



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Specialistsjuksköterskans erfarenhet av att slutbehandla patienter på  
akutmottagningen självständigt

The clinical nurse specialist experience of finalizing patients in the  
emergency department independently

Författare: Henrik Carnegård, Leif Gunnar Linderot

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren/2023

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

**Bakgrund och problemområde:** Antal patienter som söker till Sveriges akutmottagningar ökar stadigt varje år bortsett från minskningen under pandemin. Siffror visar att väntetiden till läkare ökar vilket försvårar Socialstyrelsens fyra timmars mål och ambitionen med en högre vårdkvalité. En stor del av patienterna som söker sig till akutmottagningen behöver inte träffa en läkare och studier från andra länder visar att sjuksköterskor kan avlasta läkarna från mindre allvarligt skadade eller sjuka patienter genom att behandla dem självständigt.

**Syftet** med studien var att belysa specialistsjuksköterskors erfarenhet av att slutbehandla patienter självständigt på akutmottagningar.

**Metod:** Författarna använde sig av en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie. I studien deltog nio stycken informanter från fyra olika akutmottagningar. Datainsamlingen har skett med öppna intervjufrågor som efter transkription har analyserats enligt den fenomenografiska metoden.

**Resultat:** Resultatet av analysen gav tre beskrivningskategorier. Erfarenheten av sin roll på akutmottagningen, erfarenheten av att utvecklas i sin profession, erfarenheten av att förbättra flödet på akutmottagningen. Subkategorierna blev att veta sina gränser, ny roll i sin profession, mottagandet av rollen, ökad befogenhet, att göra skillnad, nöjda patienter och avlasta teamen.

**Slutsats:** Resultatet visade ett övervägande positiv syn på rollen som behandlingssjuksköterska. Informanterna upplevde sig uppskattade och kände att verksamheten tog tillvara på deras kompetens. Informanterna uppgav att de kunde avlasta läkarna och bidra till ett bättre flöde på akutmottagningen och förbättra den personcentrerade vården.

## Nyckelord

Behandlingssjuksköterska, akutmottagning, erfarenhet, flöde.

# Innehållsförteckning

Problemområde .....	5
Bakgrund .....	6
Flöde .....	6
Crowding.....	6
Behandlingsjuksköterska.....	7
Definition av specialistsjuksköterska inom akutsjukvård och avancerad specialistsjuksköterska.....	8
Gränser i sin legitimation.....	9
Teoretisk referensram .....	10
Syfte .....	10
Metod .....	11
Urval .....	11
Datainsamling .....	11
Transkribering.....	12
Analys av data.....	13
Steg ett.....	13
Steg två.....	13
Steg tre .....	13
Steg fyra .....	14
Steg fem.....	14
Steg sex .....	14
Steg sju.....	14
Forskningsetiska avvägningar.....	14
Resultat.....	15
Erfarenheten av sin roll på akutmottagningen .....	16
Att veta sina gränser.....	16
Ny roll i sin profession .....	17
Mottagandet av rollen.....	18
Erfarenheten av att utvecklas i sin profession.....	20
Ökad befogenhet .....	20
Att göra skillnad.....	21
Erfarenheten av att förbättra flödet på akutmottagningen.....	22
Nöjda patienter .....	23
Avlasta Teamen.....	24
Utfallsrum .....	26

Diskussion .....	27
Metoddiskussion .....	27
Resultatdiskussion.....	30
Erfarenheten av sin roll på akutmottagningen .....	30
Erfarenheten av att utvecklas i sin profession.....	32
Erfarenheten av att förbättra flödet .....	34
Konklusion och implikationer .....	36
Referenser.....	37
Bilaga 1 (1).....	47

## Problemområde

Enligt Socialstyrelsens statistik sökte cirka 2 miljoner människor årligen till Sveriges akutmottagningar innan 2019. Sedan år 2010 har landets alla regioner haft ett gemensamt mål för den totala vistelsetid för patienter som söker akutsjukvård. Tiden är satt på fyra timmar och varierar beroende på veckodag och tid på dygnet. Statistik visar även att vid ökat antal patienter som söker sig till akutmottagningen ökar även den totala vistelsetiden (Socialstyrelsen, 2015). Detta försämrar vårdkvaliteten och behandlingstiden vilket även ökar risken för vårdskador (Nestler et al., 2012). Patienter blir mer missnöjda vid långa väntetider och väljer då att avvika från akutmottagningen innan de fått behandling (Sharieff et al., 2013). Nya siffror från Socialstyrelsen (2022) visar att vistelsetiden på Sveriges akutmottagningar ökar och även tiden till första bedömningen av läkare. Studier utomlands visar att en stor andel av patienterna som söker sig till akutmottagningar har inget behov av att träffa en läkare utan kan i stället omhändertas och behandlas av en sjuksköterska. Internationellt har sjukvården använt sig av nurse practitioners (NP) för att skapa ett enskilt snabbspår där sjuksköterskor omhändertar och behandlar patienter självständigt för att förbättra flödet på akutmottagningar (Wilson & Shifaza, 2008).

Akutmottagningar i Sverige har fått det svårare att rekrytera och behålla sjuksköterskor bland annat på grund av det ökade inflödet, mer vårdkrävande patienter och minskade vårdplatser (Socialstyrelsen, 2018). Samtidigt råder det en brist på specialistsjuksköterskor inom svensk sjukvård (Socialstyrelsen, 2022) och på många akutmottagningar finns det ingen tydlig arbetsroll för en specialistsjuksköterska att kunna utföra och ta vara på sin kompetens. Enligt Fagerström (2011) kan en möjlig förklaring till bristen på specialistsjuksköterskor vara att vidareutbildningen inte garanterar något utökat ansvar eller utökade arbetsuppgifter.

Nationellt är det oklart exakt hur många akutmottagningar som använder sig av sjuksköterskor som slutbehandlar patienter, i denna studie benämnda som behandlingssjuksköterskor. Tidigare studier har visat sig vara positivt för flödet på de aktuella akutmottagningarna, men även en kompetenshöjande faktor (Agerberg, 2012). Genom att belysa erfarenheten bland specialistsjuksköterskor som behandlar patienter självständigt kan rollen som behandlingssjuksköterska utvecklas och framhävas som en mer betydande roll inom sin profession och sin position på akutmottagningen.

## Bakgrund

En akutmottagning är en specialiserad enhet med hög patientomsättning och som omhändertar patienter med akut sjukdom eller skada (Wikström, 2018). Den viktigaste men även svåraste uppgiften på akutmottagningarna är att bedöma patienters vårdbehov på ett adekvat och säkert sätt (Makkonen, 2011). På akutmottagningen ska varje patient få en medicinsk bedömning av legitimerad personal för skada eller sjukdom, de som bedöms ha störst vårdbehov ska prioriteras (Hälsa- och sjukvårdslag [HSL], 2017). Hos de flesta akutmottagningarna nationellt och internationellt är det en sjuksköterska som triagerar och prioriterar patienterna enligt olika triageskalor och sin kliniska erfarenhet (Ouellet et al., 2023).

## Flöde

Ett ökat inflöde tillsammans med ett långsamt flöde på akutmottagningen är en stor anledning till att det bildas trängsel och att väntetiderna ökar. Att redan i triagen påbörja en utredning både genom provtagning och skriva remisser har visat sig minska den totala vistelsetiden på akutmottagningen (Jarvis, 2016; Oredsson et al., 2011). Ett annat sätt till att korta ner väntetiden är att införa ett så kallat snabbspår för mindre allvarliga sjukdomstillstånd vilket enligt Oredsson et al. (2011) bidrog till att minska den totala väntetiden på akutmottagningen men även minska antalet patienter som avviker innan behandling vilket i slutändan ökade utflödet. Att använda sig av triagesjuksköterskan för bedömning av vårdbehov och initiering av provtagning och eventuellt röntgen har visat sig öka upp flödet så att diagnoser och behandlingar kan ställas snabbare av läkarna. Men detta är under förutsättning att sjuksköterskan har tillräcklig utbildning och kunskap (Jarvis, 2016). Enligt en rapport om väntetider och patientflöden på akutmottagningar från Socialstyrelsen (2017) var bidragande orsaker till sämre patientflöde på akutmottagningar, hög ålder och komplex sjukdomsbild, läkarens erfarenhet och antal tillgängliga vårdplatser. Det framkom också att det var ett högre inflöde på eftermiddagar/kvällar. Ett högre inflöde påverkade flödet av patienter negativt då resurserna blev mer utspridda över ett ökat antal patienter.

## Crowding

Trängsel eller "crowding" på akuten är ett växande problem nationellt och innebär att patientinflödet överstiger de tillgängliga resurserna på akutmottagningen vilket försvårar och förlänger vårdtiden (Wretborn et al., 2020). Orsaker kan vara personalbrist, kompetensbrist

och patienter som egentligen ska söka vård på sin vårdcentral ser akutmottagningen som ett snabbspår (Johnson & Winkelman, 2011; Chen et al., 2018). Enligt Nordberg (2011) finns det ett stort behov av att få primärvården att fungera på ett mer effektivt sätt så att de kan avlasta akutmottagningarna. Konsekvenserna för detta växande problem blir en högre arbetsbelastning för personalen på akutmottagningen och en ökad kostnad. Forskning visar även att sjukligheten och dödligheten ökar hos patienterna och dessutom blir risken att deras vårdtid förlängs (Smalley et al., 2020; Wretborn et al., 2020; Jennings et al., 2015).

Patientflödet ökar kraftigt varje år på akutmottagningarna i Sverige och enligt en rapport från Inspektion för vård och omsorg (IVO, 2015) görs det fler omfattande utredningar på patienter i väntan på avdelning. Ett sätt att minska antalet patienter på akuten och nyttja personalresurserna maximalt kan vara att använda sig av specialistsjuksköterskor som behandlar och handlägger sina patienter självständigt. En studie visade att införandet av ett snabbspår där NPs skulle behandla mindre allvarliga sjukdomstillstånd som till exempel extremitetsskador, djur och insektsbett på kvällar och nätter när det var mindre bemannat med läkare, halverade väntetiden för de aktuella patientkategorierna. Detta ledde till att fler patienter fick behandling snabbare och på så sätt ökas flödet (Plath et al., 2019).

## Behandlingssjuksköterska

Definitionen på en behandlingssjuksköterska kan variera mellan sjukhusen men omfattar att självständigt bedöma och initiera behandling på stabila patienter som är lågt prioriterade i utvalda tillstånd, och ibland även slutbehandla patienter. Exempel på dessa tillstånd kan vara huvudskada med beställning av CT skalle/halsrygg, commotio, allergisk reaktion, borttagning av fiskekrok, byte av nasogastrisk sond, brännskador, djup ventrombos (DVT), njursten, suturering, urinretention. Utöver dessa exempel ingår det även en utökad befogenhet att skriva röntgen på åtskilliga skelettskador. Behandlingssjuksköterska är ett frivilligt utvecklingsspår inom sin profession och på sin arbetsplats. Vidareutbildningen sker internt på arbetsplatsen och grundkraven varierar mellan sjukhusen och kan utgöra allmänsjuksköterskor med lång erfarenhet men även ett krav på att vara examinerad inom en specialistutbildning (Sahlgrenska universitetssjukhus, 2022; Framtidens karriär, 2017; Wihlborg, 2018).

## Definition av specialistsjuksköterska inom akutsjukvård och avancerad specialistsjuksköterska

I Sverige kan du titulera dig specialistsjuksköterska efter genomgången vidareutbildning på minst ett år efter din grundläggande sjuksköterskeutbildning. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2017) ska en specialistsjuksköterska inom akutsjukvård kunna se och förstå akuta sjukdomstillstånd, risker och resultat vid behandling och kunna på ett säkert sätt arbeta och ta fram bland annat kliniska riktlinjer och kunna motivera behovet och det fortsatta användandet av dessa. Att arbeta patientsäkert samtidigt som utvecklingen ska vara hållbar utifrån etik, ekonomi, miljö och jämlikhet.

Under de senaste decennierna har sjuksköterskans profession inom omvårdnadsvetenskap förändrats till en mer självständig roll men fortfarande har inga större framsteg gjorts i Norden inom den mer kliniska rollen som beslutsfattare. Internationellt har sjuksköterskans självständiga kliniska roll utvidgats och går under benämningen ”Advanced practice nursing” vilket är ett begrepp för omvårdnad på avancerad nivå och kan översättas på svenska till en avancerad klinisk sjuksköterska (Fagerström, 2015) eller som svensk sjuksköterskeförening (2021) även benämner det, en avancerad specialistsjuksköterska. Internationellt betecknas en avancerad klinisk sjuksköterska som en NP.

Sjuksköterskans utveckling till specialistsjuksköterska och senare till NP utvecklades i USA på 60 talet och förekommer nu i cirka 30 länder (Fagerström, 2015; Wilson & Shifaza, 2008). Syftet var att tillgodose det ökade behovet av vård bland befolkningen och då det samtidigt förekom en brist på primärvårdsläkare (Jennings et al., 2015).

Enligt Internationell Council of Nurses (ICN) definieras Advanced practice nurse som en *“registrerad sjuksköterska som har den expertkunnande som krävs, den förmåga att fatta komplexa beslut och kliniska kompetens för en utvidgad arbetsbeskrivning vars karaktär ska formas av sammanhanget och/eller det land i vilken hon har befogenheten att verka”*

Den avancerade kliniska sjuksköterskan kan beskrivas ha en mer teoretisk, praktisk och forskningsbaserad kompetens vilket innebär att hen kan utföra en mer utförlig bedömning, diagnostisering och behandling av ett hälsoproblem vilket inkluderar inskrivning och utskrivning av patienter på akutmottagningar, ordinera blodprover, skriva röntgenremiss, ta vävnadsprover, diagnostik, ordinera och skriva recept på läkemedel samt remittera till specialistmottagningar (Wilson & Shifaza, 2008). Dessa befogenheter kan variera från land till land. Andra ansvarsområden kan vara att leda och koordinera, utveckla, utvärdera,



kvalitetssäkra och forska. För att kunna definiera sig som en avancerad klinisk sjuksköterska krävs en utbildning på masternivå (Fagerström, 2015).

Det finns en viss oklarhet gällande skillnaden mellan en specialistsjuksköterska (Clinical nurse specialist) och en avancerad specialistsjuksköterska. Enligt Fagerström (2015) beskrivs specialistsjuksköterskor som en vidareutbildad sjuksköterska inom ett visst specialområde medan en avancerad specialistsjuksköterska har en mer omfattande utbildning och fördjupad kunskap till att omhänderta och vårda en odiagnostiserad patientgrupp. Fagerström (2015) nämner även att det finns en otydlighet i beskrivningen av rollen som sjuksköterska i olika kompetensnivåer i Norden då viss litteratur beskriver specialistsjuksköterskor och de avancerade specialistsjuksköterskor med liknande arbetsuppgifter. I Kanada betraktas både specialistsjuksköterskor och NPs som en avancerad sjuksköterska inom vissa verksamhetsområden (Donald et al., 2010).

## Gränser i sin legitimation

För att kunna bedriva en patientsäker vård krävs det att hälso- och sjukvårdspersonal har en lämplig utbildning. Legitimationen som sjuksköterskan förvärvar efter slutförd utbildning innebär en försäkran att personen har en adekvat vetenskaplig förankrad kunskap och färdigheter. Vissa arbetsuppgifter som bedrivs inom sjukvården kräver yrkeslegitimation och med den kommer även ett yrkesansvar hos individen att vård bedrivs på beprövad erfarenhet och att patienten visas omtanke och respekt samt får en god vård. Men inom sjuksköterskelegitimationen föreligger det inga detaljerade riktlinjer om vilka arbetsuppgifter du får utföra utan kraven ligger främst på hur arbetsuppgiften ska utföras (Förordningen om erkännande av yrkeslegitimation, 2016; Patientsäkerhetslag, 2010). Inom patientsäkerhetslagen (2010) får arbetsuppgifter delegeras över till den legitimerade sjuksköterskan om denne uppfyller kravet på en formell och reell kompetens inom det aktuella området och att en säker och god vård bedrivs. Ansvar för att uppgiften bedrivs på ett säkert sätt och att sjuksköterskan har den kompetens som krävs ligger hos hälso- och sjukvårdspersonalen och vårdgivaren som överlåtit uppgiften. De arbetsuppgifter som har tydliga regler på vem som ska utföra dem och att de inte får utföras av någon annan får inte delegeras vidare. Som ett komplement i delegeringen kan generella direktiv användas till specifika yrkesgrupper och i detta fall sjuksköterskan. Generella direktiv innebär att sjuksköterskan kan få en utvidgad befogenhet att utföra vissa åtgärder och behandlingar som ligger inom ramarna för verksamheten. Riktlinjerna beslutas och skapas av den medicinskt

ansvarige läkaren tillsammans med verksamhetschefen (Socialstyrelsens föreskrifter om allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel inom hälso- och sjukvården, 2017).

## Teoretisk referensram

Susie Kim är en omvårdnadsforskare vars omvårdnadsteori är uppdelad i fyra olika domäner: patienten, mötet, omgivningen och yrkesutövningen. Det är domänen yrkesutövningen som kommer användas då det är specialistsjuksköterskor erfarenhet av behandling som ska undersökas. Hur de ser på sin kunskap, om erfarenheter av att behandla patienter. Enligt Kim är själva domänen yrkesutövningen mer än själva bara handlingen som utförs. Det som ingår i handlingen som utförs är samla in, bearbeta, sammanställa, förtydliga väsentlig information om patienten och dennes problem och att kommunicera och dela denna information med patienten, så att denna sammanställning blir en grund för samarbetet. Det behövs en förståelse för själva effekten av en eventuell åtgärd (Kim, 2000).

Mötet är en annan domän som kommer beaktas under studien då specialistsjuksköterskor får en uppfattning av patienternas inställning till behandlingen de får. Mötet delas upp i tre fenomen, kontakt, kommunikation och interaktion. Under fenomenet kontakt uppmärksammas energi, personkemi och kroppsspråk i mötet. Under kommunikation ingår det vad patienten säger och förmedlar. Tillsammans med hur sjuksköterskan uttrycker sig och i själva mötet sker det en form av förhandling mellan patienten och sjuksköterskan. Under fenomenet interaktion ingår begreppen samarbetet mellan patient och sjuksköterska i deras respektive roll. Hur parterna sätter sig in i respektive roll. Vad mötets olika delar har gett respektive part (Kim, 2000).

## Syfte

Syftet med studien var att belysa specialistsjuksköterskors erfarenhet av att slutbehandla patienter självständigt på akutmottagningar.

## Metod

Författarna har använt sig av en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie vilket är att föredra enligt Sjöström och Dahlgren (2002) i en fenomenografisk dataanalys. En semistrukturerad intervju innebär att informanten får ett antal öppna frågor om ett specifikt tema. Informanten har större möjligheter att påverka innehållet i intervjun och författarna måste vara aktiv med eventuella följdfrågor. En kvalitativ forskningsmetod är att föredra då studiens intresse är specialistsjuksköterskans erfarenhet i att behandla patienter självständigt på akutmottagningen (Alvehus, 2013). Intervjuerna genomfördes via Microsoft Teams som är en digital plattform där videomöte kan utföras. Intervjun spelades in via en separat smartphone. Deltagarna blev informerade att intervjun var frivilligt och att de fick avbryta, avstå att svara på frågor när de ville både skriftligt före intervjun och muntligt under intervjun.

## Urval

I studien intervjuades specialistutbildade sjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning med minst tre års erfarenhet av rollen som behandlande sjuksköterska. Författarna tog hjälp av representanter inom SENA (Swedish emergency nurses association) för att få en snabb överblick på vilka akutmottagningar som använde sig av behandlingssjuksköterskor. SENA är en riksförening som är till för att stärka och utveckla sjuksköterskans yrkesroll inom svenska sjukvården (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Därefter skickades en förfrågan ut till vårdenhetschefer på sex stycken akutmottagningar och fyra av dessa bekräftade tillfrågan och gav ett godkännande. Storleken på de aktuella akutmottagningarna var mellan 30 000 – 100 000 antal besök per år (Socialstyrelsens statistikdatabas, 2021). Vårdenhetscheferna på akutmottagningarna fick information och medgivandeblanketten via e-mail och vidarebefordrade därefter informationen och tillfrågan till behandlingssjuksköterskorna på respektive arbetsplats att de frivilligt kan delta i studien. Det var nio stycken informanter som svarade att de var villiga att delta i studien och erhöll då samtyckesblankett samt information om studien.

## Datainsamling

En pilotintervju hölls för att se om frågorna var av tillräckligt god kvalitet för att kunna uppnå syftet med studien och för att eventuellt innan de skarpa intervjuerna påbörjades ha en chans

att omformulera sina planerade frågor men även för att träna sig som intervjuare. Under pilotintervjun testades även inspelningsutrustningen av en Samsung smartphone med en diktafonapplikation (Danielsson, 2020). Då pilotintervjun utfördes på en specialistsjuksköterska som omhändertar och slutbehandlade patienter självständigt inom ett annat verksamhetsområde fick frågorna anpassas efter det området. Eftersom pilotintervjun föranledde till att intervjufrågorna fick ändras marginellt för att passa till det aktuella området inkluderades inte materialet i datainsamlingen.

Informanterna fick själva välja datum och tidpunkt. Genomförandet av intervjuerna var via Microsoft Teams och författarna var placerade i ett avskilt rum på deras arbetsplats. Åtta av informanterna som deltog var placerade på deras arbetsplats. Två av dessa blev under intervjun störda vid ett tillfälle och den nionde informanten deltog inte med bild utan enbart ljud och därför var lokaliseringen av intervjun svår att fastställa. Enligt Danielsson (2020) är platsen viktig för intervjun så att deltagarna kan känna sig trygga och kunna genomföra intervjun utan att bli avbrutna eller störda vilket annars kan påverka datainsamlingen.

Intervjun påbörjades med en kort presentation av författarna och en presentation av studiens syfte samt vilken teknisk utrustning som skulle användas. Informanterna upplystes och uppmuntrades om möjligheten att tänka högt, ändra sina svar, pausa om nödvändigt och att det inte finns några rätta eller fel svar (Sjögren & Dahlgren, 2002). Informanterna har även rätt att inte besvara någon specifik fråga och kan när som helst avbryta intervjun (Bell, 2016). De aktuella frågorna till informanterna är identiska i samtliga intervjuer och inleds med en öppen fråga som exempel "kan du beskriva din upplevelse av att behandla en patient självständigt?". Spontana följdfrågor förekom då författarna ville att informanten skulle utveckla sitt svar som exempelvis "hur upplevde du det?" (se bilaga 1). Författarna hade som ändamål att inte avbryta informanterna under intervjun och i den slutgiltiga datainsamlingen blev intervjuerna mellan 27 minuter och 1 timme och 10 minuter.

## Transkribering

Intervjuerna kom att transkriberas och analyseras enligt den fenomenografiska analysen. De inspelade intervjuerna samt det transkriberade materialet hanterades konfidentiellt och har varit inlåst på författarnas arbetsplats så ingen obehörig skulle kunna ta del av materialet. Intervjuerna delades upp mellan författarna för transkribering. Det transkriberades ordagrant vilket blev till 66 stycken A4-sidor. Författarna läste igenom varandras transkriberingar samtidigt som man lyssnade på intervjun för att upptäcka feltolkningar och minska riskerna

för felaktigheter. Intervjuerna analyserades stegvis och varje intervju färgkodades för att få en lättare överblick (Danielsson, 2020).

## Analys av data

Den aktuella studien grundar sig i den fenomenografiska analysen och metoden som utvecklades under 1970 talet och innefattar hur olika fenomen och aspekter upplevs eller uppfattas (Sjöström & Dahlgren, 2002). Den skiljer sig åt genom det första och andra perspektivet i fenomenet. Genom det första perspektivet beskrivs det mer objektiva i fenomenet medan i det andra perspektivet är intresset mer hur fenomenet uppfattas. Enligt Sjöström och Dahlgren (2002) är det ett komplext fenomen om hur vi ska kunna beskriva likheter och skillnader i upplevelser men ur olika individers perspektiv och i den fenomenografiska forskningen är det just den variationen som är resultatet. Analysen bestod av sju specifika steg (Sjöström & Dahlgren, 2002).

### Steg ett

I det första steget bekantade sig författarna med materialet som är transkriberat och insamlat genom att vid första tillfället lyssna igenom intervjun samtidigt som materialet lästes igenom. Därefter lästes materialet ett flertal gånger. Därmed kunde eventuella fel i transkriberingen rättas till.

### Steg två

I det andra steget sammanställde författarna meningsbärande data för att urskilja det viktiga ur varje informants material. Varje betydelsefull data fick en färgkod som kopplades till respektive informant för att underlätta om en eventuell tillbakablick krävdes till den ursprungliga intervjun.

### Steg tre

Det tredje steget bestod av att jämföra och bryta ner varje informants svar till mindre betydelsefulla påståenden.

## Steg fyra

I det fjärde steget eftersöktes och jämfördes de meningsbärande enheternas likheter och skillnader i sättet att förstå fenomenet som efterfrågades i studien.

## Steg fem

Baserat på likheter och skillnader i materialet så grupperades de därefter i respektive kategori som formulerats efter hur fenomenet beskrivs. Detta var en krävande uppgift då materialet fick omarbetas flera gånger då informantens uppfattning kunde tolkas på flera olika sätt och tillhöra ett flertal beskrivningskategorier. Här fick även materialet ytterligare granskas så det lever upp till syftet i studien.

## Steg sex

I det sjätte steget namngavs kategorierna som benämns beskrivningskategorier i studien. Materialet i varje beskrivningskategori jämfördes och för att få en bättre överblick över fenomenet som beskrivs. För att underlätta och för att se skillnaderna skapades även subkategorier.

## Steg sju

I det sista steget kontrollerades de meningsbärande enheterna i varje beskrivningskategori. Varje meningsbärande enhet ska vara unik, tydlig och skilda från varandra och får inte förekomma i de andra beskrivningskategorierna. I slutet av resultatet sammanställdes och presenterades beskrivningskategorierna i ett utfallsrum. I en fenomenografisk analys räcker det inte med att presentera olika kategorier utan för att den ska bli fullständig är det nödvändigt att redogöra hur beskrivningskategorierna förhåller sig till varandra.

## Forskningsetiska avvägningar

Författarna har genomfört en magisteruppsats på avancerad nivå av en empirisk metod och intervjuer. Under arbetets process har personuppgifter och potentiellt känslig information samlats in vilket gjort att arbetet krävt en ansökan och godkännande till vetenskapliga etiknämnden (VEN)(Eldén, 2020). VEN hade inga etiska invändningar mot att studien skulle

genomföras. De hade kommentarer kring vissa formuleringar som ändrades efter VEN's rekommendationer.

Enligt den europeiska allmänna dataskyddsförordningen (EU 2016:679) General Data Protection Regulation (GDPR) tillsammans med den svenska kompletterande lagen (Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, 2018) ska personuppgifter som samlas in hanteras varsamt och säkert. Personuppgifter innebär information om en enskild person som tex namn, personnummer, nationalitet, utbildningar, sociala- eller arbetsförhållanden samt även elektronisk identifiering som email och IP-adress. (Eldén, 2020).

Författarna har eftersträvat god forskningsetik och säkerställt så inga regler, riktlinjer eller lagar bryts gällande de moraliska och etiska aspekterna (Vetenskapsrådet, 2017). Innan studiens start kontrollerades det att riktlinjerna hos det Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet följdes vilket innebar att informanterna erhöll ett skriftligt informationsbrev angående studiens syfte och upplystes om att deras deltagande var frivilligt och att de när som helst fick avbryta sin medverkan. Informanterna godkände sin medverkan genom att skriva på en samtyckesblankett där villkoren tydliggjordes (Eldén, 2020). Enligt Bell (2016) är det viktigt att informanten i lugn och ro får tid på sig att läsa igenom villkoren för att eventuellt ge förslag till ändring. Deltagarna informerades om att deras personuppgifter behandlades konfidentiellt och avidentifieras genom färgkodning. Uppgifterna användes inte i något annat syfte än studiens ändamål och utlånades heller inte till en tredje part utan samtlig information från deltagarna raderades efter studiens avslut. De informerades även om att de har fulla rättigheter att ta del av sina egna uppgifter och vid eventuell felaktig information få uppgifterna korrigerade (Eldén, 2020).

## **Resultat**

Resultatet bygger på nio olika intervjuer med sjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning och som påbörjar eller slutbehandlar patienter i olika avancerade grader. Tre olika beskrivningskategorier kunde identifieras efter analysen av insamlade data (se tabell 1).

Tabell 1. Utfallsrum.

Beskrivningskategorier	Subkategorier
Erfarenheten av sin roll på akutmottagningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att veta sina gränser</li> <li>• Ny roll i sin profession</li> <li>• Mottagandet av rollen</li> </ul>
Erfarenheten av att utvecklas i sin profession	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ökad befogenhet</li> <li>• Att göra skillnad</li> </ul>
Erfarenheten av att förbättra flödet på akutmottagningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nöjda patienter</li> <li>• Avlasta teamen</li> </ul>

## Erfarenheten av sin roll på akutmottagningen

Kategorin belyser sjuksköterskans erfarenhet av sin roll på akutmottagningen och vilka eventuella risker som därmed tillkommer för patienterna när de behandlas av en sjuksköterska. Uppfattningen hos informanterna är att verksamheten inte prioriterar rollen som behandlingssjuksköterska och att använda sig av den kompetens som finns hos dem.

Kategorin tar även upp vilka faktorer som hindrade utvecklingen av behandlingssjuksköterska. Även hur mottagandet från kollegor och andra professioner har varit.

### Att veta sina gränser

Informanterna såg inga större risker med rollen som behandlingssjuksköterska under förutsättning att de höll sig inom tydliga ramar och de patientkategorierna som de var utbildade att handlägga.

*“Jag kan inte se en patient osäkerhet om jag inte är dumdristig och gör något jag inte behärskar eller känner mig trygg med...” (Lila)*

Riskerna såg dem först och främst komma om sjuksköterskan började behandla patienter med komplex bakgrund samt om sjuksköterskan inte hade tillräckligt med kunskap för att veta när



patienten hade ett medicinskt behov av att träffa läkare. Även bristande självinsikt om egen kompetens utgör en risk.

*“Riskerna är väl om man inte har förmågan att se var ens egen gräns i kunnande går. Om man inte har den självinsikten tänker jag att det kan vara lite farligt...” (Brun)*

Ny roll i sin profession

Informanternas erfarenhet var att det inte fanns avsatta resurser för att kunna handlägga patienter självständigt. En känsla av otillräcklighet skapades då du som sjuksköterska i team inte hade möjlighet att slutbehandla patienten utan fick i stället lägga resurserna på övrigt teamarbete. Som behandlingssjuksköterska kunde du avbrytas och bli indragen på andra sjuksköterske- eller undersköterskearbete. Det blev en konflikt med din sjuksköterskeprofession och din profession som behandlingssjuksköterska. Pandemin hade även påverkat och ändrat deras arbetsuppgifter då de inte hade fått handlägga så mycket patienter självständigt utan mer fått arbeta ute i team och i mån av tid handlägga patienter.

*“Nackdelen är ju nu att vi inte haft personal att täcka behandlingssjuksköterske linjen är det något sjukt är de det första som dras in...” (Orange)*

På akutmottagningarna fanns det möjlighet att behandla patienter i triagen eller direkt på teamen när patienten var inskriven. På någon akutmottagning användes det inte så mycket för tillfället på grund av brist på sjuksköterskor. I stället infördes ett speciellt snabbspår för mindre sjuka patienter som bestod av en läkare och undersköterska. Fanns det möjlighet kunde en behandlingssjuksköterska påbörja eller slutbehandla patienter självständigt eller tillsammans med läkaren.

*“Det här med behandlingssjuksköterska har lite försvunnit bort här för det har inte riktigt varit lika.... Vi har inte tjänat lika mycket tid på det längre sedan vi införde den typen av snabbspår där vi har en erfaren läkare och en undersköterska som snabbt handlägger de här patienterna så handläggningstiden här har inte ändrats, men när det infördes så gick det ju lite fortare tycker jag nog. Men det hände ju förr att de låg på team och att lågt prioriterade väntade när det fanns andra patienter där med högre prioritet. Men sen vi införde den här snabbspåret så behöver de inte vänta så länge oavsett hos oss...” (Turkos)*

Det var olika hur de upplevde den extra arbetsuppgiften att behandla patienter. Erfarenheten var att det kunde minska stressen hos informanterna när de själva kunde påverka antalet patienter i sitt team genom att självständigt handlägga dem. Uppfattningen var inte att teamarbetet skulle bli negativt påverkat då de gick ifrån och slutbehandlade patienter då det endast var i mån av tid när informanterna arbetade i team. Deras erfarenhet var att de besatt en stor kompetens och självinsikt som gjorde att de inte tog på sig onödigt arbete som kunde påverka teamet negativt men det kunde ändå förekomma stunder då de upplevde en känsla av att det blev en större arbetsbörda på övriga i teamet när den gick i väg för att handlägga patienter, dock så var det en vinst för både teamet och den enskilde patienten att bli handlagd snabbt och samtidigt minska antalet patienter på akutmottagningen.

#### Mottagandet av rollen

Mottagandet och reaktionerna från kollegorna när sjuksköterskor fick ett ökat ansvar och utökade befogenheter har varit både positiva och negativa. En del av oron hade varit att läkarkandidater och AT-läkare inte skulle få samma möjlighet att träna på vissa uppgifter och undersökningar men att oron varit obefogad och påståendet saknar belägg då resultatet i slutändan visade att det fanns patienter och utbildningsmöjligheter för samtliga parter.

*“I början var det lite motstånd från kirurgläkare. De ville också sy. Då fick vi liksom... du får jättegärna sy men då får du göra det nu, fick man som svar nej nej jag har 7 patienter till innan, men jag är ledsen men då får jag göra det. Men sen tycker jag att det ändrats väldigt mycket, nu blir de bara tacksamma. Man får höra åh vad skönt du är här idag, det har vänt mycket, de var mest i början...” (Orange)*

Informanterna uppgav att i början blev de i högre grad ifrågasatta. Så småningom ändrades inställningen från läkarna och de blev alltmer positiva till den nya rollen. De uttryckte en uppskattning till att bli avlastade med de lågt prioriterade patienterna och värderade sjuksköterskans placering i det gemensamma teamet högt. Även mindre erfarna läkare kunde uttrycka en uppskattning och trygghet när sjuksköterskan arbetade tillsammans med läkaren i samma team.

*"Tvärtom, de gånger man konsulterar en läkare har det bara varit positivt. Aldrig upplevt att det skulle va någon typ av konkurrens eller så. Med det sagt skulle vi nog kunna behandla mer än vad vi får just nu..." (Grön)*

Informanterna hade även erfarenhet att bli ifrågasatta av sina sjuksköterske- och undersköterskekollegor. Uppfattningen kunde tänkas bero på att de handlade egna patienter utanför den vanliga sjuksköterskeprofessionen som egentligen var en läkaruppgift. Övertygelsen var också att det var ren missunnsamhet bland kollegor då vissa sjuksköterskor hade en ambition att gå vidare och utvecklas i sin profession och ta sig an fler utmanande uppgifter. En annan åsikt var att inom en hierarkisk organisation är det svårt att profilera sig utan att möta något typ av motstånd eller åsikt. Att organisationen består av en stor andel kvinnor ökade riskerna till invändningar. Även om samtliga yrkeskategorier har haft synpunkter var ändå erfarenheten att läkarna har haft den största acceptansen.

*"Ja om man jobbat väldigt länge och inte har någon vidareutbildning så tänker jag att det beror på någonting, kanske blir de extra tydligt för en själv då när man träffar andra människor som utbildar sig och fortsätter med de. Då blir de kanske en liten nagel i ögat..." (Brun)*

Informanterna upplevde att omorganisationer och chefsbyte hindrade utvecklingen av behandlingssjuksköterska då de fick börja om och informera om syftet och fördelen med behandlingssjuksköterskor. En stor del av motståndet och ifrågasättandet ansågs komma från okunskap om behandlingssjuksköterskors uppgift och potential och vad rollen skulle innebära för verksamheten och den enskilde patienten och inte minst förringa utvecklingsmöjligheterna för sjuksköterskorna.

*"Vi har haft som alla andra, har ju organisationsförändringar och chefsbyten var och varannan dag och just nu har vi en ledning som inte har varit med på den här resan över huvud taget och då vet man inte vad det är. Man vet ju knappast vad en specialistsjuksköterska är. Man vet ju knappt vad som ingår i utbildningen..." (Grå)*

## Erfarenheten av att utvecklas i sin profession

Under erfarenheten av att utvecklas i sin profession sammanställer vi hur informanterna ansåg att de hade utvecklats i sin profession. Deras erfarenhet var att de fick en chans att hjälpa fler patienter självständigt och blev styrkta i sin profession genom ett ökat mandat och förtroende från verksamheten. De blev också styrkta och kände en ökad utvecklingskurva som genererade i större möjligheter på sin arbetsplats. Erfarenheten var också att deras arbete som behandlingssjuksköterska hjälpte verksamheten genom ett förbättrat flöde.

## Ökad befogenhet

Informanternas erfarenhet var att innan rollen infördes som behandlingssjuksköterska så togs inte kompetensen tillvara på och att det var svårt att komma vidare i sin utveckling som sjuksköterska. Arbetsuppgifterna var det samma oavsett om sjuksköterskorna var vidareutbildade eller grundutbildade. Resultatet visar även att informanterna erfor behandlingssjuksköterska som en extra uppgift och en ökad arbetsbelastning när resurser inte fanns tillgängliga. Informanterna uttryckte även att rollen gav dem en ökad befogenhet. Ett mandat att utföra fler uppgifter som de tidigare inte haft möjlighet att utföra. Även en möjlighet för karriärsutveckling och utveckling på ett mer personligt plan.

*“Det står liksom stilla i utvecklingen, så därför skulle man kunna ta det spåret som behandlingssjuksköterska...” (Blå)*

*“Ja, det blir en kompetenshöjning och fördelen blir också att läkarna kan använda den kompetensen de har på rätt sätt. Finns det saker som sköterskor kan hjälpa till med om vi har den kompetensen tycker jag att det är helt rätt att vi ska göra det...” (Grön)*

Informanterna beskriver sin roll som en utökad befogenhet att ta hand om patienter självständigt inom tydliga ramar. Det var även betydande att skilja mellan “behandlande sjuksköterska” och behandlingssjuksköterska. Skillnaden var att “behandlande sjuksköterska” kunde vilken sjuksköterska som helst vara på akutmottagningen vilket innebar att handlägga enklare sårskador eller okomplicerade fall medan en behandlingssjuksköterska tilldelas en utökad befogenhet efter slutförd internutbildning där behandlingssjuksköterskan har ökade möjligheter att påbörja, behandla eller slutföra utvalda patientgrupper enligt lokala PM och riktlinjer. Behandlingssjuksköterska var ytterligare ett steg i sin kompetensutveckling som

sjuusköterska och samtidigt var det en betydande faktor för trivselen på arbetsplatsen och en uppskattad utvecklingsmöjlighet som inte hade existerat om verksamheten inte hade drivit kvaliteten och utvecklingsmöjligheterna framåt hos sjuusköterskorna.

Som sjuusköterska styrktes du i din profession, dina arbetsuppgifter blev mer varierande och tillfredsställande. Uppfattningen var också att du blev bekräftad och uppskattad av patienter men även från läkarkollegorna.

*“Du arbetar självständigt, du tar egna beslut, du får träffa patienten själv, undersöka dem, behandla dem och det är väldigt tillfredsställande att se när du lyckas med din uppgift. Så är det en mer självständig roll. Kompetenshöjande bra position, det är ett spår som gör att kompetensen höjs. Man är inte bara i ett team utan detta är ett kul sätt att lära sig mer på...”*

*(Röd)*

*“Många sjuusköterskor upplever att det här är en möjlighet till utveckling när man varit en stund på ett arbetsställe...” (Turkos)*

Att göra skillnad

I sin nya yrkesroll och sina nya arbetsuppgifter var erfarenheten att de kunde avlasta teamen och sina kollegor på akutmottagningen. De kände att de fick ett utökat förtroende och att de gjorde nytta, inte bara för patienterna som behandlades utan även att de hjälpte hela verksamheten genom att öka utflödet. En annan aspekt var att läkarna uppskattade behandlingssjuusköterskans roll eftersom de hjälper dem genom att avlasta dem från mindre komplext sjuka patienter som inte behöver någon läkarkontakt. Läkarna kunde prioritera frågor från behandlingssjuusköterskan framför sina egna kollegors frågor vilket gav ett ökat förtroende och bekräftelse att rollen är betydelsefull. Nackdelen med rollen som behandlingssjuusköterska kunde vara att mötet med de mer kritiskt sjuka patienterna blev begränsat.

*“Fördelarna är att man känner att man gör en insats för patienten som många gånger inte är allvarligt sjuk. Som får hjälp mycket snabbare, det är också kul att arbeta självständigt. Ta hand om sina patienter och ha sin egen lilla patientgrupp. Och man lär sig mycket, utvecklas*

*jättemycket. Man känner att man gynnar verksamheten mycket och det är väldigt kul...”*

*(Orange)*

En erfarenhet var också att den totala tiden för att handlägga patienter tog längre tid hos en behandlingssjuksköterska jämfört med en läkare. Delvis för att de upplevde att det fanns ett högre krav på att dokumentera mer och noggrannare än vad en läkare behövde göra. Men även för att mindre datorvana sjuksköterskekollegor tog längre tid på sig att dokumentera medan läkarna hade större möjligheter att dokumentera snabbare med andra tekniska hjälpmedel. En annan aspekt över att det tog längre tid var att behandlingssjuksköterskan inte hade samma tillgång till teamarbete jämfört med en läkare som i de flesta fall får hjälp av övrig omvårdnadspersonal med att förbereda och slutbehandla patienter.

Behandlingssjuksköterskan jobbar i många fall självständigt med att ta emot patienten, utföra åtgärder och slutbehandla. Teamarbete kan beskrivas när en eller flera olika yrkeskategorier arbetar ihop i ett arbetslag och samtidigt utför en åtgärd eller behandling individuellt för att tillsammans nå ett gemensamt slutmål (Salas et al. 2000). En längre behandlingstid kunde även bero på att behandlingssjuksköterskan var ny i sin roll och att det fanns en rädsla att göra fel vilket gjorde att bedömningen och undersökningarna gjordes mer omsorgsfullt.

*“Sen tar det kanske lite längre tid för en sjuksköterska kontra en läkare att göra. Framför allt får man oftast dokumentera mycket noggrannare som sjuksköterska än vad man behöver göra som läkare. Kraven på någon information är ju betydligt större för sjuksköterskan än för en läkare. En sjuksköterska måste vara mycket noga. Som att man friskriver lite på något sätt där...” (Turkos)*

## Erfarenheten av att förbättra flödet på akutmottagningen

Under förbättra flödet för patienter redovisas informanternas erfarenhet av hur patienternas uppfattning och reaktion är av att bli omhändertagen och slutbehandlad av en sjuksköterska. Även hur en snabb bedömning och behandling av en behandlingssjuksköterska kan påverka flödet på akutmottagningen. Kategorin berör även nackdelar med rollen som behandlingssjuksköterska och risken med att behandla patienter som ska omhändertas av andra vårdinstanser.

## Nöjda patienter

Informanterna hade erfarenhet av att patienter generellt sett var nöjda när de söker på akutmottagningen och inte träffar en läkare utan i stället träffar en behandlingssjuksköterska som antingen påbörjar vårdprocessen eller slutbehandlar patienten. De är oftast tacksamma för att de inte behöver vänta länge eller bli inskrivna. Erfarenheten hos informanterna var att patienterna var lika oroad över väntetiderna på akutmottagningen som över oron av själva skadan eller sjukdomen som de söker för. I många fall är patienterna enbart oroliga och blir nöjda när de blir bekräftade, lugnade och får svar på sina frågor. De har själva en misstanke om att det de söker för inte är något att vara orolig över och då krävs det oftast bara ett lugnande samtal som bekräftar deras känsla. Att patienter slapp upprepa sin sjukdomshistoria till flera olika professioner utan i stället fick träffa en person som samtalade med dem, undersökte dem och behandlade dem ansågs som en stor fördel.

*“Jag skulle säga att det till 98% bara är väldigt positivt, det blir snabba handläggningar och patienterna är supernöjda...” (Orange)*

*“De får en behandling och så är de jätteglesa för det och så går de härifrån. Glada att det inte tog så lång tid...” (Grå)*

Informanterna upplever att det inte skiljer sig något i mötet mellan behandlingssjuksköterska och läkare. De beskriver det som att patienterna inte tänker på vilken yrkeskategori de tillhör och att patienten till en början kanske har en vision av att få träffa en läkare men när de får en adekvat undersökning, bedömning och behandling av en sjuksköterska så får de en positiv erfarenhet och upplever då att de är bekräftade och nöjda med att det inte tog så lång tid.

*“Min upplevelse av det är att vissa patienter tänker inte alls på det, vissa patienter tänker ska inte jag träffa en läkare. Vissa saker som ja, men det här gick ju egentligen lite fortare än att få vänta på en läkare så att de är nöjda över det, och så länge de blir väl bemötta och man har kan förklara vad man gör och en plan så upplever jag inte att de tycker att det på något sätt är sämre i behandlad av en sjuksköterska än en läkare...” (Turkos)*

Vid ett fåtal tillfällen kunde patienter ifrågasätta varför de inte fick träffa läkare men det var framför allt när informanterna var ny i sin yrkesroll och inte hade hunnit få en trygghet i sig

själv, sina beslut och i sin profession. Denna osäkerhet speglade sig utåt och gjorde patienten osäker och ifrågasättande. Någon informant beskrev att patienter oftast blir missnöjda då akutmottagningen inte kan erbjuda någon hjälp utan hänvisas till en annan vårdnivå.

*“Merparten av patienterna som blir missnöjda, det är de som inte behandlas utan att triageras till öppenvården eller annan mottagning. För de flesta som kommer till akuten vill ha hjälp för sina besvär här och nu och inte söka sig någon annanstans...” (Gul)*

#### Avlasta Teamen

Erfarenheten hos informanterna var att de gjorde skillnad i flödet på akutmottagningen trots att det ibland tog lite längre tid att handlägga vissa patientgrupper. För den enskilde patienten är fördelen stor då de slipper bli inskrivna och vänta på en läkare.

*“Det är inte bara patienten jag handlägger som gynnas utan även teamen. Övriga patienter får hjälp snabbare också då. De som verkligen behöver träffa läkare snabbt...” (Orange)*

Kunde en patient identifieras och slutbehandlas av en sjuksköterska som har fått utbildningen till att ta hand om de här diagnoserna och gjorde att patienten inte behövde vänta ett flertal timmar på en läkare inne på akutmottagningen sågs det som gynnsamt för alla parter. Övriga team och personal blir av med lågt prioriterade patienter vilket lättar på trycket inne på akutmottagningen. En annan aspekt från informanterna var att om de lågprioriterade patienterna kunde påbörjas direkt i triagen eller till och med handläggas så kunde övriga team och läkare fokusera på de mer akut sjuka patienterna på akutmottagningen.

*“Positivt är att man handlägger en mängd lågprioriterade patienter så de kommer hem. Från akutmottagningens sida “vi blir av med dem snabbare” så att crowdingen minskar. Man alltid motivera att säga för teamets bästa är det bra att bli av med mängden patienter så vi kan fokusera på de svåra fallen tillsammans...” (Lila)*

Ytterligare en fördel såg informanterna med att de hade en utökad befogenhet att skriva röntgen remisser på framför allt ortopediska skador men även kirurgiska skador som huvud- och nackskador. Det gör att patientens vårdprocess kan påbörjas direkt av en behandlingssjuksköterska med enkla åtgärder som att identifiera ett röntgenbehov och då



skriva en remiss direkt till röntgen vid ankomst till akutmottagningen vilket gör att när läkaren träffar patienten så finns det redan ett röntgensvar och handläggningen går snabbare. Skulle röntgen visa ett patologiskt fynd på en skada som kräver en läkarbedömning kopplas läkaren in och patienten har då fått en snabbare handläggning eftersom röntgen kunde skrivas direkt vid ankomst av en behandlingssjuksköterska.

*“Oftast så får du ett bättre flöde om du slipper en tvåstegsraket så kan jag göra någonting som bidrar redan i det första steget och inte behöver man säga till en patient som ska röntgas, då är det ju jättebra om man kan skriva remissen i första steget och inte behöva vänta på att göra samma undersökning i en och samma frågor igen...” (Grå)*

Informanterna ser det även som ett samarbete med läkaren då de kan påbörja vårdprocessen och läkaren avsluta men även att det finns tillfällen då läkaren och sjuksköterskan handlägger patienten tillsammans för att optimera processen men även för att utnyttja sjuksköterskan och läkarens kompetens på bästa sätt.

*“Det gör vi även om vi inte handlägger hela patienten så att säga. Det kan vara en orange trauma huvud med sårskada som handläggs av läkare men att vi sjuksköterskor bara går in och syr. För dem inte ska behöva sitta i 40 minuter och trokla med det utan då kan läkaren ta nästa patient...” (Orange)*

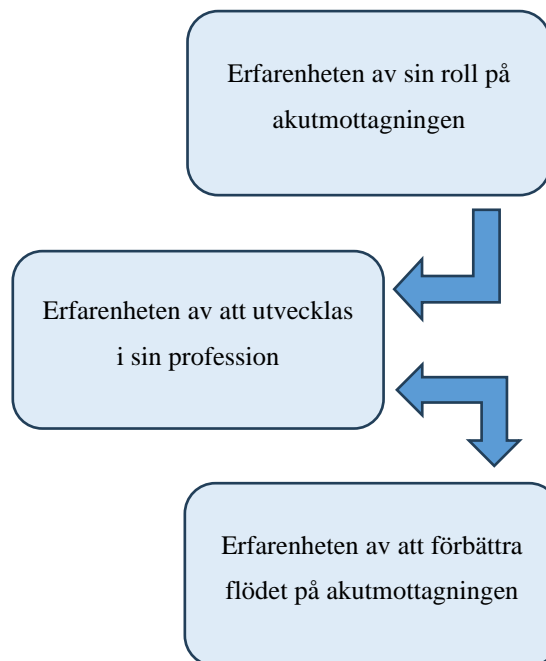
Nackdelar som också framkom var erfarenheterna om att när det var högt inflöde på akutmottagningen kunde det bildas en kö vilket i sin tur gjorde det svårt att kunna utföra sin roll som behandlingssjuksköterska. Det upplevdes även ett hinder när pågående arbetspass började närma sig sitt slut och patienten inte hann slutföras av ansvarig sjuksköterska. Bristen på behandlingssjuksköterskor gjorde att patienten inte kunde överrapporteras och det slutade oftast med en inskrivning och väntan på en läkare. Det sågs även risker med att slutbehandlade de mindre sjuka patienterna på akutmottagningen vilket skulle kunna leda till att patienterna söker sig till akutmottagningen i stället för primärvården.

*“Man får akta sig lite där också. För primärvården har ett viktigt jobb. De ska träffa patienterna först om det inte är risk för livshotande tillstånd. Man får va lite försiktig att man inte tar bort deras uppgifter...” (Grön)*

## Utfallsrum

I analysen av beskrivningskategorierna ingår det att skildra hur fenomenet kan beskrivas av olika erfarenheter och därefter undersöka relationen mellan dessa kategorier och hur de förhåller sig till varandra i det så kallade utfallsrummet (Sjöström & Dahlgren, 2002).

I föregående studie har tre tydliga beskrivningskategorier framkommit.



Figur 1. Förhållandet mellan beskrivningskategorierna.

Ett sätt att se förhållandet mellan de olika beskrivningskategorierna är att föreställa sig kategori ett (Erfarenheten av sin roll på akutmottagningen) som startskottet i den begynnande rollen som behandlingssjuksköterska där erfarenhet skapas genom att befästa sin nya roll genom att veta sina gränser och genom motgångar formas och utvecklas. Kategori ett går därför vidare in i kategori två (Erfarenhet av att utvecklas i sin profession). I den andra kategorin får sjuksköterskan en ökad befogenhet som gör att kompetensen ökar vilket i sin tur gör att sjuksköterskan får en betydande roll och en uppfattning av att kunna påverka och göra skillnad för patienten men även för kollegor och verksamheten. Kategori två och tre uppfattas gå delvis hand i hand och kan tolkas genom sjuksköterskans utveckling, kompetens och ökad befogenhet resulterar i nöjda patienter och en möjlighet till att hjälpa och avlasta teamen på akutmottagningen. Ett sätt att föreställa sig samtliga kategorier är ett egennyttigt önskemål och behov av att utvecklas i sin profession som sjuksköterska. Konsekvensen blir något

positivt för verksamheten, teamen och flödet på akutmottagningen vilket gör att sjuksköterskan kan handlägga patienten självständigt vilket resulterar i nöjda patienter. Relationen mellan kategorierna kan då ses som ett holistiskt synsätt för att sätta patienten i centrum.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

För att kunna besvara studiens syfte, att belysa specialistsjuksköterskors erfarenhet av att slutbehandla patienter självständigt på akutmottagningar, valdes en kvalitativ metod med intervjuer som datainsamling. För att förstå ett fenomen, situation eller händelse är intervjuer det passande sättet att utföra sin studie på (Danielsson, 2020). Den fenomenografiska metoden som användes är en samling antaganden från ett antal personers sätt att förstå eller erfara ett fenomen och hur vi med hjälp av det kan skapa oss en kunskap (Sjöström & Dahlgren, 2002). I en kvalitativ studie är det viktigt att skapa ett trovärdigt resultat med den data som författarna har samlat in. I denna föreliggande studie har informanter med olika kön, åldrar och erfarenhet inkluderats vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) ger en bredare bild av fenomenet som ska studeras. Antalet informanter och mängden data är också en viktig faktor för att kunna svara på syftet i studien på ett trovärdigt sätt. Antal informanter i den aktuella studien uppgick till nio stycken. I en fenomenografisk dataanalys rekommenderas ett större antal informanter för att uppnå ett mer omfattande resultat som beskriver syftet i studien. Rekommendationerna är 20 - 30 informanter men det finns även exempel på bra resultat under 20 informanter (Larsson & Holmström, 2020), vilket gör att författarna därför anser att de har tagit med ett tillräckligt stort antal informanter för studien ska vara överförbar gällande behandlingssjuksköterskors erfarenhet av att slutbehandla patienter självständigt.

Eftersom akutmottagningen är en specialiserad mottagning med stor variation på människor som söker för akut sjukdom eller skada så är bredden på kunskap och kompetens i vårdteamet en viktig faktor för ett professionellt omhändertagande av patienter. Därför inkluderades vidareutbildningar som inom Universitets- och högskolerådet (UHR) kvalificeras som specialistutbildningar i Sverige. Författarna anser att antal verksamma år inom akutsjukvård

och som behandlande sjuksköterska har en stor betydelse i deras erfarenheter och upplevelse hur det är att självständigt omhänderta och behandla patienter utan läkarkontakt och eftersträvade därför att informanterna hade minst tre års erfarenhet i akutverksamhet vilket även var den begynnande ambitionen när den nyetablerade rollen som behandlingssjuksköterska startade på akutmottagningen i Linköping år 2014 (Magnusson, 2017).

Innan studien påbörjades utfördes en pilotintervju med en sjuksköterska som behandlar patienter självständigt inom ett annat verksamhetsområde. Den aktuella intervjun utfördes på plats. För att intervjufrågorna skulle överensstämma med det aktuella verksamhetsområdet informanten arbetade på så ändrades delvis frågorna vilket kan försämra utgångspunkten för kommande intervjuer. Övriga intervjuer utfördes via datorstöd och Teams vilket enligt Danielsson (2020) kan vara av fördel då avstånden är stora och att det inte blir någon större betydande skillnad. Intervjumetoden som var mest lämplig för studien ansåg författarna vara en semistrukturerad intervju. Syftet är att rikta synvinkeln mot det berörda området som författarna är intresserade av och som uppfyller studiens syfte. Samtliga informanter erhöll samma frågor vilket ökar tillförlitligheten (Polit & Beck, 2017). Dock finns det alltid utrymme till att diskutera om rätt frågor ställdes och om andra frågor hade kunnat ge ett mer fruktbart resultat.

Rekryteringsprocessen tog lång tid då författarna till en början fick identifiera vilka sjukhus som använde sig av denna roll. Två akutmottagningar var redan kända av författarna men under processen och med hjälp av arbetskollegor och SENA identifierades ytterligare fyra stycken akutmottagningar och av totalt sex olika sjukhus svarade fyra som godkände deltagandet. Författarna är medvetna om att det finns ett mörkertal på sjukhus som använder sig av behandlingssjuksköterska och för att få tag på rätt statistik hade det krävts en kontakt med samtliga akutmottagningar i Sverige, vilket inte var aktuellt.

Urvalet av informanter i studien utgjordes av det så kallade ändamålsenliga urvalet (purposeful sampling) vilket innebär att rätt personer valdes ut för att kunna beskriva fenomenet i studien. Rätt personer med rätt kunskap och stor erfarenhet väljs ut för att besvara syftet (Danielsson, 2020). Ett annat urval är bekvämlighetsurvalet (convenience sampling) som innebär att informanter väljs ut strategiskt för att de är tillgängliga och att det inte finns så många informanter inom det området som författarna ska studera och även på grund av att det inte finns så många akutmottagningar i Sverige som besitter denna typ av arbetsposition

(Danielsson, 2020). Men urvalet anses av författarna vara strategiskt korrekt enligt den fenomenografiska metod där informanterna innehar en stor och betydelsefull variation inom det berörda området (Larsson & Holmström, 2020; Sjöström & Dahlgren, 2002).

Författarnas målsättning var att samtliga deltagare i studien skulle vara specialistsjuksköterskor men på grund av svårigheter att rekrytera informanter inkluderades en allmänsjuksköterska med lång erfarenhet inom det aktuella området vilket i slutändan inte påverkade resultatet negativt då syftet med studien är att belysa erfarenheten och då allmänsjuksköterskan hade över elva års erfarenhet inom akutverksamhet och fem års erfarenhet som behandlingssjuksköterska minskar inte studiens trovärdighet. I andra länder är gränsen fem års yrkesutövande inom akutmottagningen för att sjuksköterskan anses vara erfaren att få bedriva sin profession inom triagering (Hammad et al. 2017). Av totalt nio stycken informanter var några av dem specialiserade inom flera områden och medeltiden i verksamma år som sjuksköterska uppkom till 18 år varav 14,5 år var verksamma inom akutsjukvård. Intervjuerna varade mellan 27 - 70 minuter. Då fyra sjukhus var aktuella med totalt nio stycken informanter med lång erfarenhet blir variationen och synvinklarna breda vilket stärker studiens trovärdighet.

Två av informanterna i studien är avancerade specialistsjuksköterskor, så kallade NPs. De var tydliga med att inte likställas med behandlingssjuksköterska och att de hade ett friare arbetssätt än övriga deltagare. De arbetade inte på delegerat uppdrag utan på eget ansvar som ligger i deras profession och har en utökad möjlighet till att behandla patienter självständigt. De upplever att deras profession ligger mellan läkare och sjuksköterskor men mer åt det medicinska hållet. Det framkom utifrån intervjuerna att det var samma kategori av patienter som de handlägger, det vill säga patienter som inte är komplext multisjuka etc. men skillnaden där var att den avancerade specialistsjuksköterskan har ett närmare arbete tillsammans med läkarna och kunde då gemensamt med dem handlägga den mer komplexa patienten. De har en mer omfattande utbildning än övriga deltagare och har därför en djupare kunskap inom området än övriga deltagare gällande klinisk undersökningsmetodik, fördjupad bedömning av patientens hälsobehov, avancerad patofysiologi och avancerad farmakologi. Det bekräftar även Fagerström (2011) i sin litteratur. NPs fick samma frågor som övriga deltagare och deras svar var inte särskiljande från övriga resultat och för att kunna svara på syftet i studien så utgjorde inte deras avancerade utbildning eller position någon betydande skillnad vilket gjorde att deras intervjuer kunde inkluderas i det gemensamma resultatet.

Det är svårt för författarna att veta hur många som blev tillfrågade om deltagande eftersom det var vårdenhetscheferna som skickade ut förfrågningarna till sin medarbetare. Därefter skedde kontakten direkt med informanterna utan återkoppling om deltagande till vårdenhetschef för att skydda deltagarnas integritet. Det framkom under intervjuerna att det enbart fanns ett begränsat antal behandlingssjuksköterskor på respektive akutmottagning av olika anledningar, men främst på grund av sjuksköterskebrist och organisatoriska förändringar.

Det är av författarnas åsikt att den insamlade datan är av stor kvalitet på grund av den gedigna erfarenheten alla informanter har bidragit med, vilket har gjort att syftet med studien har uppnåtts. Enligt Sjöström och Dahlgren (2002) är en av de avgörande aspekterna på om studien är trovärdig då en detaljerad beskrivning av varje del i studien har presenterats och då skillnader och likheter har skapat kategorier som är relevanta utifrån inkommen data samt styrkts med utdrag från intervjuerna.

## Resultatdiskussion

Syftet med magisteruppsatsen var att belysa specialistsjuksköterskans erfarenhet av att slutbehandla patienter självständigt på akutmottagningen. På de akutmottagningar i Sverige som besitter denna funktion benämns rollen behandlingssjuksköterska.

Behandlingssjuksköterska är ingen ny roll eller funktion utan startades på Linköpings akutmottagningen 2014 (Magnusson, 2014) och har därefter utvecklats och även spridits till ett antal andra akutmottagningar i landet som har satt sin egen prägel på den nya professionen. Ur datan som analyserades framkom tre beskrivningskategorier. Erfarenheten av sin roll på akutmottagningen, erfarenheten av att utvecklas i sin profession och erfarenheten av att förbättra flödet på akutmottagningen.

## Erfarenheten av sin roll på akutmottagningen

Vid implementeringen av behandlingssjuksköterska på akutmottagningarna blev det inte bara en ny roll för sjuksköterskan utan även för övrig personal. Informanterna fick därför vid ledningsbyte informera nya chefer, kollegor och läkare om syftet med sin roll och vad deras befogenheter var. Eftersom det inte är så utbrett med behandlingssjuksköterskor faller sig det naturligt att det kommer finnas ett behov av information om vad en behandlingssjuksköterska kan förväntas göra.

Erfarenheten var att utvecklingen hindrades på informanternas arbetsplatser. Det fanns ett ifrågasättande och en oro från läkarna vid införandet av behandlingssjuksköterska då det uttryckts en oro över att utbildningstillfällen skulle minska till läkare under utbildning. Informanternas erfarenhet var att läkarna hade ändrat sin inställning till en mer positiv attityd efter att de hade arbetat med behandlingssjuksköterskor och sett vilka fördelar deras närvaro kunde åstadkomma. Enligt Beaulieu et al. (2008) står hälso- och sjukvården för stora utmaningar vilket kräver innovativa åtgärder där yrkesroller måste förändras och anpassas för att möta problemen. Men yrkesidentiteten är viktig och kräver tydlighet för att den ska fungera på ett effektivt sätt. Att olika yrkeskategorier anpassas och utvecklas till att vissa fall passerar över till gråzonen mellan två olika yrken vilket kan skapa en osäkerhet och en känsla av att tappa kontrollen över sin yrkesidentitet. Studier visar dock en stor tillfredsställelse med teambaserad vård.

Att vara dåligt informerad om vilken kompetens som ingår i ens team kan enligt en artikel av Frykman et al. (2014) vara ogynnsamt och försämra teamarbetet när alla i teamet inte är informerade om vad de enskilda i teamet har för uppgift och kompetens. Individerna som ingår i teamet har försämrade möjligheter att utföra sina uppgifter vilket i slutändan påverkar hela teamets funktion och de kan därför inte utnyttjas fullt ut.

I resultatet framkom det även att informanterna såg inga större risker med att handlägga patienter självständigt men att det var viktigt att inte frånga ramarna och enbart praktiserat de kunskaper de förvärvat i sin internutbildning till behandlingssjuksköterska. I Patientlagen (SFS 2010:659) står det att sjuksköterskan är skyldig att upplysa om det saknas tillräckligt med kompetens för att kunna utföra den delegerade uppgiften. Det är betydande i bedömningen av patienter att sjuksköterskan har kunskaper om när det är aktuellt att konsultera en läkare (Nordberg, 2020).

Informanterna upplevde sin nya roll som positiv, även om det kunde bli en konflikt när de fick andra uppgifter som inte var kopplade till behandlingssjuksköterskans. I en studie gjord av Eriksson et al. (2018) beskrivs hur ett stort antal patienter med stort vårdbehov tillsammans med tidsbrist och ständiga prioriteringar försvårar omvårdnadsarbetet och bidrar till en stressig miljö för sjuksköterskan. Informanterna såg fördelarna med att kunna slutbehandla patienter för det gav dem en möjlighet att själv kunna påverka antalet patienter som var på akuten och på så sätt minska crowding.

## Erfarenheten av att utvecklas i sin profession

Samtliga informanter som intervjuades i studien uppgav att det utökade ansvaret och den nya rollen som behandlingssjuksköterska upplevs positivt och utvecklande i sin profession. Efter många verksamma år på akutmottagningen där en stor expertis inom området har åstadkommit var det naturligt att gå vidare i sin utvecklingsprocess genom att få mer ansvar och befogenheter. Enligt Pettersson (2015) är det en viktig del för legitimerad personal inom sjukvården att fortsätta utvecklas då sjukvården ofta består av ständig förändring och omstrukturering. I en studie av Lober och Savic (2011) så är det en stor utmaning att behålla vårdpersonal på sjukhus och de belyser då vikten av att prioritera medarbetarnas önskemål och arbetsglädje så att de känner ett större engagemang på sin arbetsplats. Varje anställd har en ambition att hitta en arbetsplats som motsvarar deras förmåga och intresse. Nöjda medarbetare tenderar att vara mer motiverade och engagerade på sin arbetsplats. I studien framkom det i resultaten att sjuksköterskor med högre utbildning och mer utvecklingsmöjligheter har större arbetsglädje på sin arbetsplats. I en annan studie av Tourangeau et al. (2019) beskrev sjuksköterskor att deras möjlighet till att fortsätta utvecklas på sin arbetsplats och i sin yrkesroll med utbildningsmöjligheter ansågs vara en bidragande faktor till att trivas och fortsätta vara anställd på den aktuella arbetsplatsen.

Resultatet visade även att innan behandlingssjuksköterska infördes så var upplevelsen bland specialistutbildade sjuksköterskor att arbetsgivaren inte tog vara på kompetensen som de förvärvat efter erhållen vidareutbildning och att intrycket var att nuvarande arbetsuppgifterna inte skiljdes åt mellan en allmänsjuksköterska och specialistsjuksköterska. En besvikelse infann sig att arbetsgivaren åsidosatt önskan att särskilja yrkesrollerna åt trots flera påtryckningar. Enligt Skela och Pagon (2008) kan en ledning som ignorerar medarbetarens önskemål att utvecklas på sin arbetsplats resulterar i en känsla av otillfredsställelse och ett minskat engagemang som i slutändan resulterar i att arbetsplatsen inte dra full nytta av kompetensen och erfarenheten medarbetarna har införskaffat sig. En bra kommunikation mellan arbetsgivare och medarbetare är väsentligt för att uppnå ett större engagemang hos medarbetaren och en mer hållbar utveckling på arbetsplatsen. Lu et al. (2012) nämner även i sin studie att en anledning till att sjuksköterskor väljer att sluta på sin arbetsplats är bristen på utvecklingsmöjligheter samt ett oengagemang från ledningen att prioritera och uppmärksamma sjuksköterskeprofessionen. I en studie av Keating et al. (2010) identifierades en brist hos organisationen att stödja den specialiserade sjuksköterskan i sin rollutveckling.



Clarín (2007) beskriver även att en anledning till att rollen inte utvecklats är bristen på kunskap och medvetenheten vad en specialiserad sjuksköterska gör.

Det framkom även i intervjuerna att behandlingssjuksköterskorna upplevde att de tar längre tid på sig i omhändertagandet av vissa patientgrupper jämfört med en läkare. Anledningen kunde vara att de utökade befogenheterna som delgivits dem resulterade i en känsla av ett högre krav på att dokumentera och överbevisa deras kompetens tillsammans med att friskriva sig från ansvar. Ytterligare en anledning var att sjuksköterskan ofta arbetar ensam och mer multidimensionellt i vårdprocessen vilket i slutändan förlänger handläggningstiden. I en slumpmässig observationsstudie gjord av Seale och Kinnersley (2005) framkom det att sjuksköterskor i tillbringade dubbelt så lång tid med patienterna vid bedömningen jämfört med läkarna. Det bekräftade även en studie av Shum et al. (2000). Det framkom i artiklarna att anledningen till att NP tog längre tid på sig var att de gav mer information och egenvårdstips till patienterna och pratade mer grundligt om undersökningar, behandlingar och biverkningar. Att sjuksköterskan noggrant tar sig mer tid till att se till så patienten är välinformerad och har tagit till sig informationen utgår från Kims (2000) omvårdnadsteori om yrkesutövningen där det ingår att samla in, bearbeta, sammanställa, förtydliga väsentlig information om patienten och dennes problem för att därefter kommunicera och dela informationen med patienten.

En av teorierna som Shum et al. (2000) uppgav om varför handläggningstiden var längre för NPs jämfört med läkarna var att läkarna har ett mer prestigefyllt yrke i samhället och reflekterar ett annat maktperspektiv vid mötet med patienterna vilket ökar avståndet mellan dem och läkaren jämfört med sjuksköterskan som har en mer holistisk syn på patienten och vårdprocessen vilket minskar det sociala avståndet och patienten har då lättare att öppna upp sig och diskutera olika frågor vilket ger ett mer djupare längre samtal. En annan teori var att den nya rollen i sjuksköterskans profession gav dem en möjlighet att praktisera sin nyförvärvade kompetens och leverera en mer avancerad högkvalitativ vård (Seale & Kinnersley, 2005). Samtidigt finns det forskning som visar att vistelsetiden på akuten minskar vid användandet av NPs. En studie från en akutmottagning i Australien där data samlats in under 13 år visade att den totala genomsnittliga väntetiden på en akutmottagning var tre timmar och 20 minuter, jämfört med den totala väntetiden för en patient som behandlades av en NPs var en timme och 40 minuter, dock så var patienterna som NPs behandlade av mindre allvarlig sjukdomsbild. En annan iakttagelse var att vid användandet av NPs så ökade även

flödet på akutmottagningen (Plath et al., 2019). I Kanada visade en studie en minskning på sju minuter på tid till bedömning och behandling när patienterna fick träffa en NP jämfört med en läkare, men ingen minskning av den totala väntetiden för övriga akutmottagningen. När NPs var i tjänst så blev även effektiviteten på akutmottagningen bättre och en ökning på tolv procent mer behandlade patienter noterades (Steiner et al., 2009).

Enligt Benner (1993) ger en sjuksköterskas erfarenhet klinisk kunskap vilket är ett mellanting av praktisk kunskap och obearbetad teoretisk kunskap. Denna kunskap och kliniska erfarenhet menar Benner gör att sjuksköterskan snabbt kan jämföra tidigare händelser och ta med i en ny situation för att få ett snabbt helhetsintryck om vad som kan behöva göras.

### Erfarenheten av att förbättra flödet

Informanternas erfarenhet var att flödet förbättrades på akutmottagningen med hjälp av behandlingssjuksköterskor. En av anledningarna till det var att med ökad kompetens och erfarenhet kunde behandlingssjuksköterskan identifiera och påbörja fler undersökningar innan läkaren träffade patienten. Informanterna antydde fördelar med att handlägga de lågt prioriterade patienterna i mån av tid. De lågt prioriterade patienterna kan vid behov vänta och när utrymme gavs kunde behandlingssjuksköterskan handlägga dessa patienter och på så sätt påverka crowdingen på akutmottagningen. Moser et al. (2004) belyser i sin studie att placera NPs i triagen på akutmottagningen för bedömningar av enklare skador resulterar i ett ökat patientflöde och en ökad vårdkvalitet. Dessutom visar en stor del av patienterna med lättare skador eller sjukdomar en vilja av att bli behandlad av en NP istället för en läkare. Även Wilson och Shifaza (2008) beskriver hur patienter med enklare skador eller sjukdomar är nöjda med att enbart behandlas av en NP. För övrigt noterades även ett förbättrat flöde på akutmottagningen vilket gjorde att resurserna kunde koncentreras på de patienter som är i störst behov av det. Även Nordberg (2020) skriver i sin litteratur att med hjälp av NPs kan läkarna avlastas med de lågt prioriterade patienterna vilket förkortat tiden till läkarbedömning för de akut sjuka patienterna. Nackdelen är att vid crowding ökar även behandlingssjuksköterskans belastning då akutmottagningarna i den aktuella studien har fler arbetsuppgifter än att handlägga patienter självständigt. Enligt Lindner och Woitok (2021) ökar flödet med så kallade snabbspår där behandling initieras redan i triagen vilket genererar i minskad crowding och tiden till snabbare bedömning och behandling av de mer allvarligt sjuka patienterna minskar. Enligt Benner (1993) arbetar den erfarna sjuksköterskan prediktivt.

Sjuksköterskans erfarenhet gör det möjligt att förutse förloppet hos vissa patientkategorier genom erfarenhet, anamnes och aktuellt tillstånd. Vilket kan kopplas till resultatet i studien där informanterna kunde använda sina kunskaper och erfarenheter som behandlingssjuksköterskor för att förbättra flödet. Informanterna uppgav att patienterna nästan alltid var nöjda. Den vanligaste orsaken till det var att det gick snabbare att få behandling av en sjuksköterska än att vänta på läkare. Det kunde också vara att patienterna fick lugnande besked och de inte behövde berätta om sin sjukdomshistoria flera gånger till ett flertal vårdpersonal. Shum et al. (2000) skriver i sin studie att patienter är generellt sett nöjda i mötet och omhändertagandet av både sjuksköterskor och läkare men statistiken tenderar till att patienter var mer nöjda med att träffa sjuksköterskan. De som skrevs in för att träffa läkare var allmänt mer missnöjda och en teori var att de fick tillbringa en längre tid på akutmottagningen i väntan på läkaren. En studie gjord av Sonis och White (2020) var lång väntetid en av de största bidragande orsakerna till missnöjda patienter men även faktorer påverkade som att inte bli uppmärksammas, överfulla akutmottagningar och patienternas höga förväntningar som inte kunde förverkligas. En annan svensk studie vars syfte var att undersöka vilka faktorer som påverkar patienternas tillfredsställelse med sin vårdgivare visade att patienterna inte lägger så stort fokus på om de träffar en sjuksköterska eller läkare utan värdesätter mer att få en snabb vårdkontakt och att deras behov och önskemål blir tillgodosedda (Abrahamsson et al., 2015).

Då merparten av informanterna arbetade efter PM kunde de få upp erfarenhet och rutin kring de olika behandlingarna och informera patienterna hur vårdprocessen skulle kunna se ut och på så sätt minska ovissheten och öka delaktigheten hos patienten. Enligt Socialstyrelsen (2021) blir resultatet av vården bättre om patienten är delaktig och informerad. Det blir säkrare för patienten om den är välinformerad och kan delta aktivt i sin vård. Då frågorna var ställda utifrån sjuksköterskans erfarenhet är det sjuksköterskans uppfattning om patienternas nöjdhet vilket inte behöver spegla patienternas verkliga upplevelse. Enligt Benner (2013) kan sjuksköterskan genom sin erfarenhet av en viss behandling svara på patientens frågor innan behandlingen genomförs. Erfarenheten kan byggas upp genom att se olika människors reaktioner och på så sätt fånga upp frågorna redan innan behandlingen och förklara vad patienten kan förvänta sig. På så sätt blir det mer hanterbart för patienten efteråt.

Informanterna beskrev att patienterna ofta var nöjda, både på grund av att deras väntetid var kort men också för att de kände sig sedda och hörda. Enligt Kim's (2000) omvårdnadsteori

delas mötet upp i kontakt, kommunikation och samverkan. Där mötet är särskilt viktigt när och hur vård och behandling ska ges. Ett av resultaten i studien var informanternas erfarenhet av nöjda patienter var att patienterna blev lugnade av att känna sig bekräftade och få svar på sina frågor. Erfarenheten var också att det blev positivt för patienten att få träffa en person i stället för att träffa flera olika professioner. Patienterna fokuserade inte på att de inte fick träffa en läkare då de upplevde att de blev bekräftade och fick ett bra bemötande av sjuksköterskan. Det som även främjar det goda mötet var att de fick en adekvat undersökning, behandling och fick motta en värdefull vårdplan och bra egenvårdstips. Vilket kan kopplas till Suzie Kims omvårdnadsteori om mötet. Där betonas vikten av att patienten blir informerad om hur dennes vård ska planeras samtidigt att det är grundläggande att ta patientens åsikt i beaktande så de får en möjlighet att kunna påverka sin egen vård. Det ska vara ett ömsesidigt mottagande av information om både patienten, sjukdomsbild och eventuell behandling.

## **Konklusion och implikationer**

Resultatet i studien visade att samtliga informanter var positiva till att behandla och handlägga patienter självständigt. De hade lång erfarenhet av att handlägga patienter självständigt vilket ansågs stärka dem i deras yrkesroll. De såg även en stor fördel med att kunna påbörja behandling redan vid första mötet med patienten som i slutändan gynnar både verksamheten och den enskilde patienten. Riskerna med att utöka sjuksköterskornas befogenheter såg som låga och förekom enbart om sjuksköterskan frångick från de utsatta ramarna. Författarnas slutsats är att behandlingssjuksköterska är utvecklande position för sjuksköterskan vilket förbättrar flödet på akutmottagningen. Patienterna tenderar att vara övervägande positiva till att behandlas av en sjuksköterska vilket stärker patienternas autonomi.

## Referenser

Abrahamsson, B., Berg, M. L., Jutengren, G., & Jonsson, A. (2015). To recommend the local primary health-care centre or not: what importance do patients attach to initial contact quality, staff continuity and responsive staff encounters?. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 27(3), 196–200.  
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv017>

Agerberg., M. (2012). Nurse practitioners - hot eller möjlighet för läkarna. *Läkartidningen*, vol 109. 37, 1600-1601. <https://lakartidningen.se/aktuellt/2012/09/nurse-practitioners-hot-eller-mojlighet-for-lakarnaae>

*Allmänna dataskyddsförordningen* (EU 2016:679). Europaparlamentets och rådets förordning. EUR-Lex - 32016R0679 - EN - EUR-Lex (europa.eu)

Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: En handbok*. Liber.

Beaulieu, M. D., Rioux, M., Rocher, G., Samson, L., & Boucher, L. (2008). Family practice: professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. *Social science & medicine* (1982), 67(7), 1153–1163. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.019>

Bell, J. (2016). *Introduktion till forskningsetik* (5 uppl.). Studentlitteratur.

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

Chen, L. C., Lin, C. C., Han, C. Y., Hsieh, C. L., Wu, C. J., & Liang, H. F. (2018). An Interpretative Study on Nurses' Perspectives of Working in an Overcrowded Emergency Department in Taiwan. *Asian nursing research*, 12(1), 62–68.  
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.02.003>

Clarín, A. O. (2007). Strategies to Overcome Barriers to Effective Nurse Practitioner and Physician Collaboration. *The Journal for Nurse Practitioners*, 3(8), Pages 538-548.  
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2007.05.019>.

Danielsson, E. (2020). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., Harbman, P., Bourgeault, I., & DiCenso, A. (2010). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: title confusion and lack of role clarity. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, 23 Spec No 2010, 189–201. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.22276>

Dinh, M., Walker, A., Parameswaran, A., & Enright, N. (2012). Evaluating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and doctors. *Australian emergency nursing journal : AENJ*, 15(4), 188–194. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.09.001>

Eldén, S. (2020). *Forskningsetik: vägval i samhällsvetenskapliga studier*. Studentlitteratur.

Eriksson, J., Gellerstedt, L., Hillerås, P., & Craftman, ÅG. (2018) Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *J Clin Nurs*, 27. 1061–1067. <https://doi.org/10.1111/jocn.14143>

Fagerström, L. (Red.). (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska* (1 uppl.). Studentlitteratur.

Fagerström, L. (Red.). (2015). *Avancerad klinisk sjuksköterska* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Framtidens karriär - sjuksköterska. (11 oktober 2017). *Ny roll som sjuksköterska på akuten i växjö*. <https://sjukskoterskekarriar.se/2017/10/11/pa-akuten-i-vaxjo-ar-alla-kollegor/>

Frykman M., Hasson H., Athlin ÅM., von Thiele Schwarz U. (2014). Functions of behavior change interventions when implementing multi-professional teamwork at an emergency department: a comparative case study. *BMC Health Serv Res*. 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-218>

*Förordningen om erkännande av yrkeslegitimation* (SFS 2016:157). Utrikesdepartementet HI.  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2016157-om-erkannande-av\\_sfs-2016-157](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2016157-om-erkannande-av_sfs-2016-157)

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Hammad, K., Peng, L., Anikeeva, O., Arbon, P., Du, H., & Li, Y. (2017). Emergency nurses' knowledge and experience with the triage process in Hunan Province, China. *International emergency nursing*, 35, 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.05.007>

*Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Socialdepartementet.  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Inspektion för vård och omsorg. (2015). *Hur står det till med våra akutmottagningar?* (Art. nr: IVO 2015-76). <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2015/hur-star-det-till-med-vara-akutmottagningar-rapport.pdf>

Jarvis P. R. (2016). Improving emergency department patient flow. *Clinical and experimental emergency medicine*, 3(2), 63–68. <https://doi.org/10.15441/ceem.16.127>

Jeyaraman, M. M., Copstein, L., Al-Yousif, N., Alder, R. N., Kirkland, S. W., Al-Yousif, Y., Suss, R., Zarychanski, R., Doupe, M. B., Berthelot, S., Mireault, J., Tardif, P., Askin, N., Buchel, T., Rabbani, R., Beaudry, T., Hartwell, M., Shimmin, C., Edwards, J., Halas, G., ... Abou-Setta, A. M. (2021). Interventions and strategies involving primary healthcare professionals to manage emergency department overcrowding: a scoping review. *BMJ open*, 11(5), e048613. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048613>

Jennings, N., Clifford, S., Fox, A. R., O'Connell, J., & Gardner, G. (2015). The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 52(1), 421–435. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.006>

Johnson, Kimberly D. & Winkelman, Chris. (2011). The Effect of Emergency Department Crowding on Patient Outcomes. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 33(1), 39-54 doi: 10.1097/TME.0b013e318207e86a

Keating, S. F., Thompson, J. P., & Lee, G. A. (2010). Perceived barriers to the sustainability and progression of nurse practitioners. *International emergency nursing*, 18(3), 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.09.003>

Kim, H.S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing*. (2. ed.) New York: Springer.  
*Lag om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SFS 2018:218).*

*Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SFS, 2018:218).*  
Justitiedepartementet L6. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2018218-med-kompletterande-bestammelser\\_sfs-2018-218](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2018218-med-kompletterande-bestammelser_sfs-2018-218)

Larsson, J., & Holmström, K. Inger. (2020). Fenomenografi. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Lindner G, Woitok BK. Emergency department overcrowding : Analysis and strategies to manage an international phenomenon. *Wien Klin Wochenschr*. 2021 Mar;133(5-6):229-233. doi: 10.1007/s00508-019-01596-7. Epub 2020 Jan 13. PMID: 31932966.

Lorber, M., & Skela Savič, B. (2012). Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croatian medical journal*, 53(3), 263–270. <https://doi.org/10.3325/cmj.2012.53.263>

Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 49(8), 1017–1038. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009>

Magnusson, A.M. (2017). Sjuksköterskemottagning på akuten avlastar läkarna.



*Läkartidningen* 46/2017, Förhandspublicering online.

<https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2017/11/sjukskoterskemottagningen-pa-akuten-avlastar-lakarna/>

Makkonen, T. (2011). Triage och prioritering av patientens hälsobehov i akut skede. I L. Fagerström (Red.), *Avancerad kliniks sjuksköterska: Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis* (1 uppl., s. 245-258). Studentlitteratur.

Moser, M. S., Abu-Laban, R. B., & van Beek, C. A. (2004). Attitude of emergency department patients with minor problems to being treated by a nurse practitioner. *CJEM*, 6(4), 246–252. <https://doi.org/10.1017/s1481803500009209>

Nestler, D. M., Fratzke, A. R., Church, C. J., Scanlan-Hanson, L., Sadosty, A. T., Halasy, M. P., Finley, J. L., Boggust, A., & Hess, E. P. (2012). Effect of a physician assistant as triage liaison provider on patient throughput in an academic emergency department. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 19(11), 1235–1241. <https://doi.org/10.1111/acem.12010>

Nordberg, E. (2011). Bedömning av patientens akuta hälsoproblem vid en akutmottagning. I L. Fagerström (Red.), *Avancerad kliniks sjuksköterska: Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis* (s. 261-279). Studentlitteratur.

Oredsson, S., Jonsson, H., Rognes, J., Lind, L., Göransson, K. E., Ehrenberg, A., Asplund, K., Castrén, M., & Farrohknia, N. (2011). A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 19, 43. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-43>

Ouellet, S., Galliani, M. C., Gélinas, C., Fontaine, G., Archambault, P., Mercier, É., Severino, F., & Bérubé, M. (2023). Strategies to improve the quality of nurse triage in emergency departments: A realist review protocol. *Nursing open*, 10(5), 2770–2779. <https://doi.org/10.1002/nop2.1550>

*Patientlag* (SFS 2014:821). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

*Patientsäkerhetslag* (SFS 2010:659). Socialdepartementet.  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Pettersson, A. (2015). Att lära och utvecklas i sin profession. I G. Biguet, I. Lidquist, C. Martin & A. Petterson (red.) Att lära och utvecklas i sin profession. (1:1 uppl., s. 19 – 37). Studentlitteratur.

Plath, P. J., Bratby, A. J., Poole, L., Forristal, E. C., & Morel, G. D (2018). Nurse practitioners in the emergency department: Establishing a successful service. *Australian College of Nursing*, 26 (2019) 457–462. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.11.005>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (Vol. (10 uppl.), Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Sahlgrenska Universitetssjukhus. (2022). *Behandlingsjuksköterska*.

Salas, E., Burke, C. S. & Cannon-Bowers J. A. (2000). Teamwork: emerging principles. *International Journal of Management*, 2(4), 339-356. <https://doi.org/10.1111/1468-2370.00046>

Seale, C., Anderson, E., & Kinnersley, P. (2005). Comparison of GP and nurse practitioner consultations: an observational study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 55(521), 938–943

Steiner, I. P., Nichols, D. N., Blitz, S., Tapper, L., Stagg, A. P., Sharma, L., & Policicchio, C. (2009). Impact of a nurse practitioner on patient care in a Canadian emergency department. *CJEM*, 11(3), 207–214

Sharieff, G. Q., Burnell, L., Cantonis, M., Norton, V., Tovar, J., Roberts, K., VanWyk, C., Saucier, J., & Russe, J. (2013). Improving emergency department time to provider, left-without-treatment rates, and average length of stay. *The Journal of emergency medicine*, 45(3), 426–432. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.03.014>

Shum, C., Humphreys, A., Wheeler, D., Cochrane, M. A., Skoda, S., & Clement, S. (2000). Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7241), 1038–1043.

<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7241.1038>

Sjöström, B., & Dahlberg, L. O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of advanced nursing*, 40(3), 339-345. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x>

Skela Savic, B., & Pagon, M. (2008). Relationship between nurses and physicians in terms of organizational culture: who is responsible for subordination of nurses?. *Croatian medical journal*, 49(3), 334–343. <https://doi.org/10.3325/cmj.2008.3.334>

Smalley, C. M., Simon, E. L., Meldon, S. W., Muir, M. R., Briskin, I., Crane, S., Delgado, F., Borden, B. L., & Fertel, B. S. (2020). The impact of hospital boarding on the emergency department waiting room. *Journal of the American College of Emergency Physicians open*, 1(5), 1052–1059. <https://doi.org/10.1002/emp2.12100>

*Socialstyrelsens föreskrifter om allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel inom hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37)*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201737-om-ordination-och-hantering-av-lakemedel-i-halso--och-sjukvarden/>

Socialstyrelsen. (2015). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar* (Art.nr: 2015-12-11). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-12-11.pdf>

Socialstyrelsen (2017) *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar* (Art.nr. 2017-2-16) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-2-16.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet, Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten* (Art.nr: 2018-2-15).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-15.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). *Patientens delaktighet*. Hämtad 9 maj 2023 från

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbets-sakerhet/patientens-delaktighet/>

Socialstyrelsen (2021). *Statistikdatabas för akutmottagningar, väntetider och besök*.

[https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_avt\\_manad/](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_avt_manad/)

Socialstyrelsen. (2021). *Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2020* (Art.nr:

2021-10-7610). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-10-7610.pdf>

Socialstyrelsen. (2022). *Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2021* (Art.nr:

2022-10-8141). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-10-8141.pdf>

Socialstyrelsen (2022). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård: Nationella planeringsstödet 2022* (art.nr. 2022-2-7759).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-2-7759.pdf>

Sonis JD, White BA. Optimizing Patient Experience in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am*. 2020 Aug;38(3):705-713. doi: 10.1016/j.emc.2020.04.008. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32616289.

Ström, M. (2015) Läkarlös mottagning testas på Sahlgrenska akut i Göteborg

*Lakartidningen*. 2015-02-25

<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2015/02/lakarlos-mottagning-testas-pa-akuten-i-goteborg/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*. Riksföreningen för akutsjuksköterskor och Svensk Sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *Avancerad specialistsjuksköterska* [Broschyr]. [avancerad specialistsjuksköterska.pdf \(swenurse.se\)](https://www.swenurse.se/avancerad-specialistsjukskoterska.pdf)

Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M., & Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of advanced nursing*, 66(1), 22–32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05190.x>

UHR (15 maj 2023). Universitets och högskolerådet. <https://www.uhr.se/>  
Vetenskapsrådet. (2017). God forskningssed (ISBN 978-91-7307-352-3). [https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed\\_VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf)

Walsh, M., & Knott, J. C. (2010). Satisfaction with the emergency department environment decreases with length of stay. *Emergency medicine journal : EMJ*, 27(11), 821–828. <https://doi.org/10.1136/emj.2009.079764>

Wihlborg, A. (10 oktober 2018). Behandlingssjuksköterskor minskar väntetiden på akutmottagningen. *Framtidens karriär - sjuksköterska*. <https://sjukskoterskekarriar.se/2018/10/10/behandlingssjukskoterskor-minskar-vantetiden-pa-akuten/>

Wikström, J. (2018). *Akutsjukvård: Omvårdnad och behandling av akut sjukdom eller skada*. (2 uppl.). Studentlitteratur.

Wilson, A., & Shifaza, F. (2008). An evaluation of the effectiveness and acceptability of nurse practitioners in an adult emergency department. *International journal of nursing practice*, 14(2), 149–156. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00678.x>

Wretborn, J., Henricson, J., Ekelund, U., & Wilhelms, D. B. (2020). Prevalence of crowding, boarding and staffing levels in Swedish emergency departments - a National Cross Sectional Study. *BMC emergency medicine*, 20(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00342-x>

## Bilaga 1 (1)

### Intervjuguide

Intervjun inleds med att återigen informera om studiens syfte, att det är tillåtet att avbryta intervjun utan att uppge någon anledning.

Informerat samtycke inhämtas genom underskrift och tillåtelse att ljudinspela intervjun efterfrågas.

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat som verksam sjuksköterska inom akutsjukvård?

Vad är behandlande sjuksköterska för dig? (vad är behandling för dig?)

Kan du berätta om din handläggning av patienter, kan du ta något exempel på patient som du nyligen har behandlat? Kan du berätta mer (följdfråga)

Vad är din bedömning angående hur lång tid besöket tog totalt?

Kan du berätta om en gång det gick väldigt bra? vad var det som du tyckte var bra?

Kan du berätta om en gång det inte gick så bra? vad var det som du inte tyckte blev bra?

Hur upplever du patienternas erfarenhet av att blivit behandlade av en sjuksköterska utan att ha träffat en läkare? positiv feedback, negativ feedback.

Blir ditt övriga arbete på akuten påverkat när du slutbehandlar patienter?

Vad är det som är bra med att själv få slutbehandla patienter ur ditt egna perspektiv?

Vad är mindre bra/negativt ur ditt perspektiv?

Hur upplever du att flödet på akutmottagningen påverkas när sjuksköterskor själv handlägger patienter?

Följdfrågor - Kan du utveckla? Avslutningsvis, som kort sammanfattning: Har jag uppfattat dig rätt.....? Har du någonting som du vill tillägga eller fråga?