



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

# Personcentrerat arbetsklimat på en akutmottagning och inom ambulans

## En enkätstudie

Författare: Jon Burman & Jannicke Hallenborg

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Hösten 2015

# Personcentrerat arbetsklimat på en akutmottagning och inom ambulans

## En enkätstudie

Författare: Jon Burman & Jannicke Hallenborg

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Hösten 2015

## Abstrakt

**Bakgrund:** Sjukvården är idag, i hög grad, organiserad utifrån diagnoser. Personcentrerad vård ämnar skapa en fungerande relation mellan vårdgivare och patient där denne blir sedd och förstörd som en unik individ med individuella behov, värderingar och förväntningar. För implementering av personcentrerad vård krävs dock förändring i sättet att se på sjukvårdens arbetsklimat gällande dess förutsättningar och begränsningar.

**Syfte:** Syftet med studien var att undersöka i vilken utsträckning akutvårds – och ambulanspersonal upplever att deras verksamhets arbetsklimat var personcentrerat.

**Metod:** Föreliggande studie var en tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats utförd utifrån en enkät. Enkäten bestod av 14 påståenden och undersökte hur väl personal på en akutmottagning och i ett ambulansdistrikt upplevde sin arbetsplats klimat som personcentrerat.

**Resultat:** Studien visade på ett signifikant högre upplevt personcentrerat arbetsklimat hos ambulanspersonalen i jämförelse med akutmottagningens personal. Dock placerar sig de båda verksamheterna lågt i förhållande till de framtagna cut off scores som fanns för enkäten. Om förutsättningen för PCV är ett personcentrerat arbetsklimat visar denna studie en stor problematik hos de båda organisationerna.

## Nyckelord

Akutmottagning, ambulans, arbetsklimat, personcentrerad vård.

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Introduktion .....	4
Problemområde .....	4
Bakgrund .....	5
Den personcentrerade vårdens beståndsdelar .....	5
Kritik mot PCV .....	6
Implementering av PCV .....	7
Arbetsklimat .....	7
Syfte .....	8
Hypotes .....	8
Specifika frågeställningar .....	8
Metod .....	8
Urval .....	9
Instrument .....	9
Datainsamling .....	10
Analys av data .....	11
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Resultat .....	12
Deskriptiv data .....	12
Jämförelse utifrån enkätsvar .....	14
Kön, ålder och yrkeserfarenhet .....	15
Diskussion .....	16
Metoddiskussion .....	16
Resultatdiskussion .....	18
Konklusion och implikationer .....	23
Referenser .....	24
Bilaga 1 (4) .....	30
Bilaga 2 (4) .....	34
Bilaga 3 (4) .....	36
Bilaga 4 (4) .....	38

# Introduktion

## Problemområde

Personcentrerad vård (PCV) förutsätter nya strukturer inom hälso- och sjukvårdens organisation. Patienten ska utifrån detta vara den centrala utgångspunkten då han eller hon är eller riskerar att bli sjuk. Dock är sjukvården idag i hög grad organiserad utifrån diagnoser. (Ekman & Norberg, 2013) Akutsjukvården består till stor del av äldre patienter med en komplex medicinsk och social situation vilket gör att det krävs en personcentrerad snarare än sjukdomsorienterad vård för att patienten ska återfå sin hälsa på bästa möjliga sätt. (Kristensson Ekwall, 2010)

Arbetsbelastningen på en akutmottagning kan variera och en omprioritering av resurser kan krävas då någon blir akut sämre och mindre akuta omvårdnadsaktiviteter blir åsidosatta för de mer akuta. I dessa situationer drabbas ofta patienterna av mindre uppmärksamhet och väntetiden kan bli lång. Personalfördelningen ändras i dessa situationer så att den erfarna sjuksköterskan är hos den akuta patienten, vilket resulterar i mindre tid för övriga patienter och väntetiden blir längre. För implementering av PCV krävs en förändring i sättet att se på sjukvårdens arbetsklimat gällande dess förutsättningar och begränsningar. Då hälso- och sjukvården, såsom den är organiserad idag, ger ett splittrat intryck för patienten krävs det en omorganisation där man sätter varje patient i centrum. (McBrien, 2009)

I tidigare jämförelser mellan ambulans -och akutmottagningspersonal framkommer det skillnader i hur man upplever sin arbetsplats arbetsklimat. Svårigheter, som personal på akutmottagningen uppgav i högre grad än ambulanspersonal, gällde framförallt stress, hög arbetsbelastning och en låg känsla av självupplevd tillfredsställelse rörande omhändertagandet av deras patienter. Detta visar på en arbetsmiljö som inte ger utrymme för implementering av PCV. (Grimby, 2012) Personcentrerad vård är i grunden en teori som behöver implementeras för att bära en reell effekt. Detta är dock beroende av att det arbetsklimat som råder tillåter implementering. Om arbetsklimatet är personcentrerat kommer troligtvis chanserna för personalen att ge patienten en personcentrerad vård öka. (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2009) Vidare forskning, implementering och uppföljning krävs dock för att utröna om PCV verkligen bär den reella effekten som teorin utlovar.

## Bakgrund

Historiskt så har det skett en förändring av hur man ser på patienten och dennes hälsa. Detta går att härleda till 1960-talet och psykologen Carl Rogers som sägs vara fadern till uttrycket personcentrerad vård. Rogers utgångspunkt var att fokusera på människans perspektiv och upplevelse av sin egen situation. Amerikanen Tom Kitwood var under 1990 talet en av de första att införa personcentrerad omvårdnad i Storbritannien och myntade senare begreppet ”person-centred” inom demensvården (Edvardsson, 2010). Kitwood (1997) menade att patienter med demenssjukdom betraktades som levande döda och personen glömdes bort då endast de fysiska behoven tillgodosågs. Arbetet fortskred inom detta område då en önskan fanns om att förändra synen på den demenssjuke patienten (ibid.). Arbetet blev så pass framgångsrikt inom demensvården för att demenssjukdomen påverkar förmågor som ligger nära kärnan i en person det vill säga, minne, omdöme, självmedvetenhet och förmågan till reflektion. (McCormack, 2004) Kitwoods arbete spred sig sedan vidare över västeuropa, Australien och Nordamerika (Dewing, 2004).

### *Den personcentrerade vårdens beståndsdelar*

Grundstenarna i PCV är berättelse, dokumentation och partnerskap. Berättelsen är en förutsättning för personcentrerad vård där det som sjuksköterska är viktigt att lyssna på patientens berättelse om sin livssituation och förutsättningar. Samtalet bör inte fokuseras på sjukdomen utan på hur symptom påverkar patientens vardag. Berättelsen ligger till grund för de beslut som fattas och som är betydelsefulla för partnerskapet mellan sjuksköterska och patient. Arbetsklimatet på en akutmottagning försvårar personalens arbete att skapa en god relation till patienten då mötet ofta är kort med. Det ställs stora krav på akutsjukvårdspersonal att utnyttja den korta tid som står till ens förfogande, för att få en helhetsbild av patientens problem. (Ekwall Kristensson, 2010)

Margaret och Broderick (2013) belyser att dokumentation är en viktig del i omvårdnaden och bidrar till bättre kontinuitet och kommunikation mellan sjuksköterskor i vården vilket ökar patientsäkerheten. För att säkerställa den personcentrerade vården är dokumentationen en viktig del (ibid). Dokumentationen är ett redskap för att göra informationen åtkomlig för patienten och personalen samt anhöriga. (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014) I Ekman et al. (2012) framgår det att det fanns brister i dokumentationen av PCV på en akutmottagning.

I patientjournaler var det sparsamt dokumenterat om patienters känslor och föreställningar om sin sjukdom eller behandling, vilket innebar att denna information var av mindre värde än medicinsk information. Vidare beskrivs vikten av att dokumentera patientens värderingar, samt vad patienten själv väljer och tar för beslut inom (ibid).

Partnerskap inom PCV innebär att vården planeras tillsammans med professionella vård -och hälsoteam och patienten samt närstående. Utifrån detta förhållningssätt sker ett utbyte mellan parterna vilket resulterar i en gemensam förståelse för patientens situation. Det är även av vikt att patienten ses som en aktiv deltagare i sin egen vård och behandling samt vid behov inkludera anhöriga i processen så att alla jobbar mot ett gemensamt mål. (Ekman & Norberg, 2013) Att som patient och anhörig bli inkluderade i alla processer och vårdbeslut har visats sig leda till bättre samarbete mellan vårdpersonal, patient och anhöriga. (Ekman et al., 2011; Ekman et al., 2012)

Ett av de viktiga målen inom PCV är att skapa en fungerande relation där patienten blir sedd och förstådd som en unik individ med individuella behov, värderingar och förväntningar. Det är av vikt att visa respekt för det unika samt att bevara patientens integritet och värdighet. Utifrån detta kan patientens behov tillgodoses. Att öka delaktigheten hos patienten är idag ett krav för att kunna bedriva personcentrerad vård och då är det viktigt att patienten ses som en individ som har störst kännedom om sin kropp och ohälsa. För att öka patienters och närståendes tillfredsställelse inom vården är det av vikt att visa empati och bekräfta individens personlighet. För att främja patientens upplevelse av vårdmötet krävs stor lyhördhet och professionalism hos vårdaren. (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010) Personcentrerad vård ämnar vidare bidra till en förbättrad kommunikation mellan sjuksköterska och patient vilket ska leda till bättre hälsoreultat och öka patientens välbefinnande. (Ekman et al., 2011)

### *Kritik mot PCV*

Det riktas kritik mot PCV att den inte är anpassningsbar och att den inte tar hänsyn till det omgivande samhället. Den anses också vara dåligt avgränsad och en märkbar bristande jämvikt i hänsynstagande till de olika parterna (sjuksköterskor, patienter och anhöriga) som är inblandade i vården. Enligt PCV är patientens autonomi och oberoende en viktig strävan vilket kritikerna tror är ohållbart. Det anses därför bättre att försöka arbeta för ett ömsesidigt beroende för att utjämna maktbalansen. (Adams, 2008; Nolan, Ryan, Enderby & Reid, 2002; Nolan, Davies, Brown, Keady & Nolan, 2004)

### *Implementering av PCV*

En konsekvens av forskning inom omvårdnad är ökade krav på implementering av evidensbaserade åtgärder (Willman et al., 2006). De viktigaste faktorerna vid implementering av ny kunskap enligt PARISH-modellen är evidens, kontext och facilitering. Evidens syftar till både kunskap baserad på forskning och erfarenhet för att skapa gynnsamma förutsättningar för implementering. (Rycroft-Malone et al., 2004) Kontext innebär förutsättningar för implementering genom dess kultur, ledarskap och utvärderingsmekanismer. En lärande organisation med goda relationer mellan ledning och anställda, ett decentraliserat beslutsfattande och ett stödjande ledarskap har en högre benägenhet att förändras. (McCormack et al., 2002) Facilitering avser den process som implementering av ny kunskap innebär. För att underlätta denna process kan en person med särskild kunskap inom området utses för att assistera kollegor i att omsätta evidens till praktik. (Harvey et al., 2002)

Det finns en fördel att kartlägga hinder samt insatser riktade mot organisationen för att framgångsrikt implementera evidens (Sandvik, Stokke & Nortvedt, 2011). Med arbetsmiljö i fokus visar Ekman et al. (2012) på att tidsbrist är ett vanligt förekommande problem vid implementering av personcentrerad vård då sjukvårdspersonal förväntas hinna med många moment under sitt arbetspass. Tidspressen uppfattades som ett hinder för personalen att kunna reflektera och ta till sig vad personcentrerad vård är (ibid.). Funk, Champagne, Törnquist och Wiese (1995) har dock visat på att den inställning sjuksköterskor ibland har gentemot nya forskningsresultat är det främsta hindret för implementering om inte den nya evidensen redan stämmer väl överens med den allmänna uppfattningen (ibid.). PCV är fortfarande en teori i sin linda och många som arbetar inom hälso- och sjukvården saknar kunskap om vad det innebär och kan vara motsträviga vid implementering genom att beskylla till exempel arbetsmiljön. Förespråkare för personcentrerad vård menar dock att PCV inte är något som utförs när tid finns utan är ett arbetssätt som är systematiskt och genomgående i verksamheten och som kräver planering och kvalitetssäkring i organisationen (Ekman et al., 2011).

### *Arbetsklimat*

Personalen inom ambulans- och akutsjukvård kan betraktas som en av organisations viktigaste tillgång med tanke på att de både utför vården och själva är en viktig del av vården. Den vanligaste definitionen av begreppet arbetsklimat inom ambulanssjukvård och akutsjukvård är upplevd arbetsmiljö och syftar på den subjektiva upplevelsen av arbetsmiljön.

Det utförs ett stort arbete på akutmottagningar, ibland utan skälig bemanning vilket medför frustation bland personalen. Det är ett problem där det finns stora risker med att den medicinska säkerheten och kvaliteten utöver bemötande påverkas negativt. Vid problematik av denna karaktär är det svårt för personalen att skapa en relation och bygga upp ett ömsesidigt förtroende. (Widgren, 2012)

Inom ambulanssjukvården har arbetsbelastningen ökat markant de senaste åren (Aasa & Wiitavaara, 2009). I arbetet förväntas ambulanspersonalen kunna hantera omedelbar beredskap, tunga lyft med ogynnsamma arbetsställningar, arbete under tidspress samt allvarliga händelser med lidande och även död. Detta resulterade i en känsla av trötthet, sänkt motivation, frustation, osäkerhet samt att prestationsförmågan påverkades negativt (ibid.). Studier har visat att framför allt tidsbrist och hög arbetsbelastning ses som ett hinder för att bedriva PCV (McBrien, 2009; Ekman et al., 2012).

## **Syfte**

Syftet med studien var att undersöka i vilken utsträckning akutvårds – och ambulanspersonal upplever att deras verksamhets arbetsklimat var personcentrerat.

## *Hypotes*

Graden av personcentrerat klimat är högre i ambulansverksamheten än på akutmottagningen.

## *Specifika frågeställningar*

Finns variationer i graden av upplevd personcentrering i de båda verksamheternas arbetsklimats relaterat till de demografiska variablerna kön, ålder och antal år i yrket?

## **Metod**

Föreliggande studie är en tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats utförd utifrån en enkät. Användandet av enkäter lämpade sig i detta fall då studien avsåg jämföra två populationer med varandra. Enkäter möjliggjorde att på ett opartiskt sätt nå ut till ett stort antal respondenter med samma frågor som inte riskerar att förvanskas av en mellanhand (Polit & Beck 2013).



## Urval

Studien riktade sig till sjuksköterskor samt undersköterskor med anställning på en akutmottagning i södra Sverige respektive ett ambulansdistrikt i södra Sverige. Dessa personalgrupper valdes då akutmottagningen kommer implementera ett projekt gällande personcentrerad vård 2016 där även ambulans i valt distrikt kommer inkluderas. Detta innebär att personalen har en högre förkunskap om ämnet och lämpar sig väl för studier. Personal på akutmottagning samt ambulans har valts för att möjliggöra jämförelser grupperna emellan. Studenter exkluderades då författarna inte förväntade sig att dessa har samma insikt i verksamheten som färdigutbildad personal. Även läkare exkluderades då dessa endast återfanns aktivt yrkes-verksamma på akutmottagningen men inte i ambulans. På akutmottagningen arbetade ca 75-80 sjuksköterskor och undersköterskor. Ambulanspersonal i valt distrikt bestod av ca 125 undersköterskor, allmänsjuksköterskor samt specialistsjuksköterskor.

## Instrument

Enkäten (Bilaga 1) som använts var skriven på svenska och är utformad av Edvardsson, Sandman och Rasmussen (2009) och bestod av 14 påståenden och undersökte hur väl personal inom hälso- och sjukvården upplever sin arbetsplats klimat som personcentrerat. Varje enskild påstående var graderat utifrån en sexgradig Lickertska skala med svarsalternativen: 0. Nej, jag tar helt avstånd, 1. Nej, tar nästan helt avstånd, 2. Nej, tar delvis avstånd, 3. Ja, delvis enig, 4. Ja, i stort sett enig och 5. Ja, helt enig (ibid.). Enkäten var i sin ursprungliga form graderad 1-6 (maxpoäng 84). Vid ett senare skede ändrade konstruktörerna graderingen till 0-5 (maxpoäng 70) då de tog fram cut off scores för enkäten för att kunna värdera en enkäts totalpoäng och för att underlätta vid populationsjämförelser (Edvardsson et al., 2015). Ändringen i graderingen gjordes efter planeringen av denna studie varför enkäten som delades ut är graderad 1-6. Förändringen torde dock inte påverka respondenternas svar eller de analyser som genomförts. Denna studies resultat är beräknade efter poängen 0-5. Den indelning som Edvardsson et al. (2015) tog fram var: 0-49 well below average, 50-56 below average, 57-62 above average och 63-70 well above average. Denna indelning har visat sig ha kliniska implikationer då den delar in enkätsvaren i fyra kategorier där en högre poäng kunde översättas i en högre grad av upplevt personcentrerat arbetsklimat (ibid.).

Vid framtagandet av enkäten användes faktoranalys som resulterade i tre subkategorier. Påstående 1-5 (safety) rör personalens känsla av trygghet på arbetsplatsen.

Påstående 6-10 (everydayness) visar på om personalen upplever sin arbetsplats miljö som vardaglig och trevlig och påstående 11-14 (community) handlar om sammanhållning och huruvida social interaktion tillåts och är prioriterat. (Edvardsson et al., 2009)

Enkäten visade på god innehållsvaliditet och begreppsvaliditet samt god grad av intern konsistens då den prövats mot bland annat expertgrupper, Chronbach´s alfa och test-retest (Edvardsson et al., 2009). Den är vidare använd i tidigare utförda studier (Lehuluante, Nilsson, Edvardsson 2012) och har även översatts och testats på engelska samt norska (Edvardsson, Koch & Nay, 2010; Bergland, Kirkevåld & Edvardsson, 2012).

Då enkäten av författarna ansågs hålla god vetenskaplig nivå och insamling av data okomplicerad utfördes ingen pilotstudie. Inga ändringar av den ursprungliga enkäten gjordes. Dock tillkom tillägg av demografiska frågor såsom kön, ålder, yrkesroll, antal år i yrket och antal år i nuvarande yrkesroll. Vidare lades information till om att enkäten fylldes i anonymt och att studien prövats av VEN.

## **Datainsamling**

Datainsamling utfördes på de olika arbetsplatserna av båda författarna under vecka 36-37 2015 efter att informationsbrev skickats till berörda chefer för vidare spridning till personalgrupperna. Författarna var närvarande i respektive verksamhets personalrum och delade ut enkäten till personalen i samband med rast. Information gavs i samband med utlämnandet om att studien var för en magisteruppsats, att den handlar om PCV och arbetsklimat samt att deltagande var frivilligt. Författarna var även närvarande i lokalerna under tiden respondenterna fyllde i enkäten och ifylld enkät gavs direkt till författarna. Då frågor uppkom rörande vissa av enkätens påståenden gavs endast svaret att det var upp till var och en att tolka enkäten själv. Enkäten delades ut vid 5 tillfällen och vid olika tidpunkter på dygnet för att komma i kontakt med så många anställda som möjligt. Insamlade enkäter kodades med ett respondent-ID istället för namn för att säkerställa konfidentialitet gentemot respondenten. Respondent-ID gavs även till respondenten för att erbjuda möjligheten att avbryta deltagande i studien efter att enkäten överlämnats. Samtliga ifyllda enkäter förvarades inlåsta i kassaskåp hos en av författarna. Vid transport av digital data användes ett USB-minne och data krypteras med TrueCrypt 6.1. Efter att studien genomförts och magisteruppsats godkänts planeras insamlat material destrueras.

## Analys av data

Besvarade enkäter kodades in i statistikprogrammet SPSS (SPSS Inc, 2009). Noggrann kontroll och rättning av data gjordes genom granskning av frekvenstabeller för de enskilda variablerna. Deskriptiv data har presenterats i antal samt procent. Vid presentation av deskriptiv data har variablerna ”år i nuvarande yrkesroll” och ”år i yrket” gjorts om från 9 intervaller till 4. Variabeln ”ålder” ändrades från 9 intervall till 3. Sammanslagningen till färre grupper har gjorts för att skydda enstaka respondenter som hamnat ensamma i enstaka intervall och annars skulle kunnat ha spårats.

Svarsalternativen i enkäten kan ses som ordinaldata. Dock har konstruktörerna av enkäten angett numeriska värden till svarsalternativen (Bilaga 1) och valt att behandla data som intervalldata och presenterat resultat från enkäten i medelvärden (Edvardsson et al., 2015). Författarna till föreliggande studie har därför valt att tolka svarsalternativen som intervalldata för att möjliggöra jämförelser av resultatet med framtagna cut off scores. Medelvärden för varje enkätsvar har räknats ut genom att dela poängsumman av samtliga svar med antalet påståenden i enkäten.

För att se om skillnader i medelvärden fanns mellan olika grupper har hypotesprövning utförts. Användningen av parametriska test vid jämförelse av medelvärden vid hypotesprövning kräver att data är normalfördelad. Genom att använda Kolmogorov-Smirnovs test konfirmerades att variabeln ”totalpoäng” (och därmed även medelvärden) i föreliggande studie var normalfördelad. Hypotesprövning vid jämförelse av grupper har därför utförts genom användning av parametriska test; t-test vid jämförelse av två grupper (akut vs ambulans, män vs kvinnor) och ANOVA vid jämförelse av tre grupper (åldersgrupper och antal år i yrket) (Polit & Beck, 2013). För att få jämnstora grupper har sammanslagningar av vissa mindre grupper gjorts vid analys av variablerna ålder, antal år i yrkesroll och yrkesår.

Resultatet av gruppjämförelser har presenterats i medelvärde som centralmått och standardavvikelse som spridningsmått. Signifikansnivå har bestämts till 0,05 enligt rådande statistisk sed.

Om data antas vara ordinaldata är det inte brukligt att använda parametriska test utan det anses mer korrekt att istället använda icke-parametriska test. För att se om skillnad i resultat fanns utfördes därför samtliga hypotesprövningar även med icke-parametriska test (Mann-

Whitney U-test för jämförelser mellan två grupper samt Kruskal-Wallis test vid jämförelse mellan tre grupper). Ingen skillnad i resultat (p-värden) kunde påvisas vid analys med det icke-parametriska testen jämfört med det parametriska (Polit & Beck, 2013).

### **Forskningsetiska avvägningar**

De etiska avvägningar som gjorts är delvis baserade på Vetenskapsrådets 4 huvudkrav. Information om vad studien innebar har lagts till på enkätens försättsblad samt att deltagande är frivilligt och kan avbrytas. Samtyckeskravet beaktas så till vida att frivilligt ifylld enkät skall betraktas som ett samtycke att delta i studien. Hänsyn gällande konfidentialitetskravet togs genom säker hantering av allt material för att undvika tillgång för obehöriga samt att respondentens anonymitet säkerställdes genom kodning av inlämnade enkäter. Nyttjandekravet tillgodosågs genom att informationen på enkätens försättsblad angav att enkäten endast kom att användas till denna studie och ej spridas i kommersiellt syfte (Vetenskapsrådet, 1990). Vidare har projektplanen lämnats in till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för ett rådgivande utlåtande. Blankett (Bilaga 2) för skriftligt godkännande att studien utförs på akutmottagningen samt ambulansstationer i distriktet delades ut och inhämtades innan studiens början. Godkännande för användning av enkäten har erhållits av upphovsrättsinnehavarna (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2009).

## **Resultat**

### **Deskriptiv data**

Studien omfattade totalt 141 insamlade enkäter. Vid kodning av enkäterna framkom 1 internt bortfall på grund av icke korrekt ifylld enkät. Inget externt bortfall framkom. Av de 140 enkäter som inkluderats var 52,9 % (n=74) från akutmottagningen och 47,1 % (n=66) från ambulanspersonal i distriktet. Den totala studiepopulationen bestod av 72 män och 68 kvinnor där den största andelen män återfanns inom ambulans och största andelen kvinnor på akutmottagningen (tabell I).

På akutmottagningen var åldersfördelningen jämnt fördelad med ett färre antal i gruppen 30-39 (n=20). Inom ambulans ses istället ett större antal i åldrarna 30-39 som står för 51,5 % (n=34). Ett fåtal anställda var i åldersgruppen 18-29 och representerade 12,1 % (n=8).

Vad gäller yrkesrollerna sågs en spridd fördelning där vidareutbildade sjuksköterskor stod för 62,1 % (n=41) inom ambulans och endast 2,7 % (n=2) på akutmottagningen. På akutmottagningen var istället den grundutbildade sjuksköterskan den största gruppen 62,2 % (n=46). Vidare bemannades akutmottagningen inte av några ambulanssjukvårdare alls medan de representerar 30,3 % (n=20) inom ambulansverksamheten.

Det antal år respondenterna uppgav att de arbetat i sin nuvarande yrkesroll visade på en större grupp i intervallet 1-10 år för både akutmottagningen (62,2 % [n=46]) respektive ambulans (44,0 % [n=29]). Ambulanspersonalen visade även en större gruppering under intervallet 11-20 år som svarade för 31,8 % (n=21) medan akutmottagningens näst största grupp låg i intervallet 21-30 och stod för 21,6 % (n=16).

De flesta hade varit anställda på sin arbetsplats i mellan 1 till 10 år. Respondenterna i detta intervall från akutmottagningen utgjorde 78,4 % (n=58) och 62,1 % (n=41) från ambulans. Vidare sker en minskning i antalet anställda ju högre intervallet är. I tabell I nedan presenteras studiepopulationens demografiska data.

*Tabell I. Deskriptiv data för akut- och ambulanspersonal som svarat på enkäten, presenterat i antal, n(%)*

		Akutmottagning n=74	Ambulans n=66	Totalt n =140
Kön	Man	33 (44,6)	39 (59,1)	72 (51,4)
	Kvinna	41 (55,4)	27 (40,9)	68 (48,6)
Ålder	18-29	27 (36,5)	8 (12,1)	35 (25)
	30-39	20 (27,0)	34 (51,5)	54 (38,6)
	40-59	27 (36,5)	24 (36,3)	51 (36,4)
Yrkesroll	Spec. SSK	2 (2,7)	41 (62,1)	43 (30,7)
	Sjuksköterska	46 (62,2)	5 (7,6)	51 (36,4)
	Undersköterska	26 (35,1)	0 (0,0)	26 (18,6)
	Undersköterska och Ambulanssjukvårdare	0 (0,0)	20 (30,3)	20 (14,3)
År i yrket	0-10	46 (62,2)	29 (44,0)	75 (53,6)
	11-20	7 (9,5)	21 (31,8)	28 (20)
	21-30	16 (21,6)	5 (7,5)	21 (15)
	31-40	5 (6,8)	11 (16,7)	16 (11,5)
Tid anställd på resp. arb. plats	0-10	58 (78,4)	41 (62,1)	99 (70,7)
	11-20	11 (14,9)	17 (25,8)	28 (20)
	21-30	5 (6,8)	3 (4,5)	8 (5,7)
	31-40	0 (0,0)	5 (7,5)	5 (3,5)

## Jämförelse utifrån enkätsvar

Resultatet visade att ambulanspersonalen upplevde sitt arbetsklimat som personcentrerat statistiskt signifikant högre än akutmottagningens. Ambulanspersonalen hade ett medelvärde på 3,06 jämfört med akutens 2,20 och även vid jämförelse av de specifika subgrupperna safety, everydayness och community skattade sig ambulans generellt högre (tabell II).

För att sätta resultatet i ett sammanhang är det maximala medelvärdet 5 poäng och det minsta 0 poäng. Då nya cut off scores framtagits som endast gäller utifrån totalpoäng per enkät, alltså ett poängintervall mellan 0-70, presenteras även dessa medelvärden tillsammans med standardavvikelse. Akutmottagningen hade ett medelvärde av totalpoäng på 30,8 (SD 8,48) mot ambulansens 42,8 (SD 8,22). Medelvärdet av totalpoäng för de båda grupperna tillsammans uppgick till 36,48 (SD 10,28). Detta gör att båda grupperna faller in i kategorin well below average.

*Tabell II. Jämförelse av akut- och ambulanspersonalens upplevelse av personcentrerat arbetsklimat, presenterat som medelvärde och standardavvikelse för enkäten och dess subgrupper.*

	Akutmottagning n=74	Ambulans n=66	p-värde	Akut och ambulans n=140
Safety	3,15 (0,64)	3,95 (0,63)	<0,0001	3,53 (0,75)
Everydayness	1,59 (0,94)	2,69 (0,84)	<0,0001	2,10 (1,04)
Community	1,77 (0,66)	2,41 (0,95)	<0,0001	2,10 (0,87)
Totalt	2,20 (0,61)	3,06 (0,59)	<0,0001	2,61 (0,73)

Resultat presenteras även nedan (tabell III) utifrån hur ambulans- och akutmottagningspersonalen svarat på varje enskilt påstående.

*Tabell III. Akut- och ambulanspersonalens upplevelse av personcentrerat arbetsklimat, presenterat som medelvärde och standardavvikelse för varje enskilt påstående i enkäten*

Subgrupp	Påstående nr:	Medelvärde per påstående akutmottagning	Medelvärde per påstående ambulans
Safety	1	4,18 (0,75)	4,24 (0,81)
	2	3,30 (1,07)	3,80 (0,86)
	3	3,35 (1,17)	3,98 (0,85)
	4	2,14 (1,05)	3,94 (0,87)
	5	2,80 (1,14)	3,80 (0,93)
Everydayness	6	2,03 (0,90)	2,53 (1,37)
	7	1,88 (1,44)	2,64 (1,51)
	8	1,30 (1,32)	2,89 (1,14)
	9	1,00 (1,14)	2,74 (1,27)
	10	1,74 (1,32)	2,64 (1,22)
Community	11	1,03 (0,87)	1,05 (1,21)
	12	1,39 (1,26)	1,32 (1,37)
	13	2,65 (0,65)	3,68 (1,35)
	14	2,03 (1,07)	3,59 (1,46)

### **Kön, ålder och yrkeserfarenhet**

För att besvara de specifika frågeställningarna har enkätsvaren för akutmottagningen och ambulanspersonalen slagits samman. Detta för att se om någon av de valda deskriptiva variablerna påverkar upplevelsen av personcentrerat arbetsklimat.

Variabeln kön representeras som tidigare nämnts av 72 män och 68 kvinnor totalt. Vid jämförelse av hur män och kvinnor upplevde arbetsklimatet som personcentrerat framgick inga signifikanta skillnader ( $p=0,397$ ). Männens medelvärde var 2,70 (SD 0,77) och kvinnornas 2,60 (SD 0,70).

Variationer utifrån variabeln ålder undersöktes med ANOVA (Polit & Beck, 2013). Signifikanta skillnader ( $p<0,001$ ) sågs bland grupperna där den mest framträdande gruppen var i åldrarna 35-39 med ett medelvärde på 2,95 (SD 0,70). Den totala genomsnittspoängen för denna grupp var 41,24 (SD 9,40) (se tabell IV).

*Tabell IV. Jämförelse av akut- och ambulanspersonalens upplevelse av personcentrerat arbetsklimat utifrån ålder, presenterat som medelvärde, standardavvikelse och medelvärde totalpoäng för enkäten.*

Ålder	Medelvärde (SD)	Medelvärde totalpoäng (SD)
18-34, n=48	2,60 (0,53)	35,70 (7,40)
35-39, n=41	2,95 (0,70)	41,24 (9,40)
40-59, n=51	2,40 (0,90)	33,40 (12,00)

Analys med ANOVA (Polit & Beck, 2013) av variabeln antal år i yrket gav signifikant skillnad ( $p=0,006$ ) mellan grupperna. Intervallet 6-15 år i yrket visade sig vara den gruppen med högst upplevelse av personcentrerat arbetsklimat. Denna grupp hade ett medelvärde per påstående på 2,90 (SD 0,60) och ett medelvärde av totalpoängen på 41,00 (SD 8,30) (se tabell V).

*Tabell V. Jämförelse av akut- och ambulanspersonalens upplevelse av personcentrerat arbetsklimat utifrån antal år i yrket, presenterat som medelvärde, standardavvikelse och medelvärde totalpoäng för enkäten.*

Yrkesår	Medelvärde (SD)	Medelvärde totalpoäng (SD)
0-5 n=54	2,50 (0,60)	35,00 (7,90)
6-15 n=44	2,90 (0,60)	41,00 (8,30)
16-40 n=42	2,44 (1,00)	34,23 (13,50)

## Diskussion

### Metoddiskussion

Användningen av enkäter för att utforska personalgruppers upplevelse lämpar sig väl då det ger en möjlighet att nå ut till ett stort antal respondenter som till exempel djupintervjuer inte har möjlighet till. Enkäter möjliggör även en datainsamling med minimal påverkan från de som lämnar ut den (Polit & Beck, 2013). Urvalet för denna studie bedömdes av författarna som relevant då den inkluderade huvuddelen av totalpopulationen för varje enskild arbetsplats. Även exklusionskriterierna bedöms logiska då inklusion av till exempel läkare inte hade möjliggjort jämförelser mellan populationerna och studenter inte haft tillräcklig insyn i verksamheterna.



Studien som stort förlöpte utan större motgångar och författarna upplevde inte att en pilotstudie hade tillfört något av större värde. En pilotstudie hade varit relevant om författarna själva konstruerat enkäten eller på något sätt gjort ändringar i de 14 påståenden den består av.

Enkäten som användes är framtagen av Edvardsson, Sandman och Rasmussen (2009) och konstruerades i sitt ursprung för att mäta personcentrerat arbetsklimat på olika vårdboenden. Även om konstruktörerna själva gärna ser att enkäten får en bredare användning i vården är frågan om enkätens påståenden på ett lika naturligt sätt passar in på alla vårdmiljöer. Författarna av denna studie upplevde enkäten en aning problematisk i användningen gällande ambulans. Påstående 6 som lyder: ”en plats där det kan kännas hemtrevligt för patienterna trots att de är på institution”, var svår att applicera i en prehospita miljö. En ambulans kan möjligen i en generös tolkning ses som en institution men är knappast designad för hemtrevnad. Även påstående 12 var problematisk och lyder: ”en plats där det är enkelt för patienterna att ta emot besök”. Även detta var svårt att svara på i en prehospita kontext då en ambulans inte lämpar sig för besök men kan oftast transportera in anhöriga samtidigt. När det gäller akutmottagningen upplevde författarna en mer naturlig samklang med innehållet i enkäten. Det faktum att enkäten inte är rakt igenom anpassad för ambulansverksamheten riskerar att påverka det slutgiltiga resultatet och bör tas i beaktning inför kommande studier.

Enkäten har som tidigare nämnts en god innehållsvaliditet, begreppsvaliditet och intern konsistens som gör resultaten i denna studie mer tillförlitliga än om författarna själva konstruerat den. De demografiska variablerna visade sig ge intressanta skillnader i upplevd grad av personcentrerat arbetsklimat som motiverar författarnas tillägg av dessa. Dock kunde variablerna ålder, år i yrket och år i nuvarande yrkesroll ha lämnats öppet för respondenterna att själva fylla i för att underlätta analyserna. Information kan ha dolts i intervallerna som nu inte framgår. Då analys med ANOVA genomfördes som svar på de specifika frågeställningarna är intervallen justerade för att erhålla så jämnstora grupper som möjligt vilket är en förutsättning för analysen.

Författarna valde att fysiskt lämna ut enkäterna till respondenterna för att på så kort tid som möjligt erhålla ett så stort antal svar som möjligt. Det går dock att diskutera om författarnas närvaro påverkat respondenterna på något sätt. Det kan ha resulterat i att personer som egentligen inte ville delta gjorde det ändå för att inte verka ohjälpsamma.

Författarna tog ändå detta beslut då en magisteruppsats allokerade tid ej bedömdes räcka till för att skicka ut enkäterna. Denna metod resulterar sällan i ett särskilt högt deltagande och kräver att flertalet påminnelser skickas ut för att få ett godtagbart antal ifyllda enkäter (Polit & Beck, 2013). Det interna bortfallet på endast en enkät och ett resultat med god samstämmighet bland respondenterna vittnar dock om att de som deltagit, också tagit det på allvar. De har således inte fyllt i enkäten i blindo eller kryssat samma svar på alla påståenden vilket ökar studiens tillförlitlighet. Om en enkät hade fyllts i efter ett uppenbart mönster hade detta upptäckts då data kodats in i SPSS. Det totala antalet anställda i de båda verksamheterna uppgick till ca 200 personer. Med 140 använda enkäter ger det en svarsfrekvens på 70 % vilket författarna anser godtagbart att generalisera resultatet utifrån trots ett bekvämlighetsurval. Möjligheten att generalisera resultatet bör i första hand göras inom de båda verksamheterna. Att generalisera denna studies resultat till andra verksamheter bör göras med försiktighet då olika vårdinrättningar har olika förutsättningar och olika utmaningar vad gäller arbetsklimat. Ett större urval hade behövts med respondenter från olika akutmottagningar och ambulansföretag för att ge möjligheten till en bredare tolkning av studiens resultat. Ett större urval hade dessutom gjort att säkrare resultat erhållits vad gäller de specifika frågeställningarna kön, ålder och antal år i yrket.

Användandet av respondent-ID upplevdes fungera väl. Säkerställning av att respondenternas identiteter behandlats konfidentiellt och möjlighet att avbryta deltagande bedöms av författarna som uppfyllt. Vidare har de forskningsetiska avvägningar som dikterats innan studiens start följts under utförandet.

## **Resultatdiskussion**

I jämförelsen mellan hur akutmottagningens personal och ambulansens personal uppfattar sitt arbetsklimat som personcentrerat framgår det att ambulanspersonalen upplever det signifikant högre. Akutmottagningens personal erhöll ett medelvärde av totalpoäng på 30,8 vilket gör att de faller in i gruppen well below average. Detta vittnar om en svag upplevelse av huruvida arbetsklimatet är personcentrerat eller inte. Det existerar ett vetenskapligt underlag för att den höga arbetsbelastningen, turbulenta miljön och bristen på rutiner är det som personal på akutmottagningen upplever som problematiskt och är det som oftast ligger bakom då misstag begås gentemot patienter (Jafari et al., 2015; Källberg et al., 2015; Rasmussen et al., 2014). Detta ökar känslan av stress vilket i sin tur försvårar kommunikation med patient och

kollegor, ökar risken för att misstag begås samt tär på samvetet då ett fullgott arbete inte alltid kan utföras (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2009; Källberg et al, 2015).

Författarna till föreliggande studie anser att detta är faktorer som om de inte fungerar minskar upplevelsen av att ens arbetsklimat är personcentrerat och försvårar implementeringen av densamme.

Ambulanspersonalen i denna studie upplevde en låg grad av personcentrerat arbetsklimat. Ambulanspersonalen, trots ett signifikant högre resultat, faller in i samma kategori som akutmottagningen med medelvärde av totalpoäng på 42,8. Ambulansyrket kan på ytan förefalla enkelt då endast en patient vårdas åt gången och återhämtning i högre grad kan ges jämfört med en akutmottagning. Dock visar studier på en hög grad av fysisk och psykosocial stress hos ambulanspersonal. I viss mån är stressen relaterad till akuta händelser såsom skador vid lyft och psykisk ohälsa efter påfrestande patientmöten men detta har visat sig vara i hög grad tillfälliga faktorer. Långsiktiga faktorer som påverkar ambulanspersonals hälsa, och i förlängningen patienten, rör arbetsklimat och arbetsplatsens organisation. Detta berör saker såsom dåligt gehör från ledning och kollegor, bristande kommunikation samt dålig återhämtning mellan uppdrag. (Van der Ploeg & Kleber, 2003; Hansen, Rasmussen, Kyed, Nielsen & Hviid-Andersen, 2012; Aasa, Brulin, Ängquist & Barnekow-Bergkvist, 2005)

Det finns svårigheter i att på ett djupare sätt förklara de skillnader ambulans -och akutmottagningspersonal upplever. För att kunna ta reda på varför det finns skillnader måste först frågan om vad som skiljer sig besvaras. Att besvara frågan om varför kräver dessutom en specifik insikt i respektive verksamhet vilken författarna till denna studie inte besitter.

Tidigare studier rörande arbetsklimat inom de båda verksamhetsområdena pekar på en snarlik problematik gällande bland annat ökad arbetsbelastning, stress och en känsla av att inte kunna erbjuda patienten den uppmärksamhet den förtjänar (Edvardsson et al., 2015). För att försöka visa områden för förbättring har resultat framtagna för varje subgrupp presenterats.

Föreliggande studie visar att ambulanspersonalen upplever sitt arbetsklimat som mer personcentrerat än akutmottagningen, i samtliga subgrupper, med en särskilt stor skillnad vad gäller gruppen everydayness och en särskilt liten skillnad i gruppen community. Båda verksamheterna upplever hög enighet med subgruppen safety. Denna studie visar dock på att det inte går att dra några större slutsatser utifrån subgrupperna i jämförelsen mellan ambulans och akutmottagningen. Det enda subgrupperna egentligen tillför är att de ringar in positiva

och negativa områden i respektive verksamhet vilket ger en överblick vad gäller styrkor och svagheter i arbetsmiljön.

För att specifikt konkretisera var skillnaderna och likheterna visar sig presenteras resultatet även utifrån varje enskilt påstående för att precisera var dessa skillnader och likheter finns.

Påstående 1 i enkäten undersökte om verksamheten är en plats man känner sig välkommen på. Både ambulans - och akutmottagningspersonalen angav här särskilt höga värden och en i stort sett enighet med påståendet. Att känna sig välkommen på sin arbetsplats angavs allmänt som en viktig faktor för att skapa en känsla av trygghet och sammanhållning och öka en arbetsgrupps förmåga att samarbeta (Kawakami & Tsutsumi, 2015). Känslan av att vara välkommen beskrevs vidare som särskilt viktigt för yngre nyanställda. (Lavoie-Tremblay, Fernet, Lavigne & Austin, 2015). Ett stort antal med kortare anställningstid och lägre ålder kan återfinnas på akutmottagningen varpå detta är särskilt viktigt.

Påstående 4, rörande personalens upplevelse av att patienterna är i säkra händer ansåg akutmottagningens personal att de delvis tar avstånd. Detta vittnade om en upplevelse av att arbetsmiljön eventuellt inte var tryggt för patienten. Känslan av detta var en börda för personalen att bära på och ökade upplevd stress (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2009). Ambulans-personalen uppgav här en i stort sett enighet med påståendet.

Då PCV bland annat förespråkar vikten av patientsäkerhetsarbete till exempel vad gäller dokumentation och konstruktionen av en god kontinuitet i vårdkedjan för att förbättra kommunikation och information på ett tryggt sätt för patienten (Margaret & Broderick, 2013). Författarna anser att om vårdpersonal inte upplever att patienten är i säkra händer ökar svårigheten att övertyga patienten om att den är trygg och säker.

Påstående 8 och 9 handlade om huruvida arbetsplatsen är en plats där det finns ett lugn och en plats där det finns möjlighet att skingra tankarna. Akutmottagningens personal tog nästan helt avstånd från detta påstående medan ambulanspersonalen stod och vägde mellan att delvis ta avstånd och vara delvis eniga. Berättelsen är en av grundstenarna inom PCV och förutsätter ett fokus från vårdpersonalens sida i skapandet av förtroende genom att lyssna (Ekwall Kristensson, 2010). Detta kräver i författarnas mening både tid för reflektion över vad patienten berättar och över de beslut som fattas. När det handlar om akutsjukvård finns inte

alltid denna möjlighet i den akuta situationen. Dock bör tid avsättas efteråt där i alla fall en kort stund görs tillgänglig för reflektion.

Påstående 13 och 14 berör frågan om huruvida det är enkelt för patienterna att prata med personalen och om de har någon att prata med om de så önskar. Akutmottagningen ansåg detta som problematiskt då de delvis tog avstånd från påstående 13 och nästan helt avstånd mot påstående 14. Ambulanspersonalen upplevde de båda påståendena mer positivt med svar som lutade mot en delvis enighet. Framförallt påstående 13 framträdde som en av de viktiga delarna i PCV då vården skall planeras tillsammans med patient och anhöriga på ett sådant sätt att de blir aktiva deltagare i beslutsprocessen. Detta ämnar formulera ett partnerskap på så lika villkor som möjligt (Ekman & Norberg, 2013).

Vid analys om personals könstillhörighet var av vikt för upplevt personcentrerat arbetsklimat kunde inga signifikanta skillnader ses. De resultat som framkom vid analys av övriga specifika frågeställningarna lyfter fram två grupper utifrån ålder och antal år i yrket. Medelvärdet på totalpoäng för hela studiepopulationen var 36,48 vilket var det som övriga resultat ställs emot. Åldersintervallet 35-39 år och de som har arbetat i 5-15 år visade sig ligga högre än medelvärdet för totalpoäng. En tolkning av detta resultat kan vara att de som är i åldern 35-39 eller har arbetat i 6-15 år upplever sitt arbetsklimat som mer personcentrerat än övriga grupper. Vid djupare analys av detta resultat framkom frågan om vilka som står bakom dessa siffror? Då medelvärdet för akutmottagningen var 30,8 och medelvärdet för ambulanspersonalen var 42,8 antas ett större antal ambulanspersonal i dessa grupper. Vidare antagande kan även göras om att det var ungefär samma personer som befann sig i de båda grupperna, alltså var i åldrarna 35-39 och hade arbetat i 5-15 år.

PCV har i sig inget specifikt genus-, ålders- eller erfarenhetsperspektiv för att förklara skillnaderna i denna studie. För att försöka förklara vad resultatet kan ha påverkats av har Benner (1999) teori om sjuksköterskans kompetensutveckling använts. Även om studien innefattar undersköterskor och ambulanssjukvårdare har Benner (1999) teorier även viss bäring för andra yrkeskategorier. Gruppen med åldrarna 18-34 och som arbetat i 0-5 år upplevde en relativt låg grad av personcentrerat arbetsklimat. Med Benner (1999) som utgångspunkt kantas de första åren efter examen av ett relativt stelt agerande utifrån regelverk med en avsaknad av kontextuell förståelse för de inlärd textbokstermerna. Detta på grund av

ett stort fokus på att utföra de viktigaste arbetsuppgifterna utan att egentligen reflektera över omgivningen de arbetar i.

Det lägre resultatet kan förklaras med att många nyutexaminerade sjuksköterskor upplever sin arbetsmiljö som kaotisk på grund av många nya intryck (ibid.). De som har arbetat längre och är äldre har oftast erhållit en större klinisk kompetens och djupare förståelse för sitt arbete. Det lugn och självförtroende som en högre kompetens ger kan förklara varför de även kan uppleva sin arbetsplats som mindre problematisk. I denna grupp kunde författarna dock konstatera en övertalighet av ambulanspersonal vilket ger en aning snedvridet resultat. Utifrån Benners (1999) teori om sjuksköterskans kompetens-utveckling är det dock svårt att dra slutsatser kring gruppen med åldrarna 40-49 och de som arbetat i 16-40 år. De har gett resultat som är snarlika den första gruppen och borde fått högst poäng då den fullt utvecklade sjuksköterskans kompetens borde skapa ett ännu större lugn och självförtroende (ibid.). Detta borde även vara sant för undersköterskorna och ambulanssjukvårdarna. Dock bör det spekuleras i om den eventuellt högre kompetensen inte också ger en större förmåga till att kritiskt granska sin arbetsplats. Den äldre erfarna sjuksköterskan upplever eventuellt också problem som existerat under en lång tid värre än sina yngre kollegor. Detta skulle möjligen förklara varför studien visar på en låg grad av personcentrerat arbetsklimat hos de äldsta och mest erfarna. Trots att en statistiskt signifikant skillnad fanns mellan intervallen i grupperna ålder och antal år i yrket placerade sig samtliga i den lägsta kvartilen well below average. Ålder eller antal år i yrket förefaller således inte i större grad påverka upplevelsen av personcentrerat arbetsklimat.

Konsekvenserna för patienterna om ett personcentrerat arbetssätt fungerar är att de får ett större inflytande över sin egen behandling och bättre möjligheter till eget ansvar i egenvården. Resultatet av detta i ett samhällsperspektiv kan vara sänkta vårdkostnader på grund av minskat antal besök hos olika vårdgivare. (Bertakis & Azari, 2011) PCV kan även leda till ett förbättrat samarbete patient och vårdgivare emellan och har visat sig öka följsamheten gällande till exempel läkemedelsordinationer. Även detta minskar onödiga vårdbesök och lidande för patienten (Ekman et al., 2011). Den arbetsmiljö personal befinner sig i, anser författarna till viss del, som avgörande för kvalitén på det arbete som utförs. En god vård är vidare ett krav enligt Hälso -och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2a §. I HSL lyfts det fram att "olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt", vilket är det PCV ämnar göra. Om förutsättningen för PCV är ett personcentrerat arbetsklimat visar denna

studie en stor problematik hos de båda organisationerna. Då PCV är en teori som skall genomsyra hela verksamheten bör också införandet av PCV göras på bred front och inte bara gälla personalen som arbetar med patienterna utan även ledningen.

### **Konklusion och implikationer**

Trots ett signifikant högre upplevt personcentrerat arbetsklimat hos ambulanspersonalen jämfört med akutmottagningen ser författarna ändå genomgående svaga resultat där resultatet för båda verksamheterna ändå tolkas som svagt eftersom de ligger långt under det genomsnittsvärdet som enkätens upphovsmän föreslagit.

Efter användandet av denna enkät har författarna ställt sig frågan om det egentligen är av vikt att jämföra olika vårdinstanser. Det mer konstruktiva sättet att använda enkäten på är att belysa inom vilka områden, och vad som behövs göras, för att öka graden av personcentrering vad gäller arbetsklimatet. Vad en jämförelse mellan flertalet olika vårdinstanser kan ge är att identifiera dels var i verksamheten arbetsmiljön brister men framförallt vad de verksamheter som erhåller en hög grad av personcentrering gör i praktiken för att uppnå detta. Det kan röra sig om både medvetna och omedvetna aktioner som är av vikt för att kunna arbeta fram fungerande koncept. Även om författarna inte anser att enkäten bör användas inom ambulansverksamheten kan den rekommenderas till akutmottagningar och avdelningar inom slutenvården. Enkäten kan fortsättningsvis användas i ett systematiskt förbättringsarbete där personalen till exempel fyller i enkäten en gång per år för att följa upp och identifiera områden för förbättring för att kunna formulera åtgärder som gör deras verksamhets arbetsklimat mer personcentrerat. Vidare forskning och framförallt uppföljning av åtgärder vad gäller arbetsklimat krävs för att utröna om det faktiskt bereder väg för ett personcentrerat arbete.

## Referenser

Aasa, U., Brulin, C., Ängquist, K-A., & Barnekow-Bergkvist, M. (2005). Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 251-8.

Aasa, U., & Wiitavaara, B. (2009). Personalens hälsa och arbetsmiljö. I B.-O. Suserud & L. Svensson (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (s. 33-38). Stockholm: Liber

Adams, T. (2008). Peoples experience of having dementia. I T. Adams (Red.), *Dementia Care Nursing. Promoting well-being in people with dementia and their families* (s. 42-65). Chippenham and Eastbourne, CPI Antony Rowe.

Benner, P., Tanner, CA., & Chesla, CA. (1999). *Expertkunnande i om vårdnad. Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur

Bergland, Å., Kirkevold, M., & Edvardsson, D. (2012). Psychometric properties of the Norwegian Person-centered Climate Questionnaire from a nursing home context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 820-8 doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00979.x. Epub 2012 Mar 1.

Bertakis, K.D., & Azari R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229–239. doi: 2011 Dec;10(4):248-51. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008. Epub 2011 Jul 20.

Funk SG, Champagne MT, Wiese RA, Tornquist EM: BARRIERS: the Barriers to Research Utilization Scale. *Applied Nursing* 1995, 4:39-45

Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008. Epub 2011 Jul 20.



Dewing, J. (2004). Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people. *International Journal of Older, People Nursing*, 13(3a), 39-44.

Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad: definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson (Red) *Personcentrerad omvårdnad I teori och praktik* (s 29-37). Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, D., Koch, S., & Nay, R. (2010). Psychometric evaluation of the English language Person-centered Climate Questionnaire--staff version. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 54-60. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01038.x.

Edvardsson, D., Sandman, P.O., & Rasmussen, B. (2009). Construction and psychometric evaluation of the Swedish language Person-centered Climate Questionnaire - staff version. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 790-5. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01005.x.

Edvardsson, D., Sjögren, K., Lindkvist, M., Taylor, M., Edvardsson, K., & Sandman, P.O. (2015). Person-centred climate questionnaire (PCQ-S): establishing reliability and cut-off scores in residential aged care. *Journal of Nursing Management*, 23(3), 315–323 .doi: 10.1111/jonm.12132. Epub 2013 Jul 23.

Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s.29-53). Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman. (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik* (s. 69-97). Stockholm: Liber.

Ekman, I., Swedberg, K., Tafta, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., & Carlsson, J. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European Journal Cardiovasc Nurs*, 10(4), 248-51. doi: 10.1016

Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L.E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of person-centered care in patients whit chronic heart failure: The PCC-HF-study. *European Heart Journal*, 33(9), 1112-9. doi: 10.1093/eurheartj/ehr306. (Epub ahead of print).

Grimby, A. (2012). Psykosocial arbetsbörda för olika vårdkategorier med hög frekvens av döende, död och sorg. Studie av ambulanspersonal och anställda på akutmottagningar i landet. (Forskningsprojekt: Diariernr: 110005. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Från: [http://www2.sahlgrenska.gu.se/files/AFA\\_Agneta\\_Grimby\\_et\\_al.pdf](http://www2.sahlgrenska.gu.se/files/AFA_Agneta_Grimby_et_al.pdf)

Hansen, C., Rasmussen, K., Kyed, M., Nielsen, K, J., & Hviid-Andersen, J. (2012). Physical and psychosocial work environment factors and their association with health outcomes in Danish ambulance personnel – a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2012 Jul 23;12:534. doi: 10.1186/1471-2458-12-534.

Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 577–588.

Kawakami, N., & Tsutsumi, A. (2015). The Stress Check Program: a new national policy for monitoring and screening psychosocial stress in the workplace in Japan. *Journal of Occupational Health*. (Epub ahead of print).

Kitwood, T. (1997). The experience of dementia. *Aging and Mental Helath*, 1(1), 13-22. doi: 10.1080/13607869757344

Kristensson Ekwall, A. (2012). Personcentreradvård ur ett akutvårdsperspektiv. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (s.51-60) Lund: Studentlitteratur AB.

- Källberg, A-S., Göransson, K., Florin, J., Östergren, J., Brixey, J., & Ehrenberg, A. (2015) Contributing factors to errors in Swedish emergency departments. *International Emergency Nursing*, 23(2), 156–161. doi: 10.1016/j.ienj.2014.10.002. (Epub ahead of print).
- Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G., & Austin, S. (2015). Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 2015 Nov 25. doi: 10.1111/jan.12860. (Epub ahead of print).
- Lehuluante, A., Nilsson, A., & Edvardsson, D. (2012). The influence of a person-centered psychosocial unit climate on satisfaction with care and work. *Journal of Nursing Management*, 20(3), 319–325. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01286.x. (Epub ahead of print).
- Margaret, C., & Broderick, M, S. (2013). Person-centered care in nursing documentation. *International Journal of Older People Nursing*, 8(4), 309–318. doi: 10.1111/opn.12012. (Epub ahead of print).
- McBrien, B. (2009). Translating change: The development of a person-centered triage training program for emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 17(1), 31-37.
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: An overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 13,31-38.
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of ‘context’. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 94 –104.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centered Nursing – Theory and Practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond person-centered care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3a), 45-53.
- Nolan, M., Ryan, T., Enderby, P., & Reid, D. (2002). Towards a more inclusive vision of dementia care practice and research. *Dementia*, 1(2), 193-211.

Polit, D., & Beck, C., T. (2013). *Essentials of nursing research - Appraising Evidence for Nursing Practice 8: e uppl.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rasmussen, K., Meldgaard- Pedersen, A, H., Pape, L., Lyngby-Mikkelsen, K., Dyrlov-Madsen, M., & Nielsen, K, J. (2014) Work environment influences adverse events in an emergency department. *Danish Medical Journal*, 2014; 61(5):A4812

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81-90

Sandvik, G.K., Stokke, K., & Nortvedt, M.W. (2011). Implementing evidence-based practice in hospital—what strategies are effective? *Sykepleien Forskning*, 2(6), 160-167

SFS 1982:763. Hälso-och sjukvårdslag. Hämtad 3 Dec, 2015, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

SPSS Inc. (2009) Predictive Analytical Software (PASW) Statistics Version 18. SPSS Inc, Quarry Bay, Hong Kong.

Svensk sjuksköterskeförening. *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Stockholm: BrommaBrolins. Från: <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/utbildning-publikationer/strategi.for.utbildnfragor.pdf>

Van der Ploeg, V., & Kleber, R, J. (2003) Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 2003;60(Suppl I):i40–i46

Varjoshani, N, J., Hosseini, M, A., Khankeh, H, R., & Ahmadi, F. (2015). Tumultuous Atmosphere (Physical, Mental), the Main Barrier to Emergency Department Inter-

Professional Communication. *Global Journal of Health Science*, Vol. 7, No. 1.  
doi:10.5539/gjhs.v7n1p144

Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. ISBN:91-7307-008-4. Vetenskapsrådet: Elanders Gotab. Från  
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011) *Evidensbaserad Omvårdnad—en bro mellan forskning och klinisk praktik*. Tredje utgåvan. Lund: Studentlitteratur.

## Vårdklimatskala (Personal)

### **Instruktion:**

Denna enkät efterfrågar din upplevelse av klimatet vid den avdelning du nu arbetar. Man vet att upplevelser av klimatet/atmosfären vid en avdelning kan vara viktigt för personalen. Enkäten består av 14 påståenden om klimatet på denna avdelning, och du tar ställning till i vilken utsträckning dessa påståenden stämmer överens med din upplevelse. Vänligen sätt ett kryss i rutan för det alternativ som bäst stämmer överens med din upplevelse. Det är viktigt att du tar ställning till alla påståenden, så om du känner dig osäker - välj det alternativ som ligger närmast din upplevelse.

### **Övrig information:**

Varje deltagare i denna studie informeras härmed om att medverkande är frivilligt. Insamlade enkäter kommer endast att användas för kommande magisterarbete och kommer ej spridas eller användas i kommersiellt syfte. Enligt god forskningsetisk sed hanteras och förvaras ifyllda enkäter på ett ansvarsfullt vis för att säkerställa deltagarens anonymitet. Studien är vidare godkänd av sittande verksamhetschef samt det Vårdvetenskapliga etiknämnden.

**Är du?**

Man  Kvinna  Annat

**Hur gammal är du?**

18-24  25-29  30-34   
35-44  45-49  50-54   
55-59  60-64  65-70

**Vilken yrkesroll innehar du?**

Specialistsjuksköterska

Vilken specialistutbildning? \_\_\_\_\_

Sjuksköterska

Undersköterska

Ambulanssjukvårdare

Undersköterska **och**

Ambulanssjukvårdare

**Hur många år har du varit verksam i din nuvarande yrkesroll**

0-1 år  2-5 år  6-10 år   
11-15 år  16-20 år  21-25 år   
26-30 år  31-35 år  36-40 år

**Hur många år har du varit anställd på din nuvarande arbetsplats?**

0-1 år  2-5 år  6-10 år   
11-15 år  16-20 år  21-25 år   
26-30 år  31-35 år  36-40 år

Den plats jag arbetar på upplever jag som:	Nej, tar helt avstånd	Nej, tar nästan helt avstånd	Nej, tar delvis avstånd	Ja, delvis enig	Ja, i stort sett enig	Ja, helt enig
	1	2	3	4	5	6
1. En plats där man känner sig välkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En plats där man känner sig sedd som person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En plats där man kan vara sig själv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En plats där patienterna är i säkra händer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En plats där man använder ett språk som patienterna kan förstå.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En plats där det kan kännas hemtrevligt för patienterna trots att de är på institution.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En plats där det finns något vackert att vila ögonen på.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En plats där det finns ett lugn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En plats där det finns möjlighet att skingra tankarna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En plats där det är rent och snyggt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. En plats där det är enkelt för patienterna att hålla kontakt med sina nära och kära.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. En plats där det är enkelt för patienterna att ta emot besök.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>Den plats jag arbetar på upplever jag som:</b>	Nej, tar helt avstånd	Nej, tar nästan helt avstånd	Nej, tar delvis avstånd	Ja, delvis enig	Ja, i stort sett enig	Ja, helt enig
	1	2	3	4	5	6
13. En plats där det är enkelt för patienterna att prata med personalen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. En plats där patienterna har någon att prata med om de så önskar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**LUNDS UNIVERSITET**  
**Medicinska fakulteten**

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

**Bilaga 2 (4)**

Till verksamhetschef

**Förfrågan om tillstånd att genomföra studien att undersöka hur akutvårdspersonal uppfattar att deras verksamhets arbetsklimat är personcentrerat i förhållande till ambulanspersonal**

Under vecka 36-37 önskar vi att genomföra studien "Personcentrerat arbetsklimat" på akutmottagningen och anhåller om ditt godkännande. Nedan följer en kort beskrivning om vad studien handlar om.

Syftet med studien är att undersöka hur akutvårdspersonal uppfattar att deras verksamhets arbetsklimat är personcentrerat i förhållande till ambulanspersonal. Arbetsbelastningen ökar stadigt för vårdpersonal och upplevelsen att inte räckta till sprider sig. Personcentrerad vård innebär att man sätter personen i fokus istället för sjukdomen. Denna studie ämnar belysa hur personalen anser att deras arbetsklimat är personcentrerat.

Studien utförs med hjälp av en enkät. Enkäten består av 14 påståenden gällande arbetsplatsens arbetsklimat och ger tillsammans en poängsumma för att visa graden av personcentrering. Datainsamling kommer att ske under två veckor och utförs på plats av författarna.

Undersökningspersonerna kommer att informeras om studien i samband med att enkäterna delas ut och göras medvetna om att deltagande är frivilligt. Enkäterna kommer att vara anonyma och besvarade enkäter förvaras inlåsta.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning ambulanssjukvård.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Jon Burman  
Sjuksköterska  
Tfn 0761-663513  
jon.burman@hotmail.com

Jannicke Hallenborg  
Sjuksköterska  
Tfn 0702676343  
jannicke.hallenborg.130@student.  
lu.se.

Karin Samuelson  
Univ. lektor, docent  
0722-935713  
Karin.samuelson@med.lu.se

## Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

### Personcentrerat arbetsklimat

Er anhängan

- Medgives
- Medgives ej

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande och titel

\_\_\_\_\_  
Verksamhetsområde



## LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

## Bilaga 3 (4)

Till verksamhetschef.

### **Förfrågan om tillstånd att genomföra studien att undersöka hur akutvårdspersonal uppfattar att deras verksamhets arbetsklimat är personcentrerat i förhållande till ambulanspersonal**

Under vecka 36-37 önskar vi att genomföra studien "Personcentrerat arbetsklimat" på samtliga ambulansstationer i distriktet och anhåller om ditt godkännande. Nedan följer en kort beskrivning om vad studien handlar om.

Syftet med studien är att undersöka hur akutvårdspersonal uppfattar att deras verksamhets arbetsklimat är personcentrerat i förhållande till ambulanspersonal. Arbetsbelastningen ökar stadigt för vårdpersonal och upplevelsen att inte räckta till sprider sig. Personcentrerad vård innebär att man sätter personen i fokus istället för sjukdomen. Denna studie ämnar belysa hur personalen anser att deras arbetsklimat är personcentrerat.

Studien utförs med hjälp av en enkät. Enkäten består av 14 påståenden gällande arbetsplatsens arbetsklimat och ger tillsammans en poängsumma för att visa graden av personcentrering. Datainsamling kommer att ske under två veckor och utförs på plats av författarna.

Undersökningspersonerna kommer att informeras om studien i samband med att enkäterna delas ut och göras medvetna om att deltagande är frivilligt. Enkäterna kommer att vara anonyma och besvarade enkäter förvaras inlåsta.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning ambulanssjukvård.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Jon Burman  
Sjuksköterska  
Tfn 0761-663513  
jon.burman@hotmail.com

Jannicke Hallenborg  
Sjuksköterska  
Tfn 0702676343  
jannicke.hallenborg.130@student.lu.se.

Karin Samuelson  
Univ. lektor, docent  
0722-935713  
Karin.samuelson@med.lu.se

## Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

### Personcentrerat arbetsklimat

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande och titel

\_\_\_\_\_  
Verksamhetsområde



**LUNDS UNIVERSITET**  
**Medicinska fakulteten**

**Bilaga 4 (4)**

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Information till undersökningsperson

**”Personcentrerat arbetsklimat”**

Personcentrerad vård kännetecknas av att se personen som en unik individ. Att sätta patienten i fokus och inte sjukdomen samt se patientens känslor, vilja och behov. Vården bör sträva efter att bevara personens värdighet och integritet.

Akutsjukvård lägger tonvikt på endast det akuta och människan glöms gärna bort då medicinskt fokus tar överhand, detta ofta beroende på tidsbrist. Organisatoriska strukturer och arbetssätt designade att fånga endast de akuta symtomen gör att även rutinerad personal begränsas i deras förmåga att ta hänsyn till, inte bara det patienten söker för just nu, utan vad patienten har för tidigare erfarenheter och åsikter. Vid implementeringen av personcentrerad vård för akutpersonal bör därför den huvudsakliga tyngdpunkten ligga på att möta de förväntningar på god vård som patienterna har och skapa en trygg och säker miljö.

Syftet med studien är att undersöka hur akutvårdspersonal uppfattar att deras verksamhets arbetsklimat är personcentrerat i förhållande till ambulanspersonal.

Detta är en kvantitativ studie baserad på data från enkäter.

Enkäterna kommer att delas ut på er arbetsplats av ansvariga för studien. Enkäten tar ca 5 minuter att genomföra.

Om Du accepterar att delta i vår studie ber vi att Du besvarar frågorna i utdelad enkät så fullständigt som möjligt och ger tillbaka den till den närvarande studieansvarige.

Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Din kontakt med ansvariga för studien. Kontaktuppgifter återfinns nedan.

Dina svar på enkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till Dina svar. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning ambulanssjukvård.

Om Du vill veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss, eller till vår handledare  
Med vänlig hälsning

Jon Burman  
Sjuksköterska  
Tfn 0761-663513  
jon.burman@hotmail.com

Jannicke Hallenborg  
Sjuksköterska  
Tfn 0702676343  
jannicke.hallenborg.130@student.  
lu.se.

Karin Samuelson  
Univ. lektor, docent  
0722-935713  
karin.samuelson@med.lu.se