kan vara anledning till internt bortfall (5,1-20,7 %) hos påståendena i likert skalan. Använt instrument har negativt formulerade items så att en låg värdering genomgående reflekterar positiv attityd. Denna

teknik beskriver Polit & Beck (2010) som nödvändig för att fånga upp respondenter som svarar samma på flertalet frågor samt att få övriga att tänka till för att svara korrekt på påståenden.

Insamlingen av enkäterna pågick främst under sommarmånaderna. Spekulationer kan göras omkring att insamlingsperioden kan ha påverkat resultatet. Under sommarmånaderna övertas många av avdelningarna på sjukhus, inklusive akutmottagningar, av sommarvikarier. Sommarvikarierna kan bestå av nyfärdiga och överarbetade sjuksköterskor som arbetar på grund av en högre ersättning. Arbetande sjuksköterskor under sommaren behöver nödvändigtvis inte representera bemanning på akutmottagning övriga delar av året, vilket kan ge ett snedvridet resultat när det hänvisas till bedömningen av sjuksköterskan. Om datainsamlingen hade skett en annan period under året, hade eventuellt resultaten sett annorlunda ut.

Indelningen av subskalor i studien kan medföra fel i resultatet på grund av metodfel. Indelningen av items till respektive subskala är utformad av författarna och följer därmed inte någon beprövad anvisning till hur påståendena (item från CECSS) ska eller kan indelas. Resultaten från tabell 3 bedöms rimliga vilket värderas minska risken för felvärden.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Genomförd studie visar att det kan föreligga en viss skillnad hur patienten bedömer sjuksköterskans kompetens utifrån utbildningsnivå. Resultaten påvisar att sjuksköterskan bedöms bäst av grundskoleutbildade och sämst av gymnasieutbildade. Inom studerade delar av sjuksköterskans kärnkompetens bedöms personcentrerad vård bäst och informatiken sämst. Generellt sett är kärnkompetensen personcentrerad vård bedömd bäst av sjuksköterskans kärnkompetenser. Det är även en av de viktigaste faktorerna som Watson efterlyser i sin teori (1998/1993). Både grundskole- och högskoleutbildade bedömde personcentrerad vård bäst medan gymnasieutbildade skattade säker vård bäst. Informatiken är bedömd som den sämsta kärnkompetensen av samtliga utbildningsnivåer, men även totalt. Det är även den kärnkompetens som avviker mest från medelvärden av bedömd sjuksköterskekompetens, vilket drar ner resultatet på den totala bedömningen. Personcentrerad vård och informatik är de kärnkompetenser som främst spelar roll för samlad tillfredsställelse av vård på akutmottagning menar Bursch et al. (1993). Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg och

Wadstens studie (2011) visar att informatik och kommunikation är en av de faktorer som behövs kvalitetsförbättras inom svensk vård. 62,5 % av studerade faktorer krävde en kvalitetsförbättring. De påståenden som fick sämst resultat, och därmed krävde störst kvalitetsförbättring, var: "Jag fick bra information om egenvård: hur jag ska ta hand om mig själv" (ibid.). Påståendet är likvärdigt med två av items genomförd i aktuell studie: "Sjusköterskan gav mig instruktioner om hur jag skulle ta hand om mig hemma" och "Sjuksköterskan talade om för mig vad jag kunde förvänta mig hemma". Dessa två items är dem som i resultatet blivit sämst bedömda av respondenter. Artikeln av Fröjd et al. (2011) stärker därmed resultatet att informatik är bedömt sämst. Brister i informatik på akutmottagning är tidigare fastställt i ett flertal studier (Wiman & Wikblad, 2004; Pytel et al., 2009; Thompson et al., 1996).

### *Demografisk påverkan*

Den bästa bedömningen av akutmottagning görs av äldre patienter (Fröjd et al. 2011). Muntlin et al. (2008) fann ett samband i sin studie att yngre och högutbildade är mer kritiska gentemot vården (ibid.). Specifika åldersvariationer studerades inte i föreliggande studie och fördelningen på ålder kan därför inte utvärderas, men spridning på ålder som ligger till grund för datainsamling är spridd på 76 år. Ett intressant faktum hade varit att studera åldersfördelning inom de olika utbildningsnivåerna för att se medelålder och spridning inom dem. Genom att se till åldersspridningen skulle fenomenet om att högre utbildning föreligger hos respondenter i åldern 25-34 förklaras, enligt Statistiska centralbyrån (2006). Utbildningsfördelningen i Sverige ligger till grund i utbildningssystemets utveckling de senaste 80 åren. Från 55 års ålder sjunker utbildningsnivån i samband med stigande ålder (ibid.). Genom att studera åldersspridning kan det visa sig om det är utbildningsnivån eller ålder som spelar in mest i relation till bedömning av vård. Eventuellt visar Muntlin et al. (2008) studie att yngre är mer kritiska på grund av att de är högskole- eller universitetsutbildade. Aktuell studies spridda resultat att grundskola bedömer bäst, högskoleutbildade därefter och gymnasieutbildade är mest kritiska, skulle kunna förklaras av ovanstående studier (Fröjd et al., 2011; Muntlin et al., 2008; SCB, 2006). Grundskoleutbildade behöver inte representeras av yngre. Den äldre populationen i Sverige har ofta endast gått i folkhögskola vilket motsvarar dagens grundskola (SCB, 2006). Grundskoleutbildade kan därför representeras av en äldre befolkning vilket förklarar att bedömningen blir bättre (Fröjd et al., 2011). Gymnasieutbildade kan möjligtvis representeras

av de yngsta respondenterna och bedömningen blir sämre (Muntlin et al., 2008). Högskole- och universitetsutbildade hamnar där emellan och spekulationsvis är inräknade respondenter något äldre än gymnasieutbildade vilket höjer bedömningen, men även universitetsutbildade som gör utbildningsgruppen mer kritiska än grundskoleutbildade. Evidens finns för att ålder, men inte utbildningsnivå spelar roll vid tillfredsställelse av vård på akutmottagning (Bursch et al., 1993) vilket kan betyda att ålder eventuellt spelar in mer i studien än utbildningsnivå.

### *Sjuksköterskans utbildning*

Enligt Socialstyrelsen (personlig kommunikation, 9 december, 2013) krävs ingen vidareutbildning för att arbeta på en akutmottagning. Det är upp till den aktuella arbetsgivaren att bedöma sjuksköterskans kompetens, dock söker de flesta sjuksköterskor med erfarenhet till området (ibid.). Det finns en vidareutbildning för sjuksköterskor med inriktning på akutsjukvård, men om vidareutbildning inte är ett krav, kan det resultera i att få fullföljer den. Diskussion vidaregår om bristfällig utbildning på akutmottagningen kan påverka resultatet av den aktuella studien och huruvida sjuksköterskan bedöms. Under subskalan säker vård skattades sjuksköterskan sammanlagt 2,0, oberoende av utbildningsnivå, vilket sammanfattningsvis är ett bra värde. Ett av dem två bästa värdena som påfanns i studien var inom item: "Sjuksköterskan utförde sina uppgifter skickligt" som ligger under subskalan säker vård. Resultatet tyder på god medicinteknisk kompetens. Dock brister vården under subskalan informatik där patienten bedömde sjuksköterskan som undermålig inom flera items. Det item som sjuksköterskan blev sämst bedömd på var "sjuksköterskan visste vad jag skulle förväntat mig hemma" vilket kan vara ett resultat av bristfällig kunskap och utbildning inom akutsjukvård. Sammanfattningsvis skulle sjuksköterskans utbildning kunna påverka patienternas bedömning av dem. Genom att återkoppla till inkompetens, kan sjuksköterskans bristfälliga kunskap eventuellt orsaka vårdskador (Socialstyrelsen, u.å.).

### *Socioekonomiska faktorer*

I en tidigare nämnd rapport av Lundborg et al. (2011) tas begreppet socioekonomisk status [SES] upp. SES grundas i individens huvudsakliga verksamhet, yrke, yrkesställning och näringsgren (Statistikcentralen, u.å.). I rapporten bedöms SES av individens utbildningsnivå, inte inkomst. Anledningen är att utbildningsnivå är en mer stabil måttstock än inkomstnivå. Rapporten visade att risken att drabbas av ohälsa är större hos lågutbildade än hos



högutbildade (Lundborg et al., 2011). Risken ökar möjligheten att majoriteten av patienter som söker sig till akutmottagningen är lågutbildade då Sveriges befolkning består av 59 % med utbildning som inte sträcker sig över gymnasienivå (SCB, 2011). I den aktuella studien är 64 % av respondenterna lågutbildade (innefattar grundskole- eller gymnasieutbildade) och är i sin tur överrepresenterade. Underrepresentation av de högutbildade kan leda till snedvridna resultat då risken finns för bias (Olsson & Sörensen, 2011).

## Slutsats och kliniska implikationer

Vårdskador kostar det svenska samhället miljarder kronor varje år (Vårdförbundet, 2011). Orsaker till vårdskador beror bland annat på sjuksköterskans utbildning och kompetens (Socialstyrelsen, u.å.). Bedömningen av sjuksköterskans kompetens har Muntlin et al. (2008) påvisat varierar beroende på vilken variabel som är studerad hos respondenten. Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005) måste sjuksköterskan ha en helhetssyn om patienten för att “identifiera och aktivt förebygga hälsorisker”, “identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård” och “motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling”. Helhetssynen på patienter försvinner i det stora patientflödet på en akutmottagning enligt Elmqvist och Frank (2012). Det är därför av vikt att sjuksköterskan har kunskap om hur demografiska variabler påverkar bedömningen av sjuksköterskans kompetens för att förebygga avvikelser.

Studiens resultat visar att det kan föreligga en skillnad i hur utbildningsnivån hos patienter påverkar bedömning av sjuksköterskan. Dock ses ingen tydlig riktning i att sjuksköterskan skulle bedömas bättre om respondenter är låg- eller högutbildade då variationen av bästa bedömning hoppar från grundskoleutbildade till universitetsutbildade. Sjuksköterskan på akutmottagningen bedöms, av patienter, ha högst kompetens inom personcentrerad vård och sämst kompetens inom informatik.

Genomförd studie kan inte appliceras på en större population. Uppföljningsstudier med utbildningsnivå som oberoende variabel skulle kunna påvisa en starkare beskrivning som kan öka förståelsen om på vilket sätt utbildningsnivå påverkar bedömningen av sjuksköterskan på en akutmottagning. En uppföljningsstudie skulle kräva ett större antal insamlade enkäter med

en mer jämn fördelning av utbildningsnivå och enkäten borde finnas tillgänglig på andra språk.

## Författarnas arbetsfördelning

Studiens författare har under arbetets gång haft en likvärdig ansvarsbörda. Litteratursökningen har skett individuellt men båda författarna har läst och granskat litteraturen som ligger till grund för studien. Texten har skrivits både gemensamt och individuellt, men är i största omfattning utformad av bägge parter. Den ena författaren, Fanny, tog större ansvar för utformandet av tabeller och arbetet med SPSS medan den andra författaren, Sofia, hade ett större ansvar för källgranskning.

## Referenser

- Backman, J. (2008) *Rapporter och uppsatser* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012a). Bortfallsanalys & beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012b). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Brockway, M., Carr, M., Giuntoli, A., McNeily, M., Paul Schyve, M. & Reis, P. (2009). *The Joint Commission Guide to Improving Staff Communication* (2nd ed.). Illinois: Joint Commission Resources Mission.
- Bursch, B., Beezy, J. & Shaw, R. (1993). Emergency Department Satisfaction: What Matters Most? *Annals of Emergency Medicine*, 22(3), 586-591.
- Chlan, L. L. (2004). Relationship between two anxiety instruments in patients receiving mechanical ventilatory support. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 493-499.
- Coffey, J., Dwamena, F., Gaulden, C. M., Holmes-Rovner, M., Jorgenson, S., Olomu, A., Lewin, S., Sadigh, G., Sikorskii, A. & Smith, R. C. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. DOI: 10.1002/14651858.CD003267.pub2
- Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, W. & Öhlen, J. (2013). Introduktion. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlen (Red.) *Omvårdnad på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D., Sandman, P-O. & Rasmussen, B. (2008). Swedish language Person-centred Climate Questionnaire – patient version: construction and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 302–309.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekwall, A. & Davis, B. A. (2009). Testing a Swedish Version of the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale in an Emergency Department and 2 Observation Wards. *Journal Nurse Care Quality*, 25(3), 274-281.
- Elmqvist, C. & Frank, C. (2012). Att vara patient på en akutmottagning. I S. Almerud-Österberg & L. Nordgren (Red.) *Akut vård ur ett patientperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

- FN. (2012). *FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna*. Hämtad den 19 november 2013 från <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/fns-allmana-forklaring-om-de-manskliga-rattigheterna/>
- Fossum, B. (2013) Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.) *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Frank, C. Asp M. & Dahlberg K. (2008) Patient participation in emergency care – a phenomenographic analysis of caregivers' conceptions. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2530–2536.
- Frank, C., Fridlund, B., Baigi, A. & Asp, M. (2010). Patient participation in the emergency department: an evaluation using a specific instrument to measure patient participation (PPED) *Journal of Advanced Nursing*, 67:4, 728-735.
- Fröjd, C., Swenne, C. L., Rubertsson, C., Gunningberg, L. & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management* 19, 226-236.
- Försäkringskassan (2010). *Sjukskrivning i olika yrken*. Socialförsäkringsrapport 2010:17.
- Hörnsten, Å. (2012). *Personcentrerad vård*. Hämtad 30 januari 2013 från <http://www.varhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>
- Institute of Medicine of the National Academies (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: National Academies Press.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Klang Söderkvist, B. (2013) Information - undervisning - lärande. I B. Fossum (Red.) *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lindh, M. & Sahlqvist, M. (2012). *Säker vård: att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur & kultur.
- Lundborg, P., Nilsson, M. & Vikström, J. (2011). *Hur påverkar socioekonomisk status och ålder arbetsmarknadseffekterna av hälsoproblem?* (Rapport 2011:11) IFAU - Institutet För Arbetsmarknadspolitisk Utvärdering.
- McDonald, C. & McIntyre, M. (2001). Reinstating the marginalized body in nursing science: epistemological privilege and the lived life. *Nursing Philosophy*, 2(3), 234-239.
- Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1045-1056.

- Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2008). Different patient groups request different emergency care – A survey in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*, 16, 223-232.
- Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen* (3 uppl.). Stockholm: Liber.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (7th ed). Hong Kong: Wolters Kluwer.
- Pytel, C., Fielden, N. M., Meyer, K. H. & Albert, N. (2009). Nurse-patient/visitor communication in emergency department. *International Emergency Nursing*, 35, 406-4011.
- Quality and Safety Education for Nurses . (2013). *Graduate KSAS*. Hämtad den 13 november 2013 från <http://qsen.org/competencies/graduate-ksas/>
- Regeringen. (2004). *Vårdens svåra val*. Hämtad 29 januari 2013 från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/51/24/3515ea32.pdf>
- SFS (2010:659). *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm; Riksdagen.
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Bakomliggande orsaker till vårdskador*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 5 december 2013 från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/analyseraochagera/beskrivaorsaker>
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 12 november 2013 från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- SOSFS (2005:12). *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm; Socialstyrelsen.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Hämtad den 4 februari 2013 från <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Strategi%20f%C3%B6r%20utbildnfr%C3%A5gor.pdf>
- Statistiska Centralbyrån. (2011). *Befolkningens utbildning 2011*. Hämtad den 14 november 2013 från [http://www.scb.se/Pages/PressRelease\\_\\_\\_332175.aspx](http://www.scb.se/Pages/PressRelease___332175.aspx)
- Statistiska Centralbyrån. (2006). *Utbildningen i Sverige*. Hämtad den 9 december 2013 från [http://www.scb.se/statistik/\\_publikationer/UF0524\\_2007A01\\_BR\\_03\\_UF0107TEXT.pdf](http://www.scb.se/statistik/_publikationer/UF0524_2007A01_BR_03_UF0107TEXT.pdf)

Thompson, D., Yarnold, P., Williams, D. & Adams, S. (1996). Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on patient Satisfaction in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 28, 657-665.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vårdförbundet (2011). *3000 dör varje år av vårdskador*. Hämtad den 12 november 2013 från <http://www.vardforbundet.se/Agenda/Pressrum/Pressmeddelanden/3000-dor-varje-ar-av-vardskador/>

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad: Omvårdnad och humanvetenskap* (M. G. Thomas övers.). Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 1988).

Widgren, B. (2012). *Retts: akutsjukvård direkt*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A. (2010) Evidens och personcentrerad omvårdnad. I D. Edvardsson (Red.) *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Wiman, E. & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Issues in Clinical Nursing*, 13, 422-429.

Öhrn, A. (2013). Säker vård. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlen (Red.) *Omvårdnad på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1 (Item från använd enkät)

### Item från enkät

#### 4. Vad har du för utbildning?

- Grundskola
- Gymnasieutbildning eller motsvarande
- Högskole- eller universitetsutbildning

**Nedan kommer påståenden om sjuksköterskan/vårdpersonalen på akutmottagningen, och alternativ om hur väl du tycker att de stämmer in på din upplevelse. Tänk på den sjuksköterska eller vårdpersonal som spenderade mest tid hos Dig. Sätt kryss i den cirkel som bäst stämmer med din uppfattning**

	Håller fullständigt med			Håller inte alls med	
<b>39. Sjuksköterskan utförde sina uppgifter skickligt</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>40. Sjuksköterskan verkade kunnig om min sjukdom/problem</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>41. Sjuksköterskan visste vilken behandling som behövdes</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>42. Sjuksköterskan gav mig instruktioner om hur jag skulle ta hand om mig hemma</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





	Håller fullständigt med					Håller inte alls med
<b>49. Sjuksköterskan verkade uppriktigt engagerad i min smärta, rädsla och oro.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>51. Sjuksköterskan behandlade mig som ett nummer istället för en person.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>52. Sjuksköterskan verkade förstå hur jag kände mig.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>53. Sjuksköterskan gav mig möjlighet att ställa frågor.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>54. Sjuksköterskan var inte särskilt vänlig.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>55. Sjuksköterskan verkade ta sig tid att tillgodose mina behov.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>56. Sjuksköterskan försäkrade sig om att alla mina frågor var besvarade.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	