



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors självskattning av kompetensnivå inom
intermediärvård

En empirisk studie

Nurses self-estimated competence level regarding intermediate care

An empirical survey study

Författare: Sara Hansson & Ida Petersson

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren 2021

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Problemområde: Avsaknaden av ett nationellt krav på en viss kompetens hos sjuksköterskor kan medföra att intermediärvård bedrivs utan tillräcklig kompetens eller med varierande kompetens mellan olika enheter. **Bakgrund:** Intermediärvård är en vårdnivå mellan vanlig vårdavdelning och intensivvårdsavdelning. Den fungerar både som en upptrappning och nedtrappning av vård. Både grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor kan arbeta inom intermediärvård. **Syftet:** Var att beskriva och jämföra sjuksköterskors självskattning av kompetensnivån inom intermediärvård genom en enkätstudie. **Metod:** Empirisk enkätstudie med självskattning utifrån NPC-skalan, hypotesprövning gjordes med Mann-Whitney test. **Resultat:** Specialistsjuksköterskor skattar sin kompetens signifikant högre inom tre kompetensområden, även sjuksköterskor som arbetade med intermediärvård innan Covid-19 pandemin skattar sin kompetens signifikant högre inom tre kompetensområden. **Konklusion:** Specialistutbildning och längre arbetslivserfarenhet har visat sig vara associerat med en högre självskattad kompetens inom intermediärvård.

Nyckelord

Intermediärvård, kompetensnivå, NPC-skalan, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, erfarenhet

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	5
Intermediärvård	5
Kompetensbeskrivning	6
Perspektiv och utgångspunkter	8
Från novis till expert.....	8
Sjuksköterskans kompetensnivå inom intermediärvård	9
Syfte	11
Specifika frågeställningar	11
Metod	12
Urval	12
Instrument	12
Datainsamling	14
Analys av data.....	14
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat.....	16
Skattad kompetens inom intermediärvård.....	18
Skillnad i skattad kompetens inom intermediärvård	19
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion.....	26
Kompetens inom intermediärvård	26
Specialistsjuksköterskor inom intermediärvård.....	26
Erfarenhet inom intermediärvård.....	28
Konklusion och implikationer	29
Referenser.....	30
Bilaga 1 (Enkät)	37
Bilaga 2 (Frågor inom kompetensområden).....	40

Problemområde

Idag finns det inga nationella riktlinjer eller definitioner för intermediärvård i Sverige. Istället ska lokala riktlinjer finnas för organisation, kompetens och personaltäthet, samt vid vilka medicinska indikationer intermediärvård bedrivs (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015). Enligt Waydhas et al. (2018) finns det inte någon generell eller internationell definition av intermediärvård som är bindande. Syftet med intermediärvård är att vara en enhet för patienter som inte kräver intensivvård men samtidigt är för sjuka eller har för högt vårdbehov för en vanlig vårdavdelning (a.a.). En del behandlingar som används på en intensivvårdsavdelning kan ges på en intermediärvårdsavdelning och ska ur en säkerhetssynpunkt beaktas och utvärderas, framförallt då det inte finns samma kompetenskrav på personalen inom intermediärvård som inom intensivvården. Vid indikation ska patienten flyttas till intensivvårdsavdelning när patienten kräver en högre vårdnivå som inte längre kan tillgodoses på en intermediärvårdsavdelning (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015). Antalet sjuksköterskor i förhållande till antalet patienter skiljer sig mellan intensivvårdsavdelning och vanlig vårdavdelning (Ridley, 1998). Vid en förflyttning av patient till en lägre vårdnivå minskas möjligheterna till vård (a.a.). Samtidigt är personaltätheten och sjuksköterskors utbildningsnivå avgörande faktorer för patienters sjukhusmortalitet (Aiken et al., 2011). Det kan medföra en svårighet för patienter med ett högre vårdbehov att återhämta sig från ett kritiskt sjukdomstillstånd utan rätt förutsättningar. Moreno, Miranda, Matos & Fevereiro (2001) beskriver att mortaliteten efter att ha vårdats på en intensivvårdsavdelning är hög. Utskrivning från en intensivvårdsavdelning till vanlig vårdavdelning fördröjs ofta då patienten inte är tillräckligt stabil för att vårdas på en vanlig vårdavdelning. På en vanlig vårdavdelning finns inte samma möjlighet för övervakning och personaltäthet som på en intensivvårdsavdelning (a.a.). Sjuksköterskor som arbetar på en vanlig vårdavdelning och tar emot patienter från intensivvården som är svårt sjuka beskriver att det ofta är unga och nyutexaminerade sjuksköterskor och läkare med lite erfarenhet som vårdar dessa patienter (Andershed & Enger, 2017). Sjuksköterskorna uppgav också att ledningen många gånger tänkte mer på personalantal än på personalens kompetens (a.a.). Avsaknaden av ett nationellt krav på en viss kompetens hos sjuksköterskan skulle kunna medföra att intermediärvård bedrivs av oerfarna sjuksköterskor utan tillräcklig kompetens eller med varierande kompetens mellan olika enheter. Samtidigt finns det begränsat med tidigare forskning kring sjuksköterskors kompetens inom intermediärvård. Därav är det av

stor vikt att öka kunskapen kring sjuksköterskors självskattade kompetens inom intermediärvård samt att undersöka hur kompetensen är fördelad och kan förbättras.

Bakgrund

Intermediärvård

Intermediärvård är en vårdnivå mellan vanlig vårdavdelning och intensivvårdsavdelning (Ridley, 1998; Prin & Wunsch, 2014; Waydhas et al., 2018). Övervakning och omhändertagande kan ges till patienter med akut eller risk för akut organsvikt (Ridley, 1998). När det saknas medicinsk indikation för intensivvård men patienten har medicinska och/eller omvårdnadsmissiga behov som inte kan tillgodoses på en vanlig vårdavdelning är patienten aktuell för intermediärvård (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015). Organisatoriskt kan intermediärvård bedrivas av olika verksamheter, exempelvis av intensivvården samt av andra specialiteter (a.a.) i form av internmedicin, kardiologi, kirurgi, neurologi, akut eller flera specialiteter samlade på en enhet (Capuzzo et al. 2014). Då lokala riktlinjer styr vilken kompetens sjuksköterskor ska besitta inom intermediärvård innebär det att både grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor kan arbeta inom intermediärvård (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015). Beroende på hur stor andel specialistsjuksköterskor eller grundutbildade sjuksköterskor med lång erfarenhet som finns inom intensivvården kan kompetensnivån variera, hur mycket är dock oklart.

Ridley (1998) menar att en intermediärvårdsavdelning fungerar både som en upptrappning eller nedtrappning av vårdnivå. Prin & Wunsch (2014) använder inte begreppet intermediärvård men beskriver att enheter som fungerar som upptrappning och nedtrappning av vårdnivå har en roll som är svår att förstå. Det finns också stora variationer i definitionen och den vård som kan ges (a.a.). Enligt Capuzzo et al. (2014) har patienter som skrivs in på intensivvårdsavdelning från en intermediärvårdsavdelning högre NEMs poäng (Nine equivalents of Nursing Manpower Use Score) än de patienter som skrivs in från en vanlig vårdavdelning. NEMs används inom svensk intensivvård och är en mätning av vårdtyngd hos patienten (Svenska intensivvårdsregistret, 2018). Även Hamsen, Lefering, Fishan,

Schildhauer & Waydhas (2018) redogör för att arbetsbelastningen är högre kring patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning med frekvent användning av intermediärvård. Solberg et al. (2014) menar att uppstart av intermediärvård medför att patienter som skrivs in på en intensivvårdsavdelning är signifikant mer vårdtunga. Vid utskrivning från intensivvårdsavdelning till intermediärvårdsavdelning eller vanlig vårdavdelning har patienterna likvärdiga poäng på SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) och NEMs (Capuzzo et al. 2014). SOFA beskriver graden av organdysfunktion eller organsvikt (Vincent et al. 1996). Enligt Solberg et al. (2014) har patienterna ett högre vårdbehov vid utskrivning från intensivvårdsavdelning i jämförelse med innan uppstart av intermediärvård. Omotiverad användning av intensivvårdsplatser samt platser på vanlig vårdavdelning kan undvikas vid användning av intermediärvårdsavdelning. Hamsen et al. (2018) redogör för att återinläggningar från vanlig vårdavdelning till intensivvården är lägre vid hög användning av intermediärvård (a.a.). Sjukhusmortaliteten för vuxna patienter är lägre på sjukhus med intermediärvård än sjukhus utan intermediärvård (Capuzzo et al., 2014). Dock ökar mortaliteten signifikant bland patienterna på intensivvårdsavdelning efter införandet av intermediärvård (Solberg et al. 2014). Vilket kan förklaras av att enbart patienter med ett intensivvårdsbehov vårdas på intensivvårdsavdelning när det finns intermediärvårdsplatser på sjukhuset för patienter med intermediärvårdsbehov. Intermediärvård innebär ett ökat antal sjuksköterskor i förhållande till antal patienter i jämförelse med vanliga vårdavdelningar (a.a.). En ökad arbetsbelastning, mätt till förändring i antal patienter per sjuksköterska ökar risken för mortalitet bland patienterna (Aiken, et al., 2011). Därmed har sjuksköterskor inom intermediärvård bättre möjligheter att vårda patienter med organsvikt (Capuzzo et al., 2014). Intermediärvård har olika fördelar för att minimera stress hos patienter vid förflyttning från intensivvården (Beard, 2005). Strategier som gradvis minskning av omvårdnadsinsatser och övervakningsutrustning är två saker som kan främja en smidigare övergång från intensivvård till vårdavdelning för patienter (a.a.) Intermediärvård är därav även värdefull för patienten efter intensivvård vid förflyttning till en lägre vårdnivå. En högre vårdnivå ställer högre krav på kompetensnivån hos sjuksköterskorna. Det är därav av värde att undersöka sjuksköterskors kompetensnivå inom intermediärvården för att kunna avgöra om den är tillräckligt hög.

Kompetensbeskrivning

Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor beskriver att omvårdnad innefattar patientnära arbete utifrån en humanistisk människosyn och det vetenskapliga

kunskapsområdet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Den legitimerade sjuksköterskan kan genom att självständigt ansvara för kliniska beslut som tillgodoser människors möjlighet till att bibehålla, återfå eller förbättra sin hälsa, hantera funktionsnedsättning, sjukdom eller hälsoproblem samt nå bästa möjliga livskvalitet och välbefinnande fram till döden. Dessutom ska den legitimerade sjuksköterskan ha en förståelse för hur hälso- och sjukvård har en hållbar utveckling samt ha kunskap om beteendevetenskap och medicinsk vetenskap som är relevant för omvårdnaden av patienten. Arbetet ska ske i överensstämmelse med författningar, lagar och styrdokument (a.a.). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL: SFS 2017:30), 1 §, kap 3 är hälso- och sjukvårdens mål att vård och en god hälsa ska ges på lika villkor till hela befolkningen. Enligt 2 §, kap 5 ska verksamheter där hälso- och sjukvård bedrivs utgöras av lokaler, utrustning samt den personal som behövs för att erbjuda en god vård (a.a.).

Kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård beskriver att en specialistsjuksköterska inom akutsjukvård ska ha en beredskap i förhållande till det oförutsägbara och oväntade (Riksföreningen för Akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening, Swedish Emergency Nurse Association [SENA], 2017). Avancerad omvårdnad ska kunna ges av akutsjuksköterskan och utgår ifrån evidens och bästa praxis genom ett professionellt sätt oavsett allvarlighetsgrad av ohälsa. Akutsjuksköterskan ska utifrån symtom och tecken identifiera potentiellt livshotande tillstånd, samt i vissa fall starta medicinsk utredning och påbörja farmakologisk behandling. Arbetet innebär att ha en prioriteringsförmåga och handlingsberedskap vid komplexa och avancerade vårdssituationer utöver kompetensen en grundutbildad sjuksköterska besitter. Det innefattar förmåga att utifrån objektiva tecken, subjektiva symtom och anamnes göra adekvata medicinska bedömningar gällande övervakning, prioritering och även motivera och initiera behandling och undersökning efter behov. Sjuksköterskors kompetensnivå och patienters möjlighet till överlevnad och välbefinnande har samband med varandra (a.a.). Även Aiken (2017) menar att sjuksköterskor med högre kompetens medför en minskad mortalitet och högre patientsäkerhet. Specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård krävs i den akuta vårdkedjan för att ge en god och säker vård som är kunskapsbaserad och ändamålsenlig (Riksföreningen för Akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, Swedish Emergency Nurse Association [SENA], 2017). Akutsjuksköterskan ska omhänderta och vårda personer i alla åldersgrupper som drabbats av plötslig ohälsa genom att ta snabba korrekta beslut med begränsad information om personens bakgrund. Akutsjuksköterskan ska även tillämpa omfattande omvårdnadsdiagnostika och medicinska kunskaper. Kompetensen som

specialistsjuksköterskan inom akutsjukvård besitter ska ses i relation till de sex kärnkompetenserna (evidensbaserad vård, förbättringskunskap, informatik, personcentrerad vård, samverkan i team och säker vård). Akutsjukvård är oberoende av verksamhet och därmed plats och bedrivs under hela dygnet, vilket innebär att specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård även kan arbeta inom intermediärvård (a.a.).

Avsaknaden av nationella riktlinjer eller definitioner för intermediärvård i Sverige medför en fri tolkning på lokal nivå kring kompetenskrav och medicinsk indikation för intermediärvård (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015). Intermediärvård innebär dock en högre vårdnivå än den vård som ges på en vanlig vårdavdelning och ställer därmed högre krav på sjuksköterskornas kompetens. Utifrån kompetensbeskrivningarna är det tydligt att specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård har en högre kompetens som dessutom svarar mot de utmaningar som dagligen uppstår inom akutsjukvården och intermediärvården. Exempelvis behov av prioriteringsförmåga och handlingsberedskap vid komplexa, oförutsägbara och avancerande vårdsituationer. Grundutbildade sjuksköterskor ska självständigt kunna ta kliniska beslut som bibehåller och återfår människors hälsa och förbättrar sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) samt har ett personligt ansvar för sitt yrkesutövande och ska visa omdöme genom att bedöma sin egen kompetens vid egna åtaganden (Svensk sjuksköterskeförening, 2014 & Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Det kan dock vara svårt för grundutbildade sjuksköterskor, framförallt sjuksköterskor med lite erfarenhet att hantera komplexa, oförutsägbara och avancerade vårdsituationer inom intermediärvård.

Perspektiv och utgångspunkter

Från novis till expert

Benner (1993) beskriver fem olika stadier av sjuksköterskors kompetensnivå från novis till expert. I första stadiet, novis, saknar sjuksköterskan tidigare erfarenhet för att hantera situationer som hen ställs inför. För att kunna hantera situationerna får novisen lära sig att identifiera objektiva tecken, tillsammans med regler fungerar dessa som vägledning när klinisk erfarenhet saknas. Vid andra stadiet, avancerad nybörjare, visar sjuksköterskan början till godtagbara prestationer. Genom att ha hanterat tillräckligt många situationer med hjälp av handledare eller på egen hand, kan tidigare erfarenheter användas för att särskilja

betydelsefulla och upprepade beståndsdelar. Sjuksköterskor i tredje stadiet, kompetent, är mer självmedvetna om sina handlingar, behärskar olika situationer och klarar av oväntade händelser som uppstår i omvårdnaden. Ett mer effektivt och organiserat arbete är ett resultat av sjuksköterskans förmåga att planera. I fjärde stadiet, skicklig, ser sjuksköterskan uppkomna situationer i sin helhet och tidigare erfarenheter styr handlingarna. Sjuksköterskan kan genom tidigare erfarenheter uppfatta vilka situationer som kan tänkas uppstå och vilka åtgärder som bör sättas in. Vid femte stadiet, expert, kan sjuksköterskan binda samman den egna förståelsen med adekvat åtgärd i en situation utan att använda sig av analytiska principer i form av riktlinjer och regler (a.a.). Enligt Dahlberg & Segesten (2010) ökar uppgjorda handlingsplaner svårigheten att tillgodose individuella behov och minskar utrymmet för personligt bemötande. Rosén, Persson, Rantala & Behm (2018) menar att sjuksköterskor som hade ett medicinskt stöd och arbetade självständigt upplevde att det huvudsakliga stödet kom från kollegor med adekvat utbildning och träning. Det medförde en möjlighet till diskussion om svåra situationer som hjälpte sjuksköterskorna till adekvata bedömningar. Enligt Rantala, Behm & Rosén (2019) är kompetens en kvalitetsindikator som bland annat tros bero på efterlevnad av kompetensbeskrivningar. Sjuksköterskans kompetensnivå är därav betydelsefull inom intermediärvård både för att tillgodose patienters behov samt som stöd till kollegor vid bedömning av patienter. Därför behövs kunskap om vilken utbildningsnivå och erfarenhet sjuksköterskor inom intermediärvård har samt hur de skattar sin kompetens för att se vilken nivå kunskapen uppnår.

Sjuksköterskans kompetensnivå inom intermediärvård

Ridley (1998) menar att möjligheterna till vård minskas vid förflyttning till lägre vårdnivå och kan innebära att patienten har svårare att återhämta sig från ett kritiskt sjukdomstillstånd (a.a.). Sjuksköterskor som arbetar på vanliga vårdavdelningar upplever att patienter som överförs från intensivvården ofta är instabila med en komplex medicinsk bakgrund och kräver stor del av sjuksköterskornas arbete (Andershed & Enger, 2017). Sjuksköterskorna uttryckte frustration, osäkerhet och stress över att inte kunna ta hand om patienterna på ett tillräckligt bra sätt. Överföringen ansågs olämplig med risk för patientsäkerheten eftersom den avancerade medicinska vården som patienterna krävde översteg sjuksköterskornas utbildning och kompetens (a.a.). Sjuksköterskorna betonade ett starkt behov av en annan vårdnivå mellan intensivvården och vanlig vårdavdelning för att kunna säkerställa patientsäkerheten (Kauppi, Proos & Olausson, 2018). Det kan medföra en ökad risk för vårdskada om patienter inte

omhändertas av personal med rätt kompetens (Öhrn, 2013). Säker vård ska bedrivas utifrån beslutade vårdprogram och evidensbaserad kunskap samt att personalen kring patienterna har rätt kompetens. Trygghet och säkerhet ska uppnås genom en riskmedvetenhet i organisationen (a.a.), vilket i dagsläget säkerställs genom lokala riktlinjer för kompetensnivån hos personalen inom intermediärvård (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015). Benner (1993) beskriver fem olika kompetensnivåer utifrån tidigare erfarenheter hos sjuksköterskor. Tidigt under utvecklingen, novis, saknas kliniska erfarenheter och sjuksköterskan är helt styrd av objektiva tecken och regler för att hantera situationer som uppstår (a.a.). Vid övertag av patient från intensivvården till vanlig vårdavdelning är sjuksköterskor ofta ensamma med svårt sjuka patienter och en rädsla fanns för att missa kliniska tecken på försämring när det inte fanns någon annan sjuksköterska att fråga (Andershed & Enger, 2017). Även Kauppi, Proos & Olausson (2018) beskriver att nyutexaminerade sjuksköterskor kände sig överväldigade av ansvaret som de ofta inte kunde hantera. Oavsett kompetensnivå och arbetsbelastning förväntades de bara ta hand om patienterna (a.a.). Många sjuksköterskor menar att nyutexaminerade sjuksköterskor saknar nödvändig kunskap, erfarenhet och klinisk blick (Andershed & Enger, 2017). Sjuksköterskor som är novis uttryckte en större osäkerhet än expertsjuksköterskan över att vårda patienter från intensivvården och hade ett stort behov av stöd för att kunna ge en god vård och upprätthålla patientsäkerheten (Kauppi, Proos & Olausson, 2018). Enligt Ward (2018) är specialistsjuksköterskor problemlösare som arbetar för förändring. Finns det ett utmanande omvårdnadsbehov kan specialistsjuksköterskor konsulteras. Dahlberg & Segesten (2010) menar att vårdlidande många gånger uppstår genom avsaknad av reflektion, omedvetet handlande eller bristande kunskap. Avsaknaden av nationella riktlinjer kan medföra olikheter i hur intermediärvård bedrivs, personaltätheten ser ut och hur hög kompetensnivån är. Ytterligare kunskap behövs kring sjuksköterskors kompetensnivå inom intermediärvården i Sverige, för att i förlängningen kunna säkerställa att kompetensnivån inom intermediärvården är tillräckligt hög.

Sjuksköterskor är otillräckligt förberedda och känner inte självförtroende att reagera korrekt vid katastrofer (Labrahue et al., 2018). Enligt Currie, Kourouche, Gordon, Jorm & West (2018) är det viktigt att förbereda sjuksköterskor med kompetens och färdighet som är nödvändig för att hantera ett stort antal drabbade som bland annat kan uppstå vid pandemier. Tidigare erfarenheter av stora katastrofer exempelvis infektiösa sjukdomsutbrott som svår akut respiratorisk sjukdom (SARS) 2009 påverkar den upplevda kompetensen inom

katastrofberedskap hos sjuksköterskor. Även katastrofrelaterade utbildningar leder till högre nivå av katastrofberedskap (a.a.). Personal med högre utbildningsgrad (Bachelor and postgraduate degrees mot diploma education) var i större utsträckning villiga att delta vid katastrofer (natural disaster) (Al-Hunaishi, Hoe & Chinna, 2019). Att öka sannolikheten för att vara villig att delta i katastrofer är av stor vikt för att tillgodose tillräcklig arbetskraft (a.a.). Utbildning och tidigare erfarenhet hos sjuksköterskor är av stor vikt vid pandemier för att upprätthålla en god kompetens inom intermediärvården, samt tillgodose tillräcklig arbetskraft.

Det är av stor vikt att framhäva kompetensnivån hos sjuksköterskor inom intermediärvård eftersom intermediärvård är en högre vårdnivå än den vård som bedrivs på en vanlig vårdavdelning (Ridley, 1998; Prin & Wunsch, 2014; Waydhas et al., 2018). Intermediärvård ställer högre krav på sjuksköterskornas kompetens då patienterna har ökade medicinska och/eller omvårdnadsmissiga behov (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015). Samtidigt beskriver Benner (1993) att en novis saknar tidigare erfarenheter som kan vara vägledande och först i andra stadiet kan sjuksköterskan uppvisa godtagbara prestationer, då tidigare erfarenheter kan användas. Avsaknaden av nationella riktlinjer gällande kompetenskrav inom intermediärvård kan leda till att sjuksköterskor med otillräcklig kompetens arbetar med svårt sjuka patienter som utan intermediärvård hade vårdats på en intensivvårdsavdelning. Genom att undersöka hur sjuksköterskor skattar sin egen kompetens, kan kompetensnivån hos sjuksköterskor inom uttalad vuxen somatisk intermediärvård beskrivas och uppmärksammas. Vidare skulle ny kunskap kring kompetensnivån inom intermediärvård kunna bidra till att kraven för att arbeta med intermediärvård tydliggörs, vilket presumtivt även skulle kunna öka patientsäkerheten.

Syfte

Syftet var att beskriva och jämföra sjuksköterskors självskattning av kompetensnivån inom intermediärvård.

Specifika frågeställningar

Hypotes 1: Specialistsjuksköterskor skattar sin kompetens högre än grundutbildade sjuksköterskor inom intermediärvård.

Hypotes 2: Sjuksköterskor som arbetat med intermediärvård innan Covid-19 pandemin skattar sin kompetens högre än sjuksköterskor som börjat arbeta med intermediärvård under Covid-19 pandemin.

Metod

En tvärsnittsstudie genomfördes med en kvantitativ ansats genom enkäter som analyserades med både deskriptiv och analytisk statistik. Den kvantitativa forskningsmetodiken har sin grund i att verkligheten är mätbar (Kristensson, 2014). På ett så objektivt sätt som möjligt ska förekomster, orsaker, samband, skillnader, likheter, eller effekter som berör olika fenomen undersökas. Målsättningen är att resultatet ska mynna ut i generaliserbara slutsatser som är representativt för hela populationen. Forskaren ska ha ett neutralt och objektivt förhållningssätt för att i så liten omfattning som möjligt påverka urval, datainsamling och analys. Tvärsnittsstudie innebär att studien enbart har ett mätillfälle eller genomförs under ett kort tidsintervall (a.a.).

Urval

Inklusionskriterierna för studien var sjuksköterskor som arbetar med uttalad vuxen somatisk intermediärvård inom en region i södra Sverige. Med uttalad intermediärvård menas att enheterna har ett uppdrag från sjukhuset att bedriva intermediärvård. En totalundersökning genomfördes där samtliga sjuksköterskor inom en region i södra Sverige som arbetar med uttalad vuxen somatisk intermediärvård kontaktades efter att deras mejladresser samlats in från respektive enhetschef. En totalundersökning innebär att alla individer i en population studeras (Ejlertsson, 2019). Eftersom målpopulationen i studien var begränsad var det möjligt att genomföra en totalundersökning. Urvalet bestod av 164 legitimerade sjuksköterskor varav 85 deltog, 61 kvinnor och 24 män i åldrarna 24-66 år.

Instrument

Enkätundersökningen genomfördes med The Nurse Professional Competence (NPC) Scale, Short version 35 items (Nilsson, Engström, Florin, Gardulf & Carlsson, 2018). Den

förkortade versionen är utarbetad efter The Nurse Professional Competence (NPC) Scale with 88 items som har använts både nationellt och internationellt för att mäta kompetens hos sjuksköterskestudenter och legitimerade sjuksköterskor. Den förkortade versionen av NPC-skalan består av 35 frågor. Antalet frågor i den ursprungliga NPC-skalan har sedan tidigare reducerades genom två analytiska steg. Först användes Person's correlation coefficient (Person's korrelationskoefficient) för att se samband mellan objekten. Frågor med hög korrelation ($>0,70$) bildade den förkortade versionen av NPC-skalan. Därefter utfördes en PCA (principal component analysis) där frågor med ett värde under 0,4 förkastades. Den förkortade versionen av NPC-skalans validitet och reliabilitet har konstaterats genom en studie med ett urval av 1810 sjuksköterskestudenter i nära anslutning till examen från tolv olika universitet i Sverige. Psykometrisk testning genomfördes i form av PCA (principal component analysis), CFA (confirmatory factor analysis), The Kaiser Meier Olkin, Scree-test, chi-square test, Root mean (RMSEA) och CFI (comparative fit index). Studien visade sex huvudkomponenter som förklarade 53,6% av den totala variansen, dessa var "omvårdnad", "värdebaserad omvårdnad", "medicinsk vård", "vårdpedagogik", "dokumentation och administration av omvårdnad" och "utveckling, ledarskap och organisation av omvårdnad". Alla faktorer visade Cronbach alfa-värden på $>0,70$ vilket innebär att instrumentet har en god reliabilitet (a.a.).

Webbenkäten skapades i datahanteringsverktyget Research Electronic Data Capture (REDCap), genom att skriva in frågorna från NPC-skalan helt enligt originalet av mätskalan. REDCap används vid forskningsstudier för elektronisk datainsamling (Harris et al., 2009). Enligt Ejlertsson (2019) består enkäter av ett formulär som innehåller ett antal frågor, där den största delen består av fasta svarsalternativ. Enkäten (se bilaga 1) bestod av enskilda frågor och inleddes med sju bakgrundsfrågor som författarna till föreliggande studie skapat, där deltagarna bland annat svarade på kön, ålder, utbildning och yrkesverksamma år. Bakgrundsfrågorna medförde en möjlighet att mäta skillnader i svarsfördelningen mellan olika grupper vilket presenteras i resultatet (Ejlertsson, 2019). Efter de inledande bakgrundsfrågorna kom de 35 skattningsfrågor från NPC-skalan som var kopplade till studiens syfte.

En pilotstudie av enkäten genomfördes med två personer som fick besvara enkäten. Instruktionernas tydlighet var i fokus samt tidsåtgången för att svara på enkäten (Kristensson, 2014). Syftet var även att testa så att webbenkäten fungerade att distribuera, svara på, samla in

och läsa av. Inga justeringar gjordes på frågorna i enkäten innan den skickades ut till deltagarna. Däremot tydliggjordes tidsåtgången för enkäten i informationstexten som skickades ut med enkäten.

Datainsamling

Datainsamling genomfördes på enheter inom en region i södra Sverige som uttalat bedriver vuxen somatisk intermediärvård. Efter godkännande från verksamhetschef togs kontakt med enhetschef på respektive enhet för insamling av mejladresser till sjuksköterskor som ingick i urvalet. Därefter skickades enkäten tillsammans med informationsbrev ut till deltagarna via mejl. En enhet önskade att författarna skickade informationsbrevet med en förfrågan om deltagande till enhetschefen som sedan vidarebefordrade mejlet till sjuksköterskor som motsvarade inklusionskriterierna. De sjuksköterskor som anmälde sitt intresse till författarna om studien fick sedan en länk med enkäten skickad till sin mejladress på arbetsplatsen. En påminnelse skickades ut en gång i veckan, totalt två gånger efter första utskicket. Enkäten var tillgänglig under 3 veckor för deltagarna.

Analys av data

Insamlad data exporterades gemensamt av författarna från REDCap till IMB Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 27. Därefter genomfördes analysen tillsammans i SPSS. Deskriptiv statistik har använts för att presentera resultatet tillsammans med centralmått och spridningsmått. Inom deskriptiv statistik kan variabler beskrivas på olika sätt, exempelvis genom faktiska nummer (n), som medianvärde (md), medelvärde (m) eller i procent (%) (Kristensson, 2014; Björk, 2010). För att bedöma kvaliteten på numeriska variabler används normalfördelning för att fördela värdena systematiskt kring medelvärdet (Kristensson, 2014).

The Manual for Short version 35 items in Swedish skickades till författarna i föreliggande studie från skaparna. Manualen följdes både avseende hur data benämndes vid inmatning i SPSS, där alla svar kodades på samma sätt, samt vid analysen av enkätsvar. Den förkortade versionen av NPC-skalen består av 35 frågor där sjuksköterskorna skattade sin kompetens utifrån 7 svarsalternativ, i mycket låg grad, i låg grad, i ganska låg grad, varken hög eller låg grad, i ganska hög grad, i hög grad och i mycket hög grad. Svarsalternativen omvandlas

därefter till en ordinalskala med siffror mellan 1-7. För att transformera och summera resultatet inom varje kompetensområde till en 1-100 skala används beräkningsformler som medföljde manualen till NPC-skalan. Omvårdnad, 5 frågor $((1+2+3+4+5)/35 \times 100)$, Värdebaserad omvårdnad, 5 frågor $((6+7+8+9+10)/35 \times 100)$, Medicinsk vård, 6 frågor, $((11+12+13+14+15+16)/42 \times 100)$, Vårdpedagogik, 5 frågor $((17+18+19+20+21)/35 \times 100)$, Dokumentation och administration av omvårdnad, 8 frågor $((22+23+24+25+26+27+28+29)/56 \times 100)$ och Utveckling, ledarskap och organisation av omvårdnad, 6 frågor $((30+31+32+33+34+35)/42 \times 100)$.

Analytisk statistik har använts för att dra slutsatser om likheter och skillnader (Billhult, 2017a). Björk (2010) menar att analytisk statistik innebär metoder som används för att i olika grupper jämföra insamlad data (a.a.). Inom analytisk statistik kan hypotesprövning användas för att pröva hypoteser mot varandra (Billhult, 2017a). Nollhypotesen, kallad H_0 menar att det inte finns någon skillnad mellan två grupper medan en alternativ hypotes, kallad H_1 menar att nollhypotesen inte är sann (a.a.). I studien har hypotesprövning använts för att påvisa om specialistsjuksköterskor skattar sin kompetens högre än grundutbildade sjuksköterskor samt om de sjuksköterskor som arbetade med intermediärvård innan Covid-19 pandemin skattade sin kompetens högre än de som började arbeta med intermediärvård under Covid-19 pandemin. Hypotesprövning genomfördes med Mann-Whitneys test då data mäts på ordinalskala och utfallet inte är normalfördelat (Björk, 2010).

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen består av forskningsetiska principer som bör tillämpas vid forskning som berör människor (WMA, 2013). I föreliggande studie har Helsingforsdeklarationens etiska principer följts. Autonomiprincipen, icke skada principen, nyttoprincipen och rättvisepincipen presenteras av Kristensson (2014). Autonomiprincipen innebär att forskning ska bedrivas med respekt för personens självbestämmande vilket innebär att all medverkan är frivillig och att personen när som helst kan avbryta deltagandet i studien. Icke skada principen betyder att risken för skada genom deltagande ska minimeras. Nyttoprincipen står för att forskningens nytta ska överväga risken för obehag eller skada. Rättvisepincipen innebär att deltagarnas medverkan sker på lika villkor och att alla behandlas rättvist (a.a.).

I föreliggande studie innebar autonomiprincipen att all medverkan var frivillig, deltagarna fick information om studien via mejl tillsammans med enkäten. Deltagarna kunde när som helst avbryta sin medverkan i studien utan att behöva uppge anledning eller att det medförde några konsekvenser för dem. Samtycke erhöles genom att deltagarna besvarade enkäten. Icke skada principen innebar att insamlad data förvarades inlåst och utan tillsyn av obehöriga. Resultatet av studien kunde inte härledas till enskilda deltagare. När studien är avslutad och godkänd kommer all insamlad data raderas. En enkätundersökning innebär att uppgifter måste lagras i ett register, registret är ofta databaserat. För att skydda integritet hos den enskilde deltagaren finns lagstiftningen The General Data Protection Regulation (GDPR) (Ejlertsson, 2019). GDPR gäller i hela Europa och ingår i dataskyddsförordningen. Lagstiftningen reglerar hur personuppgifter får hanteras och samlas in (a.a.). Rättvisepincipen innebar i föreliggande studie att alla deltagare fick samma information kring studien tillsammans med enkäten. Ett rådgivande etiskt yttrande erhöles från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Medicinska fakulteten vid Lunds universitet innan studien påbörjades (Ref.nr 4-21). Godkännande har även inhämtats från verksamhetschefer på berörda enheter för att få genomföra studien inom deras verksamhetsområde.

Resultat

Målpopulationen som tillfrågades om deltagande i studien var 164 legitimerade sjuksköterskor som arbetar med uttalad vuxen somatisk intermediärvård inom en region i södra Sverige. Enkäten besvarades av 85 (52 %) legitimerade sjuksköterskor, varav 61 (72 %) var kvinnor och 24 (28 %) var män. Inget internt bortfall förekom då samtliga enkäter var fullständigt ifyllda. Deltagarnas medianålder var 37 år (Q1-Q3 30-51) (min-max 24-66). Antal studiedeltagare som varit legitimerade sjuksköterskor i mer än tio år var 37 (43,5 %), vilket presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Visar antal år studiedeltagarna varit legitimerade sjuksköterskor.

	Antal (N)	Procent (%)
< 1 år	1	1,2
1-2 år	9	10,6
2-5 år	23	27,1
5-10 år	15	17,6
> 10 år	37	43,5
Totalt	85	100

Majoriteten av deltagarna har arbetat inom intermediärvård i ett till fem år då 22 (25,9 %) har arbetat med intermediärvård i 1-2 år och 24 (28,2 %) har arbetat med intermediärvård i 2-5 år, vilket visas i tabell 2.

Tabell 2. Visar antal arbetade år inom intermediärvård.

	Antal (N)	Procent (%)
< 1 år	13	15,3
1-2 år	22	25,9
2-5 år	24	28,2
5-10 år	14	16,5
> 10 år	12	14,1
Totalt	85	100

Antal deltagare som varit legitimerad sjuksköterska i <1 år innan de började arbeta med intermediärvård var 23 (27,1 %). Samtidigt hade 24 (28,2 %) av deltagarna varit legitimerade

sjuksköterskor i >10 år innan de började arbeta med intermediärvård, vilket kan utläsas i tabell 3.

Tabell 3. Visar antal år som legitimerad sjuksköterska innan arbete med intermediärvård.

	Antal (N)	Procent (%)
< 1 år	23	27,1
1-2 år	15	17,6
2-5 år	16	18,8
5-10 år	7	8,2
> 10 år	24	28,2
Totalt	85	100

Antal legitimerade sjuksköterskor som arbetar med uttalad intermediärvård i en region i södra Sverige och har en specialistutbildning är 21 (24,7 %). Medan resterande 64 (75,3 %) är grundutbildade sjuksköterskor. En majoritet av studiedeltagarna 68 (80,0 %) arbetade med intermediärvård innan Covid-19 pandemin. Vilket innebär att 17 (20 %) av deltagarna hade börjat arbeta med intermediärvård först under Covid-19 pandemin.

Skattad kompetens inom intermediärvård

Deltagarna fick skatta sin kompetens inom intermediärvård genom NPC-skalen som mäter de sex olika kompetensområdena *Omvårdnad*, *Värdebaserad omvårdnad*, *Medicinsk vård*, *Vårdpedagogik*, *Dokumentation och administration av omvårdnad*, *Utveckling ledarskap och organisation av omvårdnad*. Skattning av kompetens utifrån NPC-skalans sex kompetensområden presenteras i tabell 4. Deltagarna skattade högst kompetens inom Medicinsk vård (MD = 88,1) och Värdebaserad omvårdnad (MD = 88,6). Inom Vårdpedagogik (MD = 77,1) och Utveckling, ledarskap och organisation av omvårdnad (M = 78,6) skattades kompetensen som lägst. Störst standardavvikelse sågs även inom Vårdpedagogik (SD = 12,2) samt Utveckling ledarskap och organisation av omvårdnad (SD = 12,0). Inom samtliga sex kompetensområden skattade ett antal deltagare högsta möjliga poäng för kompetens.

Tabell 4. Skattning av kompetens utifrån NPC-skalans sex kompetensområden.

	Antal (N)	Spridning	Min	Max	Median	Standard- avvikelse
Omvårdnad	85	42,9	57,1	100,0	85,7	8,9
Värdebaserad omvårdnad	85	40,0	60,0	100,0	88,6	9,3
Medicinsk vård	85	35,7	64,3	100,0	88,1	9,1
Vårdpedagogik	85	51,4	48,6	100,0	77,1	12,2
Dokumentation och administration av omvårdnad	85	35,7	64,3	100,0	83,9	9,1
Utveckling, ledarskap och organisation av omvårdnad	85	61,9	38,1	100,0	78,6	12,0

Skillnad i skattad kompetens inom intermediärvård

En signifikansanalys genomfördes med hjälp av Mann-Whitneys test för att undersöka om det finns någon signifikant skillnad i hur grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor skattar sin kompetens inom uttalad vuxen somatisk intermediärvård inom en region i södra Sverige med hjälp av NPC-skalen. Hypotes 1: Specialistsjuksköterskor skattar sin kompetens högre än grundutbildade sjuksköterskor inom intermediärvård kunde bekräftas inom tre kompetensområden; Omvårdnad, Dokumentation och administration av omvårdnad samt Utveckling, ledarskap och organisation av omvårdnad genom ett signifikant p-värde $< 0,05$, vilket visas i tabell 5. Inom kompetensområdena Värdebaserad omvårdnad, Medicinsk vård och Vårdpedagogik förekom inget signifikant p-värde $< 0,05$ och den alternativa hypotesen (H1) förkastades därför inom dessa tre kompetensområden.

Tabell 5. Mann Whitneys test, hypotes 1.

	Grundutbildad	Specialistutbildad	P-värde
	Antal (N) 64	Antal (N) 21	
	Median	Median	
Omvårdnad	84,3	91,4	0,009
Värdebaserad omvårdnad	88,6	88,6	0,415
Medicinsk vård	88,1	92,9	0,092
Vårdpedagogik	77,1	82,9	0,197
Dokumentation och administration av omvårdnad	82,1	87,5	0,032
Utveckling, ledarskap och organisation av omvårdnad	76,2	81,0	0,013

En signifikansanalys genomfördes med hjälp av Mann-Whitneys test för att undersöka om det finns någon signifikant skillnad i hur sjuksköterskor som arbetat med intermediärvård innan Covid-19 pandemin och sjuksköterskor som börjat arbeta med intermediärvård under Covid-19 pandemin skattar sin kompetens inom uttalad vuxen somatisk intermediärvård inom en region i södra Sverige med hjälp av NPC-skalan. Hypotes 2: Sjuksköterskor som arbetade med intermediärvård innan Covid-19 pandemin skattar sin kompetens högre än sjuksköterskor som börjat arbeta med intermediärvård under Covid-19 pandemin kunde bekräftas inom tre kompetensområden; Omvårdnad, Medicinsk vård samt Utveckling, ledarskap och organisation av omvårdnad genom ett signifikant p-värde $< 0,05$, vilket visas i tabell 6. Inom kompetensområdena Värdebaserad omvårdnad, Vårdpedagogik samt Dokumentation, administration av omvårdnad förekom inget signifikant p-värde $< 0,05$ och den alternativa hypotesen (H1) förkastades därför inom dessa tre kompetensområden.

Tabell 6. Mann Whitneys test, hypotes 2.

	IMA under Covid	IMA innan Covid	P-värde
	Antal (N) 17	Antal (N) 68	
	Median	Median	
Omvårdnad	77,1	85,7	0,004
Värdebaserad omvårdnad	88,6	88,6	0,711
Medicinsk vård	78,6	90,5	0,007
Vårdpedagogik	74,3	77,1	0,235
Dokumentation och administration av omvårdnad	82,1	83,9	0,648
Utveckling, ledarskap och organisation av omvårdnad	73,8	81,0	0,006

Diskussion

Metoddiskussion

En kvantitativ enkätstudie valdes för att på ett objektiva sätt kunna se förekomster och samband i sjuksköterskors självskattade kompetens inom intermediärvård (Kristensson, 2014). Då det fanns begränsat med tidigare forskning kring sjuksköterskors kompetens inom intermediärvård ansåg författarna att det skulle vara svårt att genomföra en litteraturstudie. En enkätstudie valdes för att under en begränsad period kunna inhämta så mycket data som möjligt. En fördel med en enkätstudie framför exempelvis en intervjustudie är även möjligheten att nå ut till fler deltagare (Kristensson, 2014). Enligt Billhult (2017c) är en tvärsnittsstudie fördelaktigt då den går snabbare att genomföra, vilket var nödvändigt då författarna hade begränsat med tid. Det medför dock att sjuksköterskors kompetens inom vuxen somatisk intermediärvård inte har kunnat följas över tid, som vid en longitudinell studie, för att se om deltagarnas självskattade kompetens förändras med mer erfarenhet.

Genom att inkludera alla sjuksköterskor som arbetar med uttalad vuxen somatisk intermediärvård i en region i södra Sverige oavsett hur länge de har arbetat med intermediärvård har författarna med den här studien ändå kunnat påvisa vissa skillnader i självskattad kompetens beroende på utbildningsgrad samt erfarenhet kopplat till hur länge sjuksköterskorna arbetat med intermediärvård.

En stark kvantitativ studie kännetecknas av generaliserbarhet, möjligheten till att dra slutsatser utöver urvalet vilket ökar studiens giltighet (Björk, 2010). Väldefinierade inklusionskriterier är betydelsefullt för att kunna bedöma vilken grupp som undersökningens slutsatser omfattar (a.a.). Urvalet av deltagare i studien tydliggjordes genom att precisera inklusionskriterierna med legitimerade sjuksköterskor som arbetar med uttalad vuxen somatisk intermediärvård inom en region i södra Sverige. Eftersom det inte finns några nationella definitioner eller riktlinjer för hur intermediärvård ska bedrivas (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015) så kan det förekomma skillnader i vilken vård som kan erbjudas inom intermediärvård mellan olika enheter. Författarna valde att enbart inkludera enheter som bedriver uttalad vuxen somatisk intermediärvård och valde därmed bort enheter som erbjuder en liknande vård men inte bedriver uttalad intermediärvård. Det gjordes för att skapa en tydlighet över vilken typ av enheter som har inkluderats och möjliggöra att studien kan göras på nytt och därmed öka reliabiliteten (Billhult, 2017d). En totalundersökning ansågs fördelaktigt då målpopulationen, sjuksköterskor som arbetar med uttalad vuxen somatisk intermediärvård, var begränsad och författarna inte ville riskera att förlora tänkbara deltagare till studien.

Urvalet av deltagare i studien bestod av 61 (72 %) kvinnor och 24 (28%) män. Att övervägande del av deltagarna är kvinnor stämmer överens med Socialstyrelsens (2020) statistik för Hälso- och sjukvårdspersonal där andelen yrkesverksamma sjuksköterskor 2018 var 88% kvinnor och 12 % män. Liknande könsfördelning ses i flertalet studier där 88-92 % av deltagarna består utav kvinnor (Allvin, Bisholt, Blomberg, Bååth & Wangensteen, 2020; Halabi et al., 2021; Jokiniemi, & Miettinen, 2020 & Willman, Bjuresäter & Nilsson, 2020). I föreliggande studie var dock antalet kvinnliga deltagare något mindre. Glans (2017) menar att det är vanligare med manliga specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård, såsom intensivvård, anestesi och ambulanssjukvård, vilket även ses i könsfördelningen i följande studier utförda inom akutsjukvård där de kvinnliga deltagarna bestod av 54-74 % (Andersson & Nilsson, 2009; Bam et al., 2020 & Bathish, Wilson & Potempa, 2018). Då intermediärvård är en form

av akutsjukvård så skulle det kunna vara en förklaring till att andelen manliga deltagare var något högre i föreliggande studie än Socialstyrelsens siffror över könsfördelningen hos yrkesverksamma sjuksköterskor i Sverige. I föreliggande studie var deltagarnas medianålder 37 år, yngsta deltagaren var 24 år och den äldsta 66 år. Den första och tredje kvartilen var 30-51 år. Liknande resultat utifrån ålder presenteras av Allvin et al. (2020) där medelålder hos deltagarna var 33 år och åldersspridningen 22-67 år samt av Halabi et al. (2020) där medelåldern var 37,5 år och åldersspridningen 20-64 år. Författarna till studien menar att det är en styrka att liknande könsfördelning, medianålder och åldersspridning även ses i flertalet liknande studier och ökar generaliserbarheten.

En förfrågan om att delta i studien skickades till 164 sjuksköterskor, varav 85 slutligen deltog. Svarefrekvensen uppmätte 52 %. En svarefrekvens över acceptabla 70-75 % uppnåddes därmed inte, vilket påverkar resultatets tillförlitlighet och generaliserbarhet på hela populationen (Billhult, 2017b). För att öka svarefrekvensen skickades två påminnelser ut. Billhult (2017b) menar att svarefrekvensen minskar med tiden och att flest svar erhålls efter första utskicket, därmed hade ytterligare tid eller påminnelser sannolikt inte markant ökat svarefrekvensen ytterligare. I det här fallet var det heller inte genomförbart att förlänga tiden då studien ingår i en utbildning med begränsad tid. Enkäten tog ca tio minuter att svara på vilket var fördelaktigt då chansen att få svar ökar när enkäter har få frågor (Billhult, 2017b). Något internt bortfall förekom inte då samtliga enkäter var fullständigt ifyllda. Däremot fanns det ett externt bortfall på 79 sjuksköterskor som inte deltog i studien. Frånvaro från arbetet som exempelvis föräldraledighet, semester eller sjukskrivning kan vara tänkbara orsaker till uteblivet deltagande. En annan orsak kan vara att enkäten skickades ut under pågående Covid-19 pandemi, där framförallt enheter med intermediärvård har haft en hög arbetsbelastning. Det skulle kunna innebära att sjuksköterskorna inte har haft tid att svara på enkäten. Enkäten skickades ut till sjuksköterskornas arbetsmejl, vilket medförde att de enbart hade möjlighet att svara på enkäten på arbetet. Vid en enhet ville enhetschefen att författarna skulle skicka ett mejl till enhetschefen med information om studien och förfrågan om deltagande som sedan skulle vidarebefordras till sjuksköterskorna. Det innebar att sjuksköterskorna först behövde mejla författarna för att få enkäten, vilket krävde mer tid från sjuksköterskorna. På resterande enheter samlades mejladresserna in från enhetscheferna på de inkluderade sjuksköterskorna som fick enkäten direkt via mejl. Det skulle kunna vara en bakomliggande orsak till ett visst bortfall. Det skulle även kunna förekomma ett dolt bortfall, då sjuksköterskorna inkluderades med hjälp av enhetschefer från de olika enheterna och att sjuksköterskor som uppfyller

inklusionskriterierna valts bort av oklar anledning. Eftersom det externa bortfallet var relativt högt kan värdefull data uteblivit vilket medför att generaliserbarheten minskar.

NPC-skalan, instrumentet som användes i föreliggande studie för att mäta kompetens hos sjuksköterskor har tidigare använts i forskning nationellt och internationellt vilket är en fördel då instrumentets validitet och reliabilitet redan är beprövat (Nilsson et al., 2018; Halabi, Lepp & Nilsson, 2021). Validiteten och reliabiliteten anses därmed vara hög i föreliggande studie samt att inklusionskriterierna för deltagarna är tydligt beskrivet vilket medför en ökad generaliserbarhet (Björk, 2010). En annan fördel med NPC-skalan är att den finns på svenska vilket innebär att den inte behövde översättas från ett annat språk och risken för misstolkning minskar. Nackdelen med ett färdigt instrument kan vara att det inte går att göra ändringar i instrumentet utifrån den egna studien utan att påverka validiteten. Dock kunde författarna lägga till bakgrundsfrågor vilket gjorde att olika gruppers skillnader i svarsfördelning kunde presenteras i resultatet.

REDCap är ett enkätverktyg som används digitalt och uppfyller de krav som finns för konfidentialitet och teknisk säkerhet genom att enbart författarna, handledaren och administratör har tillgång till svaren. Ejlertsson (2019) menar att deltagare inte har möjlighet att ställa kompletterande frågor, vid svårförståeliga frågor när en enkätundersökning genomförs. Vanligtvis skickas pilotstudie av enkät ut till ett större antal personer än i föreliggande studie. Då syftet var att enbart undersöka instruktioner och tidsåtgång samt att enkäten kunde distribueras och samlas in på ett korrekt sätt ansågs det vara tillräckligt att skicka pilotstudien till enbart två personer.

En webbenkät är fördelaktigt då det innebär att deltagarna inte behöver svara på vissa känsliga frågor med ord till en främmande person (Ejlertsson, 2019). I föreliggande studie skulle självskattning av kompetens kunna vara en känslig fråga. Användningen av REDCap möjliggjorde att påminnelser om enkäten kunde skickas ut inom ett förutbestämt intervall samt att enkäten lämnades in elektroniskt vilket var en fördel under pågående Covid-19 pandemi med besöksförbud på sjukhusen. Då författarna inte hade någon tidigare erfarenhet av REDCap användes handledning som tillhandahölls via Lunds universitet för att säkerställa att enkäten fördes in, skickades ut och samlades in på ett korrekt sätt. När datainsamlingen avslutades exporterades alla data till statistikprogrammet SPSS. En webbenkät är mer tidseffektiv då data inte behöver matas in, utan sparas automatiskt (Ejlertsson, 2019)

Författarna hade ingen tidigare erfarenhet av SPSS och använde därför även här handledning som tillhandahölls av Lunds universitet utöver deltagande på erbjudna föreläsningar för att kunna ta ut korrekt data. En deltagare hade svarat att hen hade en specialistutbildning, men på följdfrågan vilken specialistutbildning deltagaren hade uppgavs en utbildning som inte är en specialistutbildning för sjuksköterskor. Författarna valde därför att korrigera svaret i SPSS efter diskussion med handledaren.

Båda författarna deltog vid exportering av data från REDCap till SPSS, därefter genomfördes analysen tillsammans i SPSS för att minska risken för att använda dataprogrammet eller läsa av resultatet felaktigt. Resultatet presenterades med deskriptiv och analytisk statistik.

Deskriptiv statistik användes för att presentera bakgrundsfakta om deltagarna för att ge en överskådlig översikt över respondenterna som deltagit i studien (Björk 2010). Insamlad data presenteras med antal, procent samt medianvärde. Kristensson (2014) menar att procent inte bör användas när urvalet omfattar färre än hundra personer då kan vara missvisande.

Författarna valde i föreliggande studie att ändå presentera vissa värden i den deskriptiva statistiken med procent för att ge en bättre översikt. Dock presenterades alla värden i procent även med antal för att minimera risken att värdena skulle bli missvisande. NPC-skalans medföljande manual med beräkningsformler användes för att summera och transformera resultatet till en 1-100 skala för de sex kompetensområdena. Fördelen med att använda rekommenderade beräkningsformler är att det möjliggör jämförelser av resultatet med andra studier som också använt NPC-skalan. Genom att presentera de sex kompetensområdena tydliggjordes också inom vilka områden sjuksköterskor inom uttalad vuxen somatisk intermediärvård skattar sin kompetens olika.

I den analytiska statistiken användes Mann-Whitney test för att undersöka om det fanns någon statistisk signifikant skillnad i hypoteserna. Mann-Whitney test är fördelaktigt då undersökningsgrupperna är små, vilket de var i föreliggande studie samt om en normalfördelning inte kan förutsättas (Björk, 2010). Ett t-test hade kunnat användas vid en större urvalsgrupp och om en normalfördelning hade förekommit. I det här fallet hade dock ett t-test riskerat att ge ett missvisande resultat (a.a.). Författarna i föreliggande studie arbetar båda som legitimerade sjuksköterskor, den ena författaren arbetar med intermediärvård och den andra författaren arbetar på en avdelning som planerar att starta upp intermediärvårdsplatser. Författarna anser dock inte att deras tidigare förförståelse inom området intermediärvård har påverkat resultatet då enbart insamlad data presenterats.

Resultatdiskussion

Kompetens inom intermediärvård

Sjuksköterskor inom uttalad vuxen somatisk intermediärvård i en region i södra Sverige skattade sin kompetens högst inom Medicinsk vård (M = 87,7) och Värdebaserad omvårdnad (M = 87,2). Samtidigt skattades lägst kompetens inom Vårdpedagogik (M = 77,3) och Utveckling, ledarskap och organisation av omvårdnad (M = 77,7). I en studie från Saudiarabien skattade sjuksköterskor med olika utbildningsnivå från två olika sjukhus med hjälp av den förkortade NPC-skalan liknande resultat (Halabi et al. 2021). Högst skattad kompetens sågs inom Omvårdnad (M = 86,6) och Värdebaserad omvårdnad (M = 86,0). Lägst skattad kompetens var inom Vårdpedagogik (M = 81,2) och Utveckling, ledarskap och organisation inom omvårdnad (M = 82,6). I jämförelse med föreliggande studie skiljde sig ett kompetensområde sig åt gällande högst kompetens, dock skattades samma två kompetensområden lägst både i föreliggande studie och i studien gjord av Halabi et al. (2021). Medelvärden för skattad kompetens ligger nära varandra inom samtliga sex kompetensområden i föreliggande studie och studien från Halabi et al. (2021). Medelvärdet är inte beräknat i resultatet i föreliggande studie då det inte var normalfördelat, men presenteras nu för att kunna jämföra resultatet med Halabi et al. (2021). Det är oklart i vilken utsträckning deltagarna i studien av Halabi et al. (2021) arbetade inom intermediärvård eller om deltagare som arbetar inom intermediärvård ens förekommer. Dock talar de samstämmiga resultaten från föreliggande studie och studien av Halabi et al. (2021) för att deltagarna skattar sin kompetens liknande utifrån den arbetsplats de arbetar på.

Specialistsjuksköterskor inom intermediärvård

Resultatet visade att specialistsjuksköterskor inom uttalad vuxen somatisk intermediärvård i en region i södra Sverige skattade sin kompetens signifikant högre än grundutbildade sjuksköterskor med hjälp av NPC-skalan inom tre kompetensområden. Som tidigare nämnt har patienter inom intermediärvård medicinska och/ eller omvårdnadsmissiga behov som inte kan tillgodoses på en vanlig vårdavdelning (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015). Författarna till föreliggande studie menar att det ställer högre kompetenskrav på sjuksköterskor som arbetar inom intermediärvård än på vanliga vårdavdelningar. Enligt Andersson & Nilsson (2009) ansåg driftsjuksköterskor på

akutmottagningar i Sverige att grundläggande omvårdnadsutbildning inte gav tillräcklig kompetens i akutsjukvård och att det därmed finns ett behov av kompletterande formell akutsjukvårdsutbildning. Bam et al., (2020) bekräftar att specialistutbildning förbättrar sjuksköterskors upplevda kompetens inom akutsjukvård. Samtidigt visar Wangensteen et al. (2018) på att sjuksköterskor i masterprogram skattar högre kompetens än specialistsjuksköterskor samt uppger ett lägre behov av ytterligare utbildning än specialistsjuksköterskor. Detta skulle kunna förklaras av att sjuksköterskorna i masterprogrammet redan har en specialistutbildning. Halabi et al. (2021) visar med hjälp av NPC-skalan att sjuksköterskor med högre utbildningsgrad skattar sin kompetens signifikant högre inom vissa kompetensområden.

En specialistsjuksköterskeutbildning i Sverige innefattar både teoretisk och praktisk utbildning, omfattar 60 högskolepoäng på avancerad nivå och leder både till en yrkesexamen och magisterexamen inom ett specifikt område inom omvårdnad (Sadurskis, 2010). Enligt Riksföreningen för Akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, Swedish Emergency Nurse Association [SENA] (2017) innebär arbetet som specialistsjuksköterska inom akutsjukvård att besitta en prioriteringsförmåga och handlingsberedskap vid komplexa och avancerade vårdssituationer utöver kompetensen en grundutbildad sjuksköterska besitter. Även Jokiniemi & Miettinen (2020) menar att specialistsjuksköterskor genom arbetslivserfarenhet och utbildning är mer förberedda på att ta ytterligare ansvar än en grundutbildad sjuksköterska. Skillnaderna i kompetensbeskrivningarna för legitimerade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård kan liknas vid skillnaderna i Benners fem olika stadier av sjuksköterskors kompetensnivå från novis till expert, där specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård innehar en högre kompetensnivå. Benner (1993) menar att omvårdnaden på akutvårdsavdelningar har blivit mer komplicerad och att det är svårare att fastställa rutiner och normer för stora delar av sjuksköterskornas arbetsuppgifter. Samtidigt ställs högre krav från patienterna och antalet tänkbara diagnoser och behandlingsåtgärder har ökat. Specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård har därmed en kompetens som är värdefull inom intermediärvården.

I föreliggande studie ses att utbildning på avancerad nivå, i form av specialistutbildning leder till högre skattad kompetens i tre kompetensområden inom intermediärvård. Kompetensen inom intermediärvård kan ökas genom att införa ett nationellt kompetenskrav på specialistutbildning för att få arbeta inom intermediärvård. Sannolikt skulle det vara svårt att

genomföra då det hösten 2020 var brist på specialistsjuksköterskor inom samtliga regioner i Sverige (Socialstyrelsen, 2021). Med målsättningen att anställa fler specialistsjuksköterskor samt erbjuda utbildningsanställning för specialistutbildning till grundutbildade sjuksköterskor inom intermediärvården kan kompetensen öka på sikt.

Erfarenhet inom intermediärvård

Sjuksköterskor som arbetat med uttalad vuxen somatisk intermediärvård inom en region i södra Sverige innan Covid-19 pandemin skattade sin kompetens med hjälp av NPC-skalan signifikant högre inom tre kompetensområden än de sjuksköterskorna som började arbeta med intermediärvård under Covid-19 pandemin. Resultatet kan förklaras av Dreyfusmodellen som menar att anskaffning och utveckling av en viss färdighet genomgår fem stadier, novis till expert (Benner, 1993). Till en början är prestationerna osäkra och begränsade, uttryckliga anvisningar behöver följas noga och regler styr prestationerna. Först när erfarenheten ökar blir reglerna omedvetna och färdigheten bemästras. Benner menar även att erfarenhet ses som en process där sjuksköterskan med hjälp av tidigare föreställningar samt teori tillsammans med nya praktiska situationer utvecklas och förbättras (a.a.). Därmed anses erfarenhet inte enbart hänga samman med ett stort antal tjänsteår utan även antal upplevda händelser. Halabi et al. (2021) påvisar att en längre arbetslivserfarenhet som sjuksköterska ger en signifikant högre skattad kompetens. Ett flertal studier (Bathisha et al., 2018; McCarthy, Cornally, O' Mahoney, White & Weathers, 2013; Willman et al., 2019) menar också att fler års erfarenhet som sjuksköterska är associerat med en högre självskattad kompetens. Enligt Willman et al. (2019) minskade dessutom de självskattade behovet av vidareutbildning med ökad arbetslivserfarenhet räknat till år. En längre arbetslivserfarenhet innebär möjlighet till fler upplevda händelser, vilket skulle förklara varför sjuksköterskor med längre erfarenhet inom intermediärvård skattade sin kompetens signifikant högre inom tre kompetensområden. Utöver utbildning och tidigare erfarenhet bidrog målmedveten övning till ökad kompetens hos sjuksköterskor (Bathisha et al., 2018). Även Hassankhani, Hasanzadeh, Powers, Dadash Zadeh & Rajaie (2018) beskriver att kompetensnivån var signifikant associerad med mer frekvent utförande av kliniska färdigheter. För att öka kompetensen inom intermediärvården kan målmedveten övning i form av exempelvis internutbildning användas. Framförallt skulle det vara värdefullt för de sjuksköterskor med kortare arbetslivserfarenhet som ännu inte har hunnit samla på sig lika mycket erfarenheter genom olika patientnära händelser och situationer.

Genom att säkerställa sjuksköterskor kompetens inom intermediärvård, kan intensivvården avlastas från de patienter som inte är i behov av intensivvård men är för instabila för att vårdas på vanliga vårdavdelningar (Dahl, 2019). Samtidigt kan vanliga vårdavdelningar avlastas från patienter med för högt vårdbehov. I förlängningen är det gynnsamt då platser frigörs från intensivvården som idag har stor platsbrist och tvingas transportera sjuka patienter på grund av resursbrist som leder till ökad dödlighet (a.a.). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL:SFS 2017:30) 1 § kap 4 ska hälso- och sjukvårdsverksamhet som är offentligt finansierad vara organiserad på ett sätt att den främjar kostnadseffektivitet. I slutändan gynnas både patienter som får rätt vård på rätt vårdnivå men även samhället då det medför minskade vårdkostnader genom att patienter som inte är i behov av intensivvård inte vårdas på intensivvårdsavdelning. Som tidigare nämnt ökar risken för vårdskada när patienter inte omhändertas av sjuksköterskor med rätt kompetens (Öhrn, 2013). Det framgår även att en högre kompetens hos sjuksköterskor leder till högre patientsäkerhet och en minskad mortalitet (Aiken, 2017). Sjuksköterskors kompetens inom intermediärvård är därmed värdefull i flera avseenden.

Konklusion och implikationer

I föreliggande studie har specialistutbildning och längre arbetslivserfarenhet visat sig vara associerat med en högre självskattad kompetens inom uttalad vuxen somatisk intermediärvård i en region i södra Sverige. Genom att anställa fler specialistsjuksköterskor samt erbjuda utbildningsanställning för specialistutbildning till grundutbildade sjuksköterskor inom intermediärvården kan kompetensen öka på sikt. Målmedveten övning i form av exempelvis internutbildning skulle även vara gynnsamt för att skapa fler situationer som kan leda till en ökad erfarenheten. Högre kompetens skulle presumtvt även öka patientsäkerheten.

Ytterligare studier inom området behövs för att titta vidare på kompetensen inom intermediärvården både nationellt och internationellt. Även ett nationellt konsensus över kompetenskravet inom intermediärvård hade varit önskvärt för att kunna bedriva en likvärdig intermediärvård nationellt.

Referenser

Aiken, L.H., Cimiotti, J.P., Sloane, D.M., Smith, H.L., Flynn, L., & Neff, D.F. (2011). The effects of nurse staffing and nurse education of patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), 1047-1053. doi:10.1097/MLR.0b013e3182330b6e

Aiken, L.H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, AM., Bruyneel, L., McHugh, M., ... Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*, 26(7), 559-568. doi: 10.1136/bmjqs-2016-005567

Al-Hunaishi, W., Hoe, V.C., & Chinna, K. (2019). Factors associated with healthcare workers willingness to participate in disasters: a cross-sectional study in Sana'a, Yemen. *BMJ Open*, 9(10), 1-9. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030547

Allvin, R., Bisholt, B., Blomberg, K., Bååth, C. & Wangensteen, S. (2020). Self-assessed competence and need for further training among registered nurses in somatic hospital wards in Sweden: a cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 19(74), 1-11. doi: 10.1186/s12912-020-00466-2

Andershed, B., & Enger, R. (2017). Nurses' experience of the transfer of ICU patients to general wards: A great responsibility and a huge challenge. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 186-194. doi:10.1111/jocn.13911

Andersson, H. & Nilsson, K. (2009). Questioning nursing competences in emergency health care. *Journal of Emergency Nursing*, 35(4), 305-311. doi: 10.1016/j.jen.2008.06.015

Bam, V., Kusi-Amponsah Diji, A., Asante, E., Yemotsoo Lomotey, A., Adade, P. & Asante Akyeampong, A. (2020). Self-assessed competencies of nurses at an emergency department in Ghana. *African Journal of Emergency Medicine*, 10(1), 8-12. doi:10.1016/j.afjem.2019.09.002

Bathish, M., Wilson, C. & Potempa, K. (2018). Deliberate practice and nurse competence. *Applied Nursing Research* 40, 106-109. doi: 10.1016/j.apnr.2018.01.002

Beard, H. (2005). Does intermediate care minimize relocation stress for patients leaving the ICU? *Nursing In Critical Care*, 8, 272-278..

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

Billhult, A. (2017a). Analytisk statistik. I B. M, Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.265-299). (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. (2017b). Enkäter. I B. M, Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.121-132). (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. (2017c). Kvantitativ metod och stickprov. I B. M, Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.99-110). (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. (2017d). Mätinstrument och diagnostiska test. I B. M, Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.133-141). (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Björk, J. (2010). *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. Stockholm: Liber.

Capuzzo, M., Volta, C., Tassinati, T., Moreno, R., Valentin, A., Guidet, B., ... Rhodes, A. (2014). Hospital mortality of adults admitted to Intensive Care Units in hospitals with and without Intermediate Care Units: a multicentre European cohort study. *Critical care*, 18(5), 1-15. doi: 10.1186/s13054-014-0551-8

Currie, J., Kourouche, S., Gordon, C., Jorm, C., & West, S. (2018). Mass casualty education for undergraduate nursing students in Australia. *Nurse Education in Practice*, 28, 156-162. doi: 10.1016/j.nepr.2017.10.006

Dahl, A.S. (2019, 4 november). Intermediärvård: Vem satsar på intermediärvårdsplatser. *Sjukhusläkaren*. Hämtad från <https://www.sjukhuslakaren.se/vem-satsar-pa-intermediarvardsplatser/>

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ejlertsson, G. (2019). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. (4 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Glans, S. (2017). Fler män inom vården: om yrkesval, jämställdhet och kompetensförsörjning. (Länsstyrelsen i Stockholms län, nr 2017:21). Stockholm: Länsstyrelsen. Från: <https://www.lansstyrelsen.se/download/18.1dfa69ad1630328ad7c89d4e/15>

Halabi, J. O., Lepp, M. & Nilsson, J. (2021). Assessing Self-Reported Competence Among Registered Nurses Working as a Culturally Diverse Work Force in Public Hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(1), 69-76. doi: 10.1177/1043659620921222

Hansen, U., Lefering, R., Fishan, C., Schildhauer, T.A., & Waydhas, C. (2018). Workload and severity of illness of patients on intensive care units with available intermediate care units: a multicenter cohort study. *Minerva Anestesiologica*, 84(8), 938-945. doi: 10.23736/S0375-9393.18.12516-8

Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap) - a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform*, 42(2), 377-381

Hassankhani, H., Hasanzadeh, F., Powers, K.A., Dadash Zadeh, A. & Rajaie, R. (2018). Clinical Skills Performed By Iranian Emergency Nurses: Perceived Competency Levels and Attitudes Toward Expanding Professional Roles. *Journal of Emergency Nursing*, 44(2), 156-163. doi: 10.1016/j.jen.2017.06.007

Jokiniemi, K. & Miettinen M. (2020). Specialist Nurses' Role Domains and Competencies in Specialised Medical Healthcare: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Caring Sciences*, 13 (1). 171-179.

Kauppi, W., Proos, M., & Olausson, S. (2018). Ward nurses' experiences of the discharge process between intensive care unit and general ward. *British Association of Critical Care Nurses*, 23(3), 127-133. doi: 10.1111/nicc.12336

Kristensson, J. (2014). Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Labrague, L.J., Hammad, K., Gloe, D.S., McEnroe-Petitte, D.M., Fronda, D.C., Obeidat, A.A., ... Mirafuentes, E.C. (2018). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International Nursing Review*, 65(1), 41-53. doi: 10.1111/inr.12369

McCarthy, G., Cornally, N., O' Mahoney, C., White, G. & Weathers, E. (2013). Emergency nurses: procedures performed and competence in practice. *International Emergency Nursing*, 21(1), 50-57. doi: 10.1016/j.ienj.2012.01.003

Moreno, R., Miranda, D. R., Matos, R., & Fevereiro, T. (2001). Mortality after discharge from intensive care: the impact of organ system failure and nursing workload use at discharge. *Intensive Care Med*, 27(6), 999-1004. doi: 10.1007/s001340100966

Nilsson, J., Engström, M., Florin, J., Gardulf, A., & Carlsson, M. (2018). A short version of the nurse professional competence scale for measuring nurses' self-reported competence. *Nurse Education Today*. 71(2018), 233-239. doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.028

Prin, M., & Wunsch, H. (2014). The role of stepdown beds in hospital care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 190(11), 1210-1216.

Rantala, A., Behm, L., & Rosén, H. (2019). Quality Is in the Eye of the Beholder-A Focus Group Study from the Perspective of Ambulance Clinicians, Physicians, and Managers. *Healthcare* 7(1), 1-13. doi: 10.3390/healthcare7010041

Ridley, S.A. (1998). Intermediate care Possibilities, requirements and solutions. *Anaesthesia*, 53(7), 654-664. doi: 10.1046/j.1365-2044.1998.466-az0557.x

Riksföreningen för Akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, Swedish Emergency Nurse Association [SENA]. (2017). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*. Hämtad 2020-12-16 från <https://beta.swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231c00/1584088433640/Kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20akutsjukv%C3%A5rd.pdf>

Rosén, H., Persson, J., Rantala, A., & Behm, L. (2018). "A call for a clear assignment" - A focus group study of the ambulance service in Sweden, as experienced by present and former employees. *International Emergency Nursing* 36, 1-6. doi: 10.1016/j.ienj.2017.07.003

Sadurskis, A. (2010). Sjuksköterskors specialistutbildning: vilket slags examen? (Högskoleverkets rapportserie, nr 2010:5 R) Stockholm: Högskoleverket. Från <https://aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/1005R-sjukskoterskor-specialistutbild.pdf>

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 4 maj, 2021, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Socialstyrelsen (2021). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård: Nationella planeringsstödet 2021. Hämtad 20 april, 2021, från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7200.pdf>

Socialstyrelsen (2020). Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2019 samt arbetsmarknadsstatus 2018. Hämtad 15 april, 2021, från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-9-6881.pdf>

Solberg, BC., Dirksen, CD., Nieman, FH., van Merode, G., Ramsay, G., Roekaerts, P., & Poeze, M. (2014). Introducing an integrated intermediate care unit improves ICU utilization: a

prospective intervention study. *BMC Anesthesiology*, 14(76), 1-7. doi: 10.1186/1471-2253-14-76

Svenska intensivvårdsregistret. (2018). Vårdtyngdsmätning med NEMS inom Intensivvård i Sverige. Hämtad 24 april, 2020, från <https://www.icuregswe.org/globalassets/riktlinjer/nems.pdf>

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet. (2015). Riktlinjer för svensk intensivvård. Hämtad 27 april, 2020, från https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivv%C3%A5rd_-rev-2015.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kodverk för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 29 november, 2020, från <https://beta.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening, (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 29 november, 2020, från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Vincent, J-L., Moreno, R., Takala, J., Willatts, S., De Mendona, H., Brunining, H., ... Thijs, L. G. (1996). The SOFA (Sepsis.related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. *Intensive Care Med*, 22(7), 707-710. doi: 10.1007/BF01709751

Wangenstein, S., Finnbakk, E., Adolfsson, A., Kristjansdottir, G., Roodbol, P., Ward, H. & Fagerström, L. (2018). Postgraduate nurses' self-assessment of clinical competence and need for further training. A European cross-sectional survey. *Nurse Education Today*, 62, 101-106. doi: 10.1016/j.nedt.2017.12.020

Ward, C. (2018). Clinical Nurse Specialist: The Unknown APRN. *Medsurg Nursing*, 27(6), 347-348.

Waydhas, C., Herting, E., Kluge, S., Markewitz., A, Marx, G., Muhl, E., ... Welte, T. (2018). Intermediate care units : Recommendations on facilities and structure. *Med Klin Intensivmed Notfmed*, 113(1), 33-44. doi: 10.1007/s00063-017-0369-7.

Willman, A., Bjuresäter, K. & Nilsson, J. (2020). Newly graduated registered nurses' self-assessed clinical competence and their need for further training. *Nursing Open*, 7(3), 720-730. doi: 10.1002/nop2.443

WMA. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 18 november, 2020 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Öhrn, A. (2013). Säker vård. I B. A-K, Edberg., A, Ehrenberg., F, Friberg., L, Wallin., H, Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom specialistsjuksköterskans specialistområde* (s. 181-215). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 (Enkät)

Enkät

1. Vilket kön identifierar du dig med?

- Man
 - Kvinna
 - Annat/ Vill ej uppge
-

2. Hur gammal är du? _____ år

3. Hur många år har du varit legitimerad sjuksköterska?

- <1år
 - 1-2år
 - 2-5år
 - 5-10år
 - >10år
-

4. Har du en specialistutbildning?

- Ja
- Nej

Om svaret är Ja, vilken: _____

5. Hur många år har du arbetat med intermediärvård?

- <1år
 - 1-2år
 - 2-5år
 - 5-10år
 - >10år
-

6. Hur många år hade du arbetat som legitimerad sjuksköterska innan du började arbeta med intermediärvård?

- <1år
- 1-2år
- 2-5år
- 5-10år
- >10år

7. Arbetade du med intermediärvård innan Covid-19 pandemin?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Fråga nr	Anser du att du har förmåga att ...	i mycket låg grad	i låg grad	i ganska låg grad	varken hög eller låg grad	i ganska hög grad	i hög grad	i mycket hög grad
8	- självständigt tillämpa omvårdningsprocessens följande stag: observation och bedömning (omvårdnadsanamnes, status och omvårdnads mål)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	-tillgodose patientens basala fysiska omvårdningsbehov?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	-tillgodose patientens specifika fysiska omvårdningsbehov?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	-dokumentera patientens fysiska tillstånd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	-dokumentera patientens psykiska tillstånd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	-kommunicera med patienter, närstående och personal på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	-visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	-tillvarata patientens och/ eller närståendes kunskaper och erfarenheter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	-visa öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	-tillvarata arbetslagets och andras kunskaper/ erfarenheter och genom teamsamverkan bidra till en helhetssyn på patienten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	-hantera läkemedel på ett adekvat sätt med tillämpning av kunskaper inom farmakologi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	-självständigt utföra ordinationer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	-ifrågasätta oklara instruktioner/ ordinationer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21	-med omdöme, kunskap och noggrannhet informera och tillgodose patientens trygghet och välbefinnande vid undersökningar och behandlingar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	-följa upp patientens tillstånd efter undersökningar och behandlingar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	-utifrån gällande föreskrifter och säkerhetsrutiner hantera medicintekniska produkter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	-att i dialog med patient och närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	-informera och undervisa patienter och närstående individuellt med hänsyn tagen till tidpunkt, form och innehåll?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	-informera och undervisa patienter och närstående i grupp med hänsyn tagen till tidpunkt, form och innehåll?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	-förvissa dig om att patient och närstående förstår given information?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	-i dialog motivera patienten till följsamhet i behandlingar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	-ta del av relevanta journalhandlingar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	-använda informations- och kommunikationsteknologi (IT) som stöd i omvårdnadsarbetet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	-dokumentera enligt gällande författningar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	-följa gällande författningar samt riktlinjer och rutiner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	-hantera känsliga uppgifter korrekt och med varsamhet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	-uppmärksamma arbetsrelaterade risker och aktivt förebygga dessa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	-fortlöpande engagera dig i din personliga och professionella kompetensutveckling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	-utifrån patientens behov systematiskt leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet utifrån medarbetarnas olika kompetens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Agera adekvat i händelse av oprofessionellt yrkesutövande hos medarbetare?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	-vid allvarlig händelse såväl inom som utom vårdinrättning, tillämpa katastrofmedicinska principer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Implementera ny kunskap och därmed verka för en omvårdnad i överrensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	-planera, konsultera, informera och samverka med andra aktörer i vårdkedjan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41	-undervisa handleda och bedöma studenter och elever?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	-handleda och utbilda medarbetare?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bilaga 2 (Frågor inom kompetensområden)

Anser du att du har förmåga att ...

Omvårdnad	<ul style="list-style-type: none">- självständigt tillämpa omvårdnadsprocessens följande steg: observation och bedömning (omvårdnadsanarnes, status och omvårdnads mål)?- tillgodose patientens basala fysiska omvårdnadsbehov?- tillgodose patientens specifika fysiska omvårdnadsbehov?- dokumentera patientens fysiska tillstånd?- dokumentera patientens psykiska tillstånd?
Värdebaserad omvårdnad	<ul style="list-style-type: none">- kommunicera med patienter, närstående och personal på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt?- visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet?- tillvarata patientens och/ eller närståendes kunskaper och erfarenheter?- visa öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar?- tillvarata arbetslagets och andras kunskaper/ erfarenheter och genom teamsamverkan bidra till en helhetssyn på patienten?
Medicinsk vård	<ul style="list-style-type: none">- hantera läkemedel på ett adekvat sätt med tillämpning av kunskaper inom farmakologi?- självständigt utföra ordinationer?- ifrågasätta oklara instruktioner/ ordinationer?- med omdöme, kunskap och noggrannhet informera och tillgodose patientens trygghet och välbefinnande vid undersökningar och behandlingar?- följa upp patientens tillstånd efter undersökningar och behandlingar?- utifrån gällande föreskrifter och säkerhetsrutiner hantera medicintekniska produkter?
Vårdpedagogik	<ul style="list-style-type: none">- att i dialog med patient och närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling?- informera och undervisa patienter och närstående individuellt med hänsyn tagen till tidpunkt, form och innehåll?- informera och undervisa patienter och närstående i grupp med hänsyn tagen till tidpunkt, form och innehåll?- förvissa dig om att patient och närstående förstår given information?- i dialog motivera patienten till följsamhet i behandlingar?
Dokumentation och administration av omvårdnad	<ul style="list-style-type: none">- ta del av relevanta journalhandlingar?- använda informations- och kommunikationsteknologi (IT) som stöd i omvårdnadsarbetet?- dokumentera enligt gällande författningar?- följa gällande författningar samt riktlinjer och rutiner?- hantera känsliga uppgifter korrekt och med varsamhet?- uppmärksamma arbetsrelaterade risker och aktivt förebygga dessa?- fortlöpande engagera dig i din personliga och professionella kompetensutveckling?- utifrån patientens behov systematiskt leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet utifrån medarbetarnas olika kompetens?

Utveckling, ledarskap och
organisation av omvårdnad

- agera adekvat i händelse av oprofessionellt yrkesutövande hos medarbetare?
 - vid allvarlig händelse såväl inom som utom vårdinrättning, tillämpa katastrofmedicinska principer?
 - implementera ny kunskap och därmed verka för en omvårdnad i överrensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet?
 - planera, konsultera, informera och samverka med andra aktörer i vårdkedjan?
 - undervisa handleda och bedöma studenter och elever?
 - handleda och utbilda medarbetare?
-