



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ATT GÖRA DET MAN SKA

En jämförande studie mellan
kompetensbeskrivningen och vad sjuksköterskor
faktiskt gör i sitt dagliga arbete

Gustav Agnemar

Ellen Konnebäck

Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2015
Handledare:	Harshidaben Patel
Examinator:	Lotta Johansson
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel:	Att göra det man ska: En jämförande studie mellan kompetensbeskrivningen och vad sjuksköterskor faktiskt gör i sitt dagliga arbete
Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2015
Författare:	Gustav Agnemar Ellen Konneback
Handledare:	Harshidaben Patel
Examinator:	Lotta Johansson

Sammanfattning:

BAKGRUND: Kompetensbeskrivningen är en av de skriftliga dokument som bör styra sjuksköterskans arbete. Dock finns det svårigheter att implementera innehållet i praktiken. Orsaken har tidigare beskrivits som otydlighet i formuleringen av kompetensbeskrivningen eller som vaghet i distinktion mellan olika professioner vilket skapar förvirring kring ansvarsområden. Konsekvensen blir att sjuksköterskor inte alltid vet vad de ska göra och i vissa fall gör uppgifter utanför deras tillämpningsområde. **SYFTE:** Att jämföra vad sjuksköterskan bör göra enligt kompetensbeskrivningen med vad sjuksköterskan faktiskt gör i sitt arbete. **METOD:** Litteraturoversikt baserad på 12 stycken vetenskapliga artiklar med både kvalitativ och kvantitativ design. Artiklarna analyserades enligt Fribergs (2006) modell. **RESULTAT:** Resultatet visar att sjuksköterskor i sitt dagliga arbete utför direkt vård, indirekt vård, läkemedelshantering, dokumentation, kommunikation och avdelningsrelaterade uppgifter. Sjuksköterskan fungerar som en "spindel i nätet" mellan den medicinska vården och omvårdnaden men den medicinska vården ges fortfarande mer fokus än hälsa och omvårdnad. Uppgifter relaterade till ledarskap, utbildning av patienter och annan personal, säkerhet, forskning och kompetensutveckling görs i liten utsträckning. Resultatet visar också att sjuksköterskor ibland agerar utanför kompetensbeskrivningen. **SLUTSATS:** På grund av en medicinsk dominans och otydlighet kring ansvarsområden brister sjuksköterskor i att utföra vård utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Istället för att göra uppgifter delegerade av läkare bör sjuksköterskor företräda patienter och göra självständiga bedömningar vilket enligt resultatet inte motsvarar verkligheten. Sjuksköterskan saknar verktyg för att kunna fokusera mer på och ta ansvar för hälsa och omvårdnadsåtgärder.

Nyckelord: Sjuksköterskans roll, implementering, grundutbildad sjuksköterska, omvårdnad som profession, kompetensbeskrivning, litteraturoversikt.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Teoretisk referensram	1
Kompetensbeskrivning i relation till sjuksköterskans arbete	2
Sjuksköterskans utveckling och växande ansvar	3
Yrkets tillämpningsområde och diffusa ramar	4
Problemformulering	5
Syfte	6
Metod	6
Datainsamlingsmetod	6
Exklusionskriterier	6
Urval och litteratursökning	7
Kvalitetsgranskning	7
Analys	7
Etiska överväganden	7
Resultat.....	7
Uppgifter som faller under kompetensbeskrivningen	8
Direkt och indirekt vård	8
Omvårdnadens teori och praktik	9
Direkt vård.....	9
Dokumentation	10
Läkemedelshantering	11
Säkerhet	11
Forskning, utveckling och utbildning	12
Ledarskap	12
Uppgifter som faller under flera områden i kompetensbeskrivningen	12
Indirekt vård	12
Kommunikation.....	13
Övergripande ansvar	13
Uppgifter utanför kompetensbeskrivningen	13
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16

Kompetensbeskrivning och Halls teori i relation till sjuksköterskans arbete	16
Sjuksköterskans utveckling och växande ansvar	18
Yrkets tillämpningsområde och diffusa ramar.....	20
Slutsats	22
Kliniska implikationer	22
Vidareforskning	23
Referenslista	24

Bilaga 1 – Översikt av Socialstyrelsens kompetensbeskrivning

Bilaga 2 – Artikelsökning i databaser

Bilaga 3 – Artikelöversikt av inkluderade artiklar

Inledning

Sjuksköterskors roll och ansvar i vården regleras bland annat genom lagstiftning, styrdokument och kompetensbeskrivningar. Gemensamt för de skriftliga dokumenten är att de finns till för att skapa gränser för vad som innefattas i sjuksköterskeyrket. Man kan fråga sig hur tydliga dessa gränser egentligen är och om de skriftliga dokumenten efterföljs i praktiken? Vi som sjuksköterskestudenter och författare till denna text upplever ett glapp mellan vad sjuksköterskor ska göra enligt kompetensbeskrivningen och hur det faktiskt ser ut i de kliniska verksamheter vi mött under vår utbildning. Utifrån kompetensbeskrivningen upplever vi att vissa delar görs och att andra förekommer mindre frekvent i sjuksköterskans arbete. Därför vill vi undersöka hur forskningen kring detta område ser ut och vad den i så fall visar. Vi tror att det är av största vikt att det eventuella glappet överbyggs så att sjuksköterskans ansvar för omvårdnad är tydligt definierat. Annars blir det svårt att utföra omvårdnad på ett säkert och lämpligt sätt.

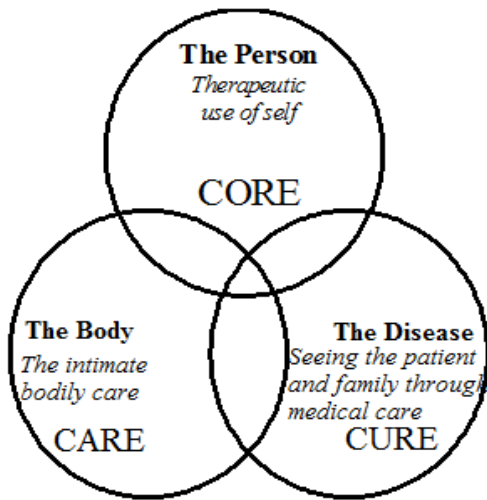
Studien utgår från den svenska kompetensbeskrivningen som är framtagen av Socialstyrelsen (2005). Socialstyrelsen framtogs dock bemyndigandet att ta fram kompetensbeskrivningar 2007 och sedan dess är det istället en uppgift som tillfaller respektive universitet/högskola. Enligt programansvarig på sjuksköterskeutbildningen i Göteborg finns det dock ingen kompetensbeskrivning som är mer aktuell än den ovan nämnda. Utbildningsplanen för sjuksköterskor på bland andra Göteborg, Linköping och Stockholms universitet utgår från Socialstyrelsens kompetensbeskrivning. Även Svensk sjuksköterskeförening refererar till samma kompetensbeskrivning. Därför anses den fortfarande vara aktuell och användbar som underlag i den här studien. En översikt av kompetensbeskrivningen finns att läsa i Bilaga 1.

Bakgrund

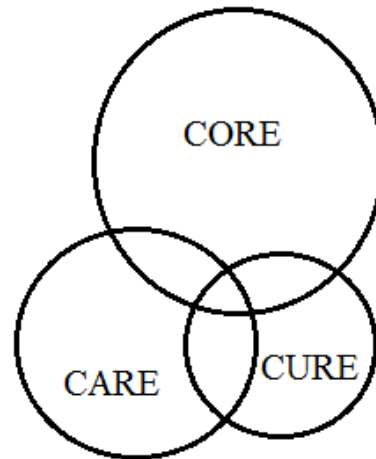
Den här studien fokuserar på grundutbildade legitimerade sjuksköterskor. Det beror på att specialistutbildade sjuksköterskor har utökade kompetensbeskrivningar som inte har tagits i beaktande eftersom studien då skulle blivit allt för spretig.

Teoretisk referensram

Ett sätt att beskriva och dela in sjuksköterskans uppgifter är att utgå från Lydia Halls omvårdnadsteori. Teorin beskriver sjuksköterskans roll i förhållande till tre aspekter: Patienten, omvårdnaden och den medicinska vården. Förhållandet mellan dessa beskrivs som tre cirklar (så som illustreras i figur 1) vilka ändrar sig i proportion beroende på vilken aspekt av patientens behov som är dominant (se figur 2). Hall menar att läkare bör fungera som ledare för patientens vård i ett akut medicinskt skede medan sjuksköterskan, vars specialitet är omvårdnad, bör ta den ledande rollen när omvårdnadsaspekten är dominant (Egidius & Norberg, 1985).



Figur 1. Theoretical Foundations of Nursing (2011).



Figur 2. Theoretical Foundations of Nursing (2011).

Enligt Hall definieras hälsa som kontroll av det egna beteendet. Sjuksköterskan ska i sin omvårdnadsroll bland annat stödja och undervisa patienten i sin sjukdomssituation för att skapa insikt och kontroll. Hall menar också att sjuksköterskans roll i den medicinska vården framförallt är att vara patientens talesperson (Egidius & Norberg, 1985). Figur 1. visar att sjuksköterskan ska se personen, kroppen och sjukdomen. Det handlar både om vårdande och botande aktiviteter. Sjuksköterskan ska ta vara på patientens resurser, ansvara för den fysiska omvårdnaden och se patienten och familjen genom den medicinska vården (Theoretical Foundations of Nursing, 2011).

Kompetensbeskrivning i relation till sjuksköterskans arbete

Det finns likheter mellan olika länders reglering av sjuksköterskans arbetsuppgifter. Exempelvis är ICNs etiska kod internationellt använd men anpassad efter länders specifika lagstiftning och kontext (ICN, 2010). Utifrån gällande författningar har kompetensbeskrivningar tagits fram för att reglera olika professioners arbetsuppgifter.

Även enligt den svenska kompetensbeskrivningen bör ICNs etiska riktlinjer och ett vetenskapligt förhållningssätt ligga till grund för sjuksköterskans arbete (Socialstyrelsen, 2005). Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor som används i Sverige innefattar tre huvudsakliga arbetsområden med tillhörande kompetensområden. Arbetsområdena är:

- Omvårdnads praktik och teori, med kompetensområdena: omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap; bemötande, information och undervisning; undersökningar och behandlingar; främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa; säkerhet och kvalitet samt vårdmiljö.
- Forskning, utveckling och utbildning, med kompetensområdena: forskning och utveckling; personlig och professionell utveckling samt utbildning.
- Ledarskap, med kompetensområdena: arbetsledning samt samverkan i vårdkedjan.

Enligt kompetensbeskrivningen ska alla arbetsområden genomsyras av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Det innebär bland annat att sjuksköterskan ska visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet, visa öppenhet och respekt för olika

värderingar och trosuppfattningar, genom kunskap och erfarenhet samt teamsamverkan bidra till en helhetssyn av patienten (Socialstyrelsen, 2005).

Vid jämförande av respektive kompetensbeskrivning som används i Sverige, Australien, Kanada, Kina (Hong Kong), USA och Storbritannien framkommer inga övergripande skillnader (Socialstyrelsen, 2005; Nursing and Midwifery Board of Australia, 2010; Canadian Nurses Association, 2007; The Nursing Council of Hong Kong, 2012; American Nurses Association, 2010; Nursing and Midwifery Council, 2010). Indelningen av kompetensområden skiljer sig delvis åt i de olika beskrivningarna och skillnader i formulering av uppgifter förekommer men den generella innebörden är överensstämmande.

Sjuksköterskans utveckling och växande ansvar

Vid en historisk granskning av sjuksköterskeyrket kan man se att rollen har förändrats. Från att tidigare ha varit en fristående yrkestitel med möjlighet att göra bedömningar utan övervakning av någon annan profession förlorades den kunskapen i och med att sjuksköterskeyrket hamnade under en medicinsk dominans efter den industriella revolutionen (Cashin et al., 2010; Reeves, Macmillan & van Soeren, 2010). En anledning till att omvårdnadsdisciplinen hamnade under den medicinska disciplinen var att medicin blev professionaliserat innan omvårdnad och på så vis fick medicin en högre status. På många sätt har sjuksköterskor blivit begränsade i sitt yrke på grund av den medicinska utvecklingen som skedde under slutet av 1800-talet (Reeves et al., 2010).

Vad det innebär att arbeta som sjuksköterska i dag bör förstås utifrån den tidpunkt när yrket blev legitimerat samt när yrket blev en akademisk profession. I Sverige skedde legitimeringen av sjuksköterskor 1958 och akademiseringen några år senare, i början av 1980-talet. Förändringen innebar att enbart legitimerade sjuksköterskor som skaffat sig formell utbildning på akademisk nivå får jobba som sjuksköterska. Med en akademisering av yrket etablerades en självständig forskning som har lett till ökad kunskap inom sjuksköterskans grundämne: omvårdnad. Ett glapp uppstod i samband med yrkets utveckling mot akademisering mellan den praktiskt förvärvade kunskapen och den vetenskapsbaserade kunskapen. Klyftan mellan teoretisk och praktisk kunskap hör ihop med komplexiteten i att systematisera den erfarenhetsbasade kunskapen och förena den med kunskap från teori och forskning (Jakobsen & Lützén, 2014).

För att sammanfatta sjuksköterskans utveckling i Sverige de senaste 150 åren kan man studera hur utbildningen av sjuksköterskor har sett ut sedan 1850-talet. Perioden fram till 1920 har beskrivits som "pre-teoretisk" och innebar en period då den teoretiska kunskapen inte var lika viktig som i ett senare skede. Därefter följde den "medicin-centrerade" perioden fram till mitten av 1960-talet. Det var under den här perioden som sjuksköterskeområdet blev mer diffust pga den starka medicinska influensen. Mellan åren 1966-1977 beskrivs sjuksköterskeutbildningen som "mångvetenskaplig". För att väga upp den naturvetenskapliga dominansen kom utbildningen att innefatta ett större sociologiskt, psykologiskt och pedagogiskt perspektiv. Dock försatte denna utveckling sjuksköterskan i en än mer otydlig roll. För att återfå en mer oberoende position leddes utbildningen in i den vårdvetenskapliga perioden som har präglats av bland annat utökad självständighet (Eriksson & Egertz, 1985).

Blumenreich (1998) visar i ett exempel från 1975 i Missouri, USA hur en ändring i ett lagdokument omdefinierade sjuksköterskans tillämpningsområde och expanderade sjuksköterskans roll. Bland annat handlade det om att göra sjuksköterskan mer självständig genom att ta bort kraven på att en läkare ska direktövervaka sjuksköterskans arbete och funktion. Definierandet av omvårdnad som profession formuleras här som "inkluderande men inte begränsat till" för att möjliggöra att sjuksköterskan utvecklas inom nya områden (Blumenreich, 1998).

Regleringen för sjuksköterskans professionella ramar har flyttats med tiden från snäva regler till tolkningsbar lagstiftning. Detta ställer högre krav på sjuksköterskans förmåga och ansvar att utvärdera sig själv och sin egen kompetens (Shields, Kristensson-Hallström, Andershed, Jackson & Eriksson, 2002). Att ta ansvar för sin kompetens kännetecknas av att man kan motivera sina handlingar och att ens handlingar utförs med patientens bästa i fokus. Insikten om att man som sjuksköterska är personligen ansvarig för sina handlingar och beslut är ett viktigt redskap i navigerandet av tillämpningsområdets gränser (McGowan & Long, 2003). Även Tingle (1997) och Carver (1998) poängterar värdet i att sjuksköterskor tar ansvar för sina egna handlingar och inte endast ser sig som delegerad av en läkare. Som sjuksköterska har man en individuell skyldighet och omsorgsplikt gentemot sin patient vilket innebär att man måste agera för patientens bästa om man vet att en läkare av misstag kommer att göra illa en patient. I författningen "The Code of Professional Conduct, UKCC" som används i Storbritannien beskrivs sjuksköterskans omdöme och personliga ansvar som användbara och nödvändiga instrument vid tolkning och implementering av kompetensbeskrivningen (Tingle, 1997).

Nya färdigheter och utökad kompetens flyttar rollerna inom vården. För att de nya färdigheterna ska kunna omsättas i praktiken behöver någon annan ta över vissa av de gamla uppgifterna. Rollens expansion innebär alltså att uppgifter som tidigare utförts av sjuksköterskor kan delegeras under ansvar till andra yrkeskategorier (McGowan & Long, 2003). Viktigt att komma ihåg vad gäller förändringar av sjuksköterskans roll över tid är att förändringen inte bara påverkar vad sjuksköterskan kan och får utföra för uppgifter. Även uppfattningen av rollen påverkas, dels utifrån sjuksköterskans uppfattning om det egna yrket men också hur vårdtagarna uppfattar sjuksköterskans roll. Det i sin tur påverkar vad patienterna kommer att förvänta sig av vården och omvårdnaden. Förändringar på individuell nivå inverkar på hur vårdsystem fungerar generellt (Duffield, Gardner, Chang, Fry & Stasa, 2011). Hur sjuksköterskans skriftliga dokument formuleras påverkar dessutom offentlighetens uppfattning om yrket, både utifrån ansvar och status (Kennedy, et al., 2015).

Yrkets tillämpningsområde och diffusa ramar

För att kunna prata om sjuksköterskeyrkets tillämpningsområde har flertalet studier genomförts för att undersöka om det finns några tydliga gränser för vad som ingår i sjuksköterskans roll. Resultatet är ganska entydigt och beskriver att några tydliga ramar inte existerar. Owsley (2013) hävdar att skriftliga dokument för sjuksköterskor är för vaga och inte erbjuder tillräcklig vägledning i hur yrket ska utföras. På grund av dess oklara gränser ifrågasätter Owsley (2013) huruvida sjuksköterskeyrket förtjänar en separat licens.

Blumenreich (1998) menar att någon definierad skiljelinje mellan var omvårdnad slutar och var medicin börjar saknas. Flera områden inom respektive yrke överlappar varandra och

beroende på vem som utför ett moment beskrivs det som antingen en omvårdnadsaktivitet eller en medicinsk. Otydligheten märks om man jämför den brittiska kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor med den för läkare eftersom flertalet bestämmelser är motsägelsefulla och svåra att förstå i förhållande till varandra. Till exempel innefattar omvårdnad enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning autonomi och makt över vissa omvårdnadshandlingar vilket inte beskrivs i de medicinska riktlinjerna (Tingle, 1997). Även i förhållande till annan hälso- och sjukvårdspersonal har överlappande områden kunnat identifieras (Owsley, 2013).

Ett annat enhetligt resultat i tidigare forskning gäller vikten av tydliga definitioner när det handlar om ansvar och förpliktelser. Enligt de Bijl (2005) är tydligheten viktig för att kunna genomföra tillförlitlig vård. Gemensamma vägledande dokument är en förutsättning för standardisering och standardisering fungerar som ett skydd för allmänheten genom att ge förutsättningar för vård som är säker och acceptabel (Wysoker, 2001). För att kunna utnyttja sjuksköterskans fulla kapacitet är det viktigt att kontinuerligt se över kompetensbeskrivningar. De behöver vara tillgängliga, lättförståeliga och enkla att omsätta i praktiken (Kennedy et al., 2015). För att sjuksköterskan ska kunna utöka sitt kompetensområde i praktiken eller få uppgifter delegerade av andra professioner behöver tydlighet gällande grundläggande ansvar definieras (McGowan & Long, 2003).

Ett hinder för att kunna arbeta optimalt inom givna ramar är om sjuksköterskan saknar tillräcklig kännedom om de dokument som styr praxis (Wysoker, 2001). I vissa fall är det omöjligt att följa dokumenten för att de nödvändiga resurserna som behövs för att genomföra en åtgärd enligt praxis inte finns tillgängliga. Trots att man känner till rollens innebörd kan det i de här fallen hända att sjuksköterskor frångår bestämmelser för att kunna ge behövlig vård (Wysoker, 2001). Sjuksköterskan behöver ha goda färdigheter i självreflektion och bedömning av den egna kunskapen och kompetensen för att kunna tolka lagstiftning, handla efter den på ett korrekt sätt och utnyttja den fulla kompetensen (Kennedy et al., 2015).

Syftet med lagar och skriftliga dokument i vården är att främja hög standard hos professionella utövare som till exempel sjuksköterskor och att skydda patienter från vårdslöshet och inkompetens (de Bijl, 2005). Att utvidga sin praktiska kompetens är en naturlig del i sjuksköterskeyrkets utveckling. Det är en utveckling som har visat sig förbättra kvalitén på vården för patienter men för att kunna utvidga tillämpningsområdet krävs definierade gränser att utgå ifrån (McGowan & Long, 2003; de Bijl, 2005). Utan tydliga ramar kommer sjukvårdspersonal tillämpa vården på olika sätt. Det leder istället till orättvis och ineffektiv vård (Owsley, 2013). Om sjuksköterskan inte förstår eller känner till de ramar som styr ens profession finns det risk att man frångår lagar och på så vis utför illegala handlingar (Wysoker, 2001).

Problemformulering

Tidigare forskning visar att skriftliga dokument som ska styra sjuksköterskans arbete i många fall är diffusa. Forskningen visar också att dokumenten påverkar sjuksköterskans arbete i praktiken. Det finns flertalet studier som svarar på frågan: "Överensstämmer skriftliga dokument över sjuksköterskans tillämpningsområde med hur tillämpningen ser ut i praktiken?" Det finns beskrivningar i litteraturen om vilka konsekvenser det får för vården om styrdokument inte efterföljs. Något som däremot inte verkar vara undersökt i samma utsträckning är jämförelser mellan skriftliga beskrivningar av vad sjuksköterskan får eller bör

göra och vilka uppgifter sjuksköterskor faktiskt genomför i sitt arbete. Det finns olika dokument som man skulle kunna utgå ifrån vid en sådan jämförelse men att utgå från kompetensbeskrivningens riktlinjer kan vara ett värdefullt sätt eftersom den innehåller en detaljerad beskrivning av vad som förväntas av sjuksköterskor i deras arbete. Studier inom ämnet är viktiga för att kunna urskilja inom vilka områden som riktlinjerna efterföljs eller inte.

Syfte

Att jämföra vad sjuksköterskan bör göra enligt kompetensbeskrivningen med vad sjuksköterskan faktiskt gör i sitt arbete.

Metod

Studien genomfördes som en litteraturöversikt. Litteraturöversikter syftar bland annat till att få en överblick av kunskapsläget inom ett ämne och att ta fram ett underlag för en kritisk granskning av ett område genom att på ett strukturerat sätt sammanställa redan publicerad forskning (Friberg, 2006).

Datainsamlingsmetod

Vid sökning av artiklar användes framförallt databasen CINAHL. Likvärdiga sökningar utifrån sökord genomfördes i databasen PubMed för att jämföra eventuella skillnader. På grund av databasens breda inriktning resulterade sökningarna i allt för ospecifika träffar som inte blev tillräckligt avgränsade för ämnet. För att få fram artiklar på det valda området behövde fler omvårdnadsinriktade sökord användas vilka fanns som "CINAHL Headings" men inte som motsvarande "MeSH-termer" i PubMed. Därför valdes de flesta artiklar ut från databasen CINAHL. Eftersom det var svårt att hitta tillräckligt många artiklar relevanta för syftet genom sökningar med sökord gjordes tre sökningar via redan funna artiklar och på så vis kunde ytterligare sju artiklar relevanta för syftet identifieras. Sökningarna gjordes då både i PubMed och CINAHL. Sökordet *Sweden* användes i tre sökningar för att den ursprungliga tanken var att fokusera på sjuksköterskors situation i Sverige. Som sökningarna visar var forskningsunderlaget inte tillräckligt så därför används inte sökordet i vidare sökningar.

De sökord som användes var: *Professional regulation; Legislation, nursing; Nursing practice; Nursing role; Scope of nursing practice; Sweden; Nursing as a profession; Registered nurses; Professional competence* och *Activity*.

Exklusionskriterier

För att få en så bred bild av ämnet som möjligt gjordes inga begränsningar gällande artiklarnas metod. I sökningen av artiklar användes exklusionstermerna "NOT advanced nursing practice" och "NOT nurse practitioner" för att avgränsa bredden på resultaten och exkludera de artiklar som handlade om sjuksköterskor på avancerad nivå. Det gjordes eftersom syftet med studien var att undersöka sjuksköterskor på grundnivå. Sökningarna avgränsades för övrigt genom att inkludera krav på *Peer reviewed* samt *Research article*.

Urval och litteratursökning

Sökningarna genomfördes vid fyra tillfällen mellan den 6/10-2015 till och med den 21/10-2015 och resulterade i 56 st artiklar vilka ansågs relevanta utifrån abstrakt. Dessa artiklar granskades översiktligt och sedan valdes 30 st ut för grundligare granskning. Granskningen resulterade i att 12 st artiklar inkluderades i studien. Se Bilaga 2. för en utförligare redovisning av sökningarna.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning av artiklarna gjordes med hjälp av *Röda Korsets Högskolas granskningsmall för vetenskapliga artiklar* (Röda Korsets Högskola, 2005). Av de 30 granskade artiklarna exkluderades 18 stycken antingen på grund av att innehållet inte bedömdes relevant eller på grund av att studiens kvalitet inte höll måttet. Brister i kvalitet kunde handla om att resultatet inte svarade på syftet, att metoddelen inte redovisades utförligt, att studien saknade analysmetod eller etisk granskning, att slutsatserna var vinklade gentemot resultatet eller att den använda metoden inte bedömdes som relevant i relation till syftet.

Analys

Efter kvalitetsgranskning analyserades det insamlade materialet innehållsmässigt enligt en modell inspirerad av Friberg (2006). I samband med analysen sammanställdes en artikelöversikt av de valda artiklarna som kan hittas i Bilaga 3. Vid granskning av innehållet i artiklarna plockades för syftet relevant data ut och sorterades in under 17 ämnesrubriker. Rubrikerna hade tagits fram vid en genomläsning då skillnader och likheter i studierna undersöktes. En analys av innehållet gjordes och jämfördes med kompetensbeskrivningens innehåll. Övergripande teman formulerades som resulterade i två huvudkategorier: *Uppgifter som faller under kompetensbeskrivningen* och *Uppgifter utanför kompetensbeskrivningen*. Under den första kategorin redovisas resultatet utifrån kompetensbeskrivningens tre arbetsområden: *Omvårdnadens teori och praktik; Forskning, utveckling och utbildning* och *Ledarskap*. Vissa uppgifter som var svåra att kategorisera utifrån kompetensbeskrivningens indelning hamnade under kategorin: *Uppgifter som faller under flera områden i kompetensbeskrivningen*.

Etiska överväganden

Att genomföra studier som är etiskt granskade är viktigt för att värna om deltagarnas integritet. Eftersom den här studien inte innefattar intervjuer eller direkt involvering av deltagare utan data är tagen från tidigare forskning har ingen etiskt granskning genomförts. Dock har granskning av artiklarna gjorts utifrån hur etiska överväganden tagits i beaktning vid genomförandet av studien.

Resultat

Resultatet visar att sjuksköterskor i sitt dagliga arbete utför direkt vård, indirekt vård, läkemedelshantering, dokumentation, kommunikation och avdelningsrelaterade uppgifter. Vad som inte görs lika mycket är uppgifter relaterade till ledarskap, utbildning av patienter och annan personal, säkerhet, forskning och kompetensutveckling. Resultatet visar att många

uppgifter inom kompetensbeskrivningens arbetsområde *Omvårdnadens teori och praktik* utförs. Uppgifter inom *Forskning, utveckling och utbildning* och *Ledarskap* görs inte i lika stor utsträckning enligt resultatet. Sjuksköterskan fungerar som en "spindel i nätet" mellan den medicinska vården och omvårdnaden men den biomedicinska vården ges fortfarande mer fokus än hälsa och omvårdnad. Resultatet visar också att sjuksköterskor ibland agerar utanför kompetensbeskrivningen.

Vissa uppgifter som redovisas i artiklarna har exkluderats i resultatet på grund av att de inte motsvarar någon del av kompetensbeskrivningen. Exempel på sådana uppgifter är förflyttning, raster och personliga aktiviteter.

Uppgifter som faller under kompetensbeskrivningen

Resultatet visar att de vanligaste uppgifterna som sjuksköterskor utför framförallt faller inom områdena direkt vård, indirekt vård, läkemedelshantering, dokumentation, kommunikation och avdelningsrelaterade uppgifter (Farquharson et al., 2013; Munyisia, Yu & Hailey, 2011; Ampt, Westbrook, Creswick & Mallock, 2007; White, Jackson, Besner & Norris, 2015; Chaboyer et al., 2008; Furåker, 2008; Nilsson, Lundgren & Furåker, 2009; Smolowitz et al., 2015; Lu, While & Louise Barriball, 2008). I en av studierna som genomfördes på en vårdcentral framkommer dock inga avdelningsrelaterade uppgifter eftersom patienterna inte är inneliggande (Smolowitz et al., 2015). Enligt studien utförd av Ampt et al. (2007) upptar ovanstående sex områden ca 90 % av sjuksköterskans arbetstid. Även om studiernas resultat visar vissa skillnader gällande vilken uppgift som upptar mest tid är det ändå gemensamt att de ovan nämnda aktiviteter befinner sig bland de vanligast förekommande under sjuksköterskans arbetspass. Studien av Nilsson et al. (2009) pekar på att omvårdnadsaktiviteter och administrativa aktiviteter utgör 88.1 % av sjuksköterskans arbetsuppgifter. Förutom läkemedelshantering, dokumentation och kommunikation nämns också hälsobedömning, omvårdnadsbehandling och utbildning som centrala omvårdnadsaktiviteter.

Direkt och indirekt vård

En uppdelning av arbetsuppgifter som återkommer i studierna är skillnaden mellan *direkt* och *indirekt* patientvård. Generellt syftar direkt vård på vård där patienten är närvarande och indirekt på vård i patientens frånvaro. Kompetensbeskrivningen delas inte in på detta sätt men uppgifterna som inkluderas i direkt och indirekt vård återfinns i kompetensbeskrivningen. Vad som inkluderas i direkt och indirekt vård skiljer sig dock åt mellan olika studier i några fall och därför redovisas skillnader och likheter i detta stycke. Enligt en studie innebär direkt vård alla aktiviteter som sker med patienten närvarande (Munyisia et al., 2011). I beskrivningen innefattas till exempel nutrition, läkemedelsadministration, bedömningar och hygien. En liknande uppdelning görs i studien genomförd av Chaboyer et al. (2008). I det fallet inkluderas även bland annat kommunikation med patienter och närstående, patientmobilisering och transport av patienter.

Studien genomförd av Farquharson et al. (2013) inkluderar inte läkemedelshantering i kategorierna direkt och indirekt vård utan redovisar de uppgifterna separat. Direkt vård beskrivs i övrigt på liknande sätt som tidigare nämnda studier, alltså som aktiviteter i direkt kontakt med patienter. Även den indirekta vården inkluderar i princip samma aktiviteter som

övriga studier med samma indelning. Exempel på indirekta aktiviteter enligt studien är vårdplanering, beställning av prover, inhämtning och granskning av information, kontroll av provresultat och städning.

Studien av Munyisia et al. (2011) inkluderar helt andra aktiviteter i indirekt vård som handlar mer om påfyllnad i skåp och upppackning av tillbehör. Resultatet visar att sjuksköterskor inte utför någon indirekt vård i den studien. Indirekt vård enligt studien genomförd av Chaboyer et al. (2008) innefattar bland annat patienttrönder och teammöten, muntliga överrapporteringar, vårdplanering, städning av patientrum, läkemedelsförberedelser, dokumentation och kommunikation.

Studien av Ampt et al. (2007) redovisar inte resultatet i termer av direkt och indirekt vård. Istället används begreppet *patientvård* vilket inkluderar all vård som sker i direktkontakt med patienter. Munyisia et al. (2011) har en liknande beskrivning av direkt vård. I Furåkers studie (2008) beskrivs aktiviteterna som antingen *yttre* ("outer") eller *inre* ("inner"). Exempel på yttre aktiviteter är att hjälpa patienter med hygien, att bädda rent i sängar och kommunikation med patienter. Exempel på inre aktiviteter är att rapportera, dokumentera och hantera läkemedel. Enligt en deltagare i studien träffar man knappt patienter när man jobbar som "inre sjuksköterska". Resultatet i studien visar att sjuksköterskor upplever att nära kontakt med patienter är ovanligt trots att de är utbildade i patientvård och att det administrativa arbetet har ökat enormt. På kirurgiska avdelningar består sjuksköterskans arbete till störst del av inre aktiviteter. Dock skiljer sig upplevelsen åt bland psykiatrisjuksköterskor där patientkontakt är vanligare (Furåker, 2008).

Resultatet i två studier (Farquharson et al., 2013; Ampt et al., 2007) visar att direkt vård upptar den största delen av sjuksköterskans arbetstid. Detta resultat skiljer sig från resultatet i Chaboyer et al. (2008). Enligt den studien upptar den indirekta vården den största delen av sjuksköterskans tid. I kategorin ingår patienttrönder, teammöten, verbala överrapporteringar, vårdplanering, städning, läkemedelshantering, kommunikation, information och dokumentation. Farquharson et al. (2013) och Ampt et al. (2007) redovisar läkemedelshantering, kommunikation och dokumentation separat och inte som en del av den indirekta vården vilket kan förklara skillnaden i resultatet.

Direkt vård är enligt Chaboyer et al. (2008) den kategori av aktiviteter som upptar näst mest tid för sjuksköterskan. I kategorin ingår bedömningar, hygien, interaktion med patient och närstående, läkemedelshantering, procedurer, nutrition, elimination, patientmobilisering, transport av patienter, insamling av prover och provtagning. Enligt studien av Munyisia et al. (2011) är direkt vård den fjärde största arbetsuppgiften efter kommunikation, läkemedelshantering och dokumentation.

Omvårdnadens teori och praktik

Kompetensbeskrivningens första arbetsområde innefattar sex kompetensområden, vilka finns redovisade i Bilaga 1. I denna del redovisas resultatet som överensstämmer med arbetsområdets sex områden.

Direkt vård

Resultatet visar att bedömningar görs av sjuksköterskor i det dagliga arbetet. Tolkning och utvärdering av vitalparametrar är ett exempel på bedömning. Enligt en studie (Schluter et al.,

2011) görs observation av vitalparametrar oftast i samband med andra aktiviteter utan att patienten vet om det. En annan studie visar att kontroll av vitalparametrar ofta delegeras till undersköterskor men att även sjuksköterskor utför uppgiften (Nilsson et al., 2009).

Identifiera och bedöma fysiska tecken orsakade av sjukdom eller behandling är något som sjuksköterskor gör (Lu et al., 2008; White et al., 2015). Biomedicinska bedömningar hamnar enligt White et al. (2015) på sjätte plats gällande hur mycket tid som läggs på varje aktivitet. Chaboyer et al. (2008) visar att bedömning av fysiska observationer och vitalparametrar är en av de fem vanligaste aktiviteterna bland sjuksköterskor. Enligt studien av Oelke et al. (2014) fokuseras den största delen av sjuksköterskans roll på fysiska behov och fysiologiska sjukdomsprocesser.

Andra uppgifter är bedömning av patienters matintag, smärtskattning, utvärdering av patienters symtom och tecken, bedömning av patienters fysiska status och bedömning av patienters möjlighet att delta i den egna vården (Lu et al., 2008). Sjuksköterskor gör bedömningar om patienters hälsostatus (Nilsson et al., 2009; Smolowitz et al., 2015) och om lämpliga hälsoåtgärder (Lu et al., 2008; Smolowitz et al., 2015). Även bedömningar av patienter och närståendes psykosociala och kulturella behov är en uppgift som sjuksköterskan gör. Dock utförs den uppgiften i relativt liten utsträckning i jämförelse med biomedicinska bedömningar (White et al., 2015).

Inom primärvården görs vissa bedömningar via telefon vilket kräver kritiskt tänkande vid beslutsfattande så att patienterna med säkerhet hänvisas till rätt instans i rätt tid (Smolowitz et al., 2015). Sex studier tar upp aktiviteter kopplade till hälsa, till exempel hälsocoaching, hälsobedömningar och omvårdnadsbehandlingar (Nilsson et al., 2009; Lu et al., 2008; Smolowitz et al., 2015; White et al., 2015; Schluter et al., 2011; Oelke et al., 2014). Enligt Nilsson et al. (2009) är bedömning av hälsotillstånd den största omvårdnadsaktiviteten. En uppgift som sjuksköterskan utför är att agera på tecken till förändring i patienters hälsotillstånd och att diagnostisera en rad vanligt förekommande hälsotillstånd (Lu et al., 2008).

Praktiska moment och procedurer så som kateterisering, blodprovstagning, sårömläggningar/sårbehandlingar, övervakning av vätskeintag och elimination samt övervakning av patienters blodsockernivå är vanliga aktiviteter enligt flera studier (Lu et al., 2008; Nilsson et al., 2009; Chaboyer et al., 2008; Farquharson et al., 2013). Studien av Lu et al. (2008) beskriver att sjuksköterskor utför uppgifter som att transportera prover till laboratoriet och att bära ut urinprov på avdelningen. Aktiviteter i dagligt liv (ADL) eller daglig personlig omvårdnad av patienter är en annan uppgift som sjuksköterskan utför (Lu et al., 2008). Enligt White et al. (2015) och Chaboyer et al. (2008) tillhör ADL en av de fem uppgifterna som upptar störst del av sjuksköterskans tid. I sjuksköterskans arbete ingår också mobilisering av patienter för att motverka komplikationer (Lu et al., 2008). Enligt White et al. (2015) och Chaboyer et al. (2008) är dock patientmobilisering den aktivitet som utgör minst del av sjuksköterskans arbete.

Dokumentation

Ett resultat som framkommer i flera studier är att sjuksköterskor ägnar sig åt dokumentation (Smolowitz, 2015; White et al., 2015; Nilsson et al., 2009; Furåker, 2008; Munyisia et al.,

2011; Farquharson et al., 2013; Ampt et al., 2007; Lu et al., 2008; Chaboyer et al., 2008). Patienters hälsostatus och förändringar i tillstånd dokumenteras oavsett om sjuksköterskan jobbar på sjukhus, inom primärvården eller inom kommunen (Smolowitz et al., 2015; Nilsson et al., 2009; Munyisia et al., 2011; Farquharson et al., 2013; Lu et al., 2008). En studie visar att erfarna sjuksköterskor behöver lägga mindre tid på dokumentation än yngre kollegor (Furåker, 2008).

I studierna av Farquharson et al. (2013) och Munyisia et al. (2011) framkommer det att dokumentation är den tredje största aktiviteten och studien av Ampt et al. (2007) visar att dokumentation är den andra största aktiviteten. Enligt White et al. (2015) ligger dokumentation på första plats gällande tidsfördelning av uppgifter. Nilsson et al. (2009) visar att ca en tredjedel används av sjuksköterskans arbetstid till administrativa uppgifter. Av den tredjedelen går ca en tredjedel till dokumentation. Alla sjuksköterskor i en studie (Furåker, 2008) påpekar att överrapportering och dokumentation tar för mycket tid av deras arbete.

Läkemedelshantering

Hantering och administrering av läkemedel tillhör sjuksköterskans arbetsuppgifter enligt flera studier (Nilsson et al., 2009; White et al., 2015; Munyisia et al., 2011; Furåker, 2008; Elsom, Happell & Manias, 2009; Lu et al., 2008; Farquharson et al., 2013; Ampt et al., 2007; Smolowitz et al., 2015; Chaboyer et al., 2008; Schluter et al., 2011). Inom primärvården handlar det framförallt om läkemedelsgenomgångar (Smolowitz et al., 2015) och inom psykiatri framkommer det enligt en studie att det inte är ovanligt att sjuksköterskor rekommenderar läkare att göra dosjusteringar eller att ändra läkemedelsordinationer. I vissa fall görs medicinändringar, dosjusteringar eller medicininsättningar baserat på tidigare erhållna godkännanden från läkare (Elsom et al., 2009).

I studien av Farquharson et al. (2013) framkommer det att läkemedelshantering är den andra mest tidskrävande aktiviteten tillsammans med indirekt vård. Bland de fem mest tidskrävande aktiviteterna finns läkemedelshantering och behandling enligt studien av White et al. (2015). Detta framkommer även hos Chaboyer et al. (2008), Ampt et al. (2007) och Munyisia et al. (2011) som menar att läkemedelshantering och intravenös administration är bland de fem vanligaste uppgifterna som utförs. Hanteringen av läkemedel är den enskilt vanligaste uppgiften för sjuksköterskan enligt Nilsson et al. (2009). I det inkluderas att beställa, iordningställa, sortera, kontrollera, leverera och administrera läkemedel och medicinska vätskor. I Furåkers studie (2008) hävdar sjuksköterskorna att det läggs för mycket tid på förberedelse och leverans av läkemedel.

Säkerhet

Ett ansvarsområde som framkommer i två av studierna (Schluter et al., 2011; Lu et al., 2008) handlar om patientsäkerhet. Båda studierna beskriver att en av uppgifterna som sjuksköterskor genomför är att skydda patienter från att utsättas för misstag eller fel. Några exempel som nämns är förebyggande av fall, kontroll av läkemedel för att minimera felmedicinering (Schluter et al., 2011), ansvar för att initiera hjärt- och lungräddning och regelbunden kontroll av akutvagn (Lu et al., 2008).

Forskning, utveckling och utbildning

Forskning, utveckling och utbildning är ett av tre arbetsområden i kompetensbeskrivningen. Resultatet visar dock att uppgifter inom området inte görs i någon större utsträckning. Lu et al. (2008) nämner i sin studie att uppdatering av kunskap och utövade färdigheter samt att aktivt söka professionell utveckling genom utbildning är en viktig uppgift som sjuksköterskan gör. Det framgår dock inte hur vanlig den aktiviteten är bland sjuksköterskorna i studien. Enligt Furåkerns studie (2008) finns det för lite tid till att utveckla sin kompetens som sjuksköterska och att det dessutom inte finns intresse eller motivation till aktiv kompetensutveckling. Sjuksköterskorna i samma studie menar att den kompetens de använder sig av framförallt är erfarenhetsbaserad.

Ledarskap

Det sista arbetsområdet som inkluderas i kompetensbeskrivningen är Ledarskap. Resultatet visar att en uppgift som åligger sjuksköterskan är att ha en ledande roll i omvårdnadsteamet (Smolowitz et al., 2015). I den uppgiften inkluderas att instruera patienter i hur de ska följa sin behandling samt hur annan omvårdnadspersonal ska utföra specifika arbetsuppgifter (Nilsson et al., 2009). Några av de uppgifter som sjuksköterskan gör i en ledande roll är att undervisa, stödja och koordinera sina kollegor i omvårdnadsarbetet (Lu et al., 2008).

En studie (White et al., 2015) visar att sjuksköterskor spenderar för lite tid på att undervisa patienter och närstående i syfte att förberedas inför till exempel hemgång eller för att uppnå följsamhet av behandling. Istället fokuserar man på den aktuella sjukhusvistelsen och hur olika läkemedel används. I ledarskapet ingår utöver utbildning även övervakning av annan vårdpersonal och studenter, vilket också görs enligt Smolowitz et al. (2015). Dock visar Farquharson et al. (2013) i sin studie att denna aktivitet inte görs alls av sjuksköterskor.

Uppgifter som faller under flera områden i kompetensbeskrivningen

Vissa uppgifter återspeglar kompetensbeskrivningens innehåll men kan inte kategoriseras in i endast ett arbetsområde utan faller under flera.

Indirekt vård

Avdelningsrelaterade uppgifter utförs av sjuksköterskor enligt studierna genomförda av Ampt et al. (2007), Farquharson et al. (2013), Chaboyer et al. (2008) och Lu et al. (2008). I en studie inkluderas bland annat fördelning av sängplatser, personalsamordning, möten och beställningar av exempelvis material i kategorin (Farquharson et al., 2013). Även resultatet i studien av Chaboyer et al. (2008) visar att möten och beställningar ingår i de avdelningsrelaterade uppgifterna och ligger på fjärde plats av vanligast förekommande uppgifter för sjuksköterskan. I den studien inkluderas även bland annat ärenden utanför enheten, administration, städning och undervisning. I studien av Farquharson et al. (2013) framkommer det att avdelningsrelaterade uppgifter ligger på femte plats när det gäller mest tidskrävande aktiviteter. Ampt et al. (2007) menar dock i sin studie att avdelningsrelaterade uppgifter är det som görs mest sällan.

Ronder och teammöten är vanliga uppgifter för sjuksköterskan, vilka sker i patientens frånvaro. Uppgifterna är centrerade kring andra medarbetare så som läkare, andra sjuksköterskor och undersköterskor. Dessa aktiviteter omfattar ca en tredjedel av sjuksköterskans arbetstid (Chaboyer et al., 2008). Resultatet i studien av White et al. (2015)

visar också att samordning av vård är vanliga aktiviteter som upptar mycket tid för sjuksköterskan. Planering av olika typer av vård är en annan uppgift som är vanligt förekommande enligt Lu et al. (2008) och Nilsson et al. (2009). Planering ingår i kategorin administrativa uppgifter i studien av Nilsson et al. (2009) och upptar enligt resultatet ca en tredjedel av sjuksköterskans arbetstid. I den kategorin ingår förutom planering också dokumentation och överskriftningsrapportering. Det framkommer även i studien av Ampt et al. (2007) att överskriftningsrapportering är en vanlig arbetsuppgift.

Kommunikation

Kommunikation är enligt resultatet en central aktivitet i sjuksköterskeyrket. Det beskrivs att kommunikation sker med både patienter och närstående under tiden bedömningar och behandling utförs (Nilsson et al., 2009). Kommunikationen kan vara i form av utbildning och information eller som stöd för att hjälpa en patient att känna sig lugn och trygg. Kommunikation med närstående kan vara gällande patientens tillstånd för att minska oro (Nilsson et al., 2009; Lu et al., 2008). Chaboyer et al. (2008) menar att interaktion med patienter och deras familj är en av de fem vanligaste uppgifterna när det gäller direkt omvårdnad.

Vissa studier redovisar framförallt kommunikation mellan vårdpersonal och inte mellan sjuksköterskor och patient/närstående (Farquharson et al., 2013; Muniyisa et al., 2011; Lu et al., 2008). I de fallen innefattar kommunikation överskriftningsrapportering i både tal och skrift, arbetsrelaterade diskussioner med annan personal, delande av information om patienter och debriefing. I studien av Muniyisa et al. (2011) framkommer det att kommunikation var den enskilt vanligaste uppgiften och studien av Farquharson et al. (2013) visar att professionell kommunikation är den fjärde mest tidskrävande aktiviteten.

Övergripande ansvar

Furåker (2008) och Lu et al. (2008) nämner att ansvar är en viktig del av sjuksköterskerollen och att det tar sig uttryck i olika uppgifter. Lu et al. (2008) visar att sjuksköterskan tar ansvar för det praktiska arbetet och för att uppgifter delegeras på rätt sätt. Furåker (2008) beskriver ett övergripande ansvar för omvårdnad, planering av vård, dokumentation och läkemedelshantering. Att samordna olika uppgifter och att vara "spindeln i nätet" beskrivs som en uppgift som upptar en stor del av sjuksköterskans arbetsdag. I uppgiften ingår att hela tiden göra omprioriteringar vilket leder till att ett stort antal beslut måste fattas. Det övergripande ansvaret och att inneha en samordnande position beskrivs som det huvudsakliga karaktärsdraget i sjuksköterskerollen (Furåker, 2008).

Uppgifter utanför kompetensbeskrivningen

En studie (Schluter et al., 2011) visar att sjuksköterskor upplever att de ibland genomför uppgifter som ligger utanför deras kompetensområde men inom området för en vidareutbildad sjuksköterska. Exempel på sådana uppgifter beskrivs som utbildning av annan omvårdnadspersonal och lokalisering av personal för att täcka schemaluckor. Resultatet i studien är intressant eftersom det går emot kompetensbeskrivningen och resultaten i andra studier som i motsats menar att utbildning av annan personal ingår i sjuksköterskans uppgifter

(Chaboyer et al., 2008; Smolowitz et al., 2015; Nilsson et al., 2009; Lu et al., 2008; Farquharson et al., 2013).

Deltagarna i studien av Schluter et al. (2011) menar att de ofta utför uppgifter som är under deras kompetensnivå och arbetsbeskrivning. Vanliga exempel som nämns är att lämna och hämta läkemedel på andra avdelningar, fylla på läkemedelsförråd, städa, flytta på sängar, svara i telefon samt andra kontorsarbeten. Att utföra dessa uppgifter anses vara ett slöseri med tid och att de borde göras av annan sjukvårdspersonal. Det är också en vanlig åsikt enligt Furåkers studie (2008) att sjuksköterskan ofta gör läkarens, sekreterarens och undersköterskans uppgifter. Det bekräftas också i studien av Lu et al. (2008) att vissa uppgifter inom omvårdnaden ofta eller alltid utförs av sjuksköterskor som egentligen inte ska göras av dem.

Enligt Elsom et al. (2008) är rekommendationer och förslag till läkare om doseringsändringar, byte av eller insättning av läkemedel en uppgift som regelbundet genomförs. Nästan 1 av 10 sjuksköterskor inom psykiatri rapporterar att de endast sällan eller aldrig administrerar läkemedel enligt ordination. Elsom et al. (2009) menar att resultatet är märkligt eftersom administration av läkemedel enligt ordination är en basal uppgift för sjuksköterskor. Det är även vanligt att sjuksköterskor expanderar rollen genom att ordinera diagnostiseringstest, remittera till medicinska specialister, ge rekommendationer för tvångsvård och utfärda sjukintyg (Elsom et al., 2009). Det framkommer att läkare vid många tillfällen måste ta ansvar för utskrivning av läkemedel till patienter som redan utfärdats av sjuksköterskor. Det är ett bevis på att sjuksköterskan utövar uppgifter utanför sin lagliga roll (Elsom et al., 2009).

I studien av Schluter et al. (2011) framkommer det att sjuksköterskor upplever att de får göra många uteblivna uppgifter som ligger i ett gränsområde mellan sjuksköterskor och läkare. Känslan av att göra "restuppgifter" beror på odefinierade ansvarsområden och otydliga rollgränser. Att sjuksköterskor redan har stor press på sig att se till att patientvården utförs i tid i kombination med upplevelsen av att hållas ansvariga för de uppgifter läkarna inte gjort, skapar en tung arbetssituation för sjuksköterskor (Schluter et al., 2011). Även en otydlighet och gråzon finns i rollerna mellan sjuksköterskor och undersköterskor. Eftersom sjuksköterskor gör en del liknande omvårdnadsuppgifter som undersköterskor upplevs rollen som vag (Furåker, 2008). Både undersköterskor och sjuksköterskor gör aktiviteter som egentligen tillhör någon annan yrkeskategori eller som befinner sig i gråzonen. Uppgifterna har antingen glömts bort eller tillfälligt avbrutits men behöver göras för att kunna upprätthålla patientsäkerhet (Schluter et al., 2011).

Diskussion

Metoddiskussion

Då en överblick av forskningen på området eftersträvades ansåg vi att andra vetenskapliga metoder än litteraturoversikt inte var applicerbara. Det finns dock kritik mot litteraturoversikter som analyserar färdigställda forskningsartiklar eftersom de bygger på begränsad mängd forskning och att det finns risk för att forskare väljer studier som stödjer ens egen tes. Därför är det viktigt med ett kritiskt förhållningssätt (Friberg, 2006). Även den här studien bygger på ett begränsat antal artiklar. Man kan fundera på hur resultatet hade sett ut

om fler artiklar från samma land skulle studeras. Eftersom inga begränsningar har gjorts gällande var sjuksköterskorna i studierna jobbar blir variationen bred och resultatet gäller sjuksköterskor både inom primärvård, kommun och på sjukhus. Dock kan man kritisera urvalet eftersom antalet artiklar som har studerat respektive område blir färre. Kan man dra slutsatser om hur sjuksköterskor som jobbar inom kommunen följer kompetensbeskrivningen trots att resultatet endast är baserat på ett par studier genomförda i den kontexten?

Vid jämförelse av de olika studiernas metoder och syften framkommer några skillnader värda att diskutera. 10 av 12 artiklar har syften som behandlar arbetsinnehållet hos sjuksköterskor och hur mycket tid som läggs på olika uppgifter (Farquharson et al., 2013; Munyisia, Yu & Hailey, 2011; Ampt, Westbrook, Creswick & Mallock, 2007; White, Jackson, Besner & Norris, 2015; Chaboyer et al., 2008; Furåker, 2008; Nilsson, Lundgren & Furåker, 2009; Lu, While & Louise Barriball, 2008; Schluter et al., 2011; Oelke et al., 2014). Syftena i studierna genomförda av Elsom et al. (2009) och Smolowitz et al. (2015) skiljer sig dock från övriga studier. Studien av Elsom et al. undersöker specifikt sjuksköterskor inom psykiatri och i vilken utsträckning dessa jobbar utanför sitt traditionella arbetsområde. Studien av Smolowitz et al. är genomförd inom primärvården och syftar till att identifiera metoder inom primärvården som utnyttjar sjuksköterskors fulla kunskap. För att få en bredd på studien och inte begränsa resultatet till endast somatisk vård eller vård endast på sjukhus inkluderades artiklarna i resultatet. Trots att syftena skilde sig från övriga artiklar fanns det data som kunde kopplas till syftet i den här studien.

Studien av Ampt et al. (2007) utfördes med syfte att jämföra självrapportering med observationer vid inhämtning av data om vilka uppgifter sjuksköterskor genomför för att se om resultaten skiljer sig åt beroende på vilken metod som används. Ampt et al. (2007) bekräftar att resultaten blir olika beroende på om observation eller självrapportering används vid datainsamlingen. Skillnaden som framkom var dock endast gällande rangordning av uppgifter som sjuksköterskan utför. Samma uppgifter befann sig bland de vanligaste, endast den inbördes ordningen varierade. Resultatet i vår studie är inte redovisat utifrån rangordning och därför kunde studien av Ampt et al. (2007) användas. Farquharson et al. (2013) utgår från självrapportering men diskuterar resultatet i förhållande till studien av Ampt et al. (2007). Eftersom resultatet i studien av Farquharson et al. (2013) mer överensstämmer med observationsstudien av Ampt et al. (2007) menar Farquharson et al. (2013) att en sådan slutsats om skillnader mellan självrapportering och observationer inte är generaliserbar.

I första hand fanns intresse av att fokusera på hur situationen ser ut i Sverige men eftersom underlaget blev för litet när sökningen begränsades till studier genomförda i en svensk kontext fick studier från andra länder inkluderas. Artiklar från länder där sjukvårdssystemet bedömdes skilja sig för mycket åt från det svenska exkluderades från resultatet på grund av att slutsatser annars inte hade varit möjliga att dra. Kompetensbeskrivningar från de länder som representerades i de valda artiklarna jämfördes med den svenska. I de fall då kompetensbeskrivningarna var likvärdiga bedömdes artiklar från det landet användbara eftersom de kunde jämföras med situationen i Sverige. Givetvis finns det andra faktorer som kan vara avgörande och som på så vis skulle kunna förhindra möjligheten till jämförelse länder emellan. Eftersom resultatet generellt var entydigt oavsett i vilket land studien hade genomförts bedömdes att slutsatser kan dras angående sjuksköterskors situation.

För att hitta artiklar relevanta för ämnet kunde inte begränsningar göras i någon stor omfattning eftersom sökresultatet då blev för litet. Flertalet sökningar med olika kombinationer av sökord genomfördes för att hitta de sökord som bäst ringade in artiklar relevanta för syftet. Det bör alltid diskuteras hur valet av sökord har påverkat resultatet. På grund av att en utförlig sökning genomfördes för att uppnå en mättnad i sökresultat kan man hävda att resultatet inte skulle ha förändrats markant om andra sökord hade valts.

Granskning gjordes av artiklar för att fastställa en vetenskaplig giltighet och trovärdighet och för att kontrollera att de var kompatibla gentemot det tänkta syftet i undersökningen. Två av de tolv artiklar som i slutändan användes som underlag i resultatet saknade information kring etisk granskning. De rättfärdigades på grund av att tidskrifterna som publicerat dem i sina kriterier hade som krav att artiklarna skulle vara etiskt granskade innan publikation. Den etiska granskningen skulle enligt kraven framgå i artiklarna men det gjordes inte i dessa fall. Artiklarna inkluderades trots att de inte uppfyllde tidskrifternas kriterier, vilket bör beaktas med viss kritik.

Artikeln av Lu et al. (2008) genomfördes på fastlandet i Kina. Det var svårt att hitta en kompetensbeskrivning som var specificerad till fastlandet men en som används i Hong-Kong hittades. Med tanke på de geografiska områdenas olika historia och eventuella olikheter i sjukvårdssystem kan man ifrågasätta om kompetensbeskrivningen för Hong-Kong kan jämföras med den på fastlandet. Utifrån beskrivningen av sjuksköterskeutbildningen i artikeln bedömdes kompetensbeskrivningen ändå användbar. Lu beskriver att utbildningen har genomgått ett paradigmskifte på fastlandet i Kina från en biomedicinsk modell till en biopsykosocial modell. Fler kurser med ett humanvetenskapligt och samhällsvetenskapligt perspektiv har inkluderats i kursplanen. Utbildningen har gått från att ha en sjukdomsinriktning till en hälsoinriktning, vilket motsvarar kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor i Hong-Kong och övriga länder.

Resultatdiskussion

Kompetensbeskrivning och Halls teori i relation till sjuksköterskans arbete

Resultatet visar vilka uppgifter som görs i sjuksköterskans dagliga arbete i förhållande till kompetensbeskrivningens innehåll. För enkelhetens skull och eftersom inga större skillnader kunde uppfattas vid granskning av de olika ländernas kompetensbeskrivningar har jämförelsen endast gjorts med den svenska. Halls teori sammanfattar tre viktiga aspekter i sjuksköterskeyrket som genomsyrar samtliga kompetensbeskrivningar: Patienten, omvårdnaden och den medicinska vården (Egidius & Norberg, 1985).

När man granskar kompetensbeskrivningen i förhållande till Halls teori kan man tolka det som att omvårdnad och medicin är två ungefär likvärdiga områden. Ett av arbetsområdena kallas *Omvårdnadens teori och praktik* och innefattar både omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap. Ett kompetensområde handlar specifikt om hälsofrämjande arbete och ett annat handlar mer om undersökningar och behandlingar. Förutom hälsofrämjande arbete tar kompetensbeskrivningen upp omvårdnadsprocessen, att ta tillvara det friska hos patienten och olika omvårdnadsåtgärder. Dock kan man undra om någon tid läggs på omvårdnadsprocessen och tillvaratagandet av det friska hos patienten eftersom detta inte framkommer alls av resultatet. Det skulle kunna vara så att uppgifterna är svåra att observera

på grund av att de inte alltid är tydligt konkretiserade handlingar utan något som vävs in i andra uppgifter. Enligt resultatet fokuseras den största delen av sjuksköterskans roll på fysiska behov och fysiologiska sjukdomsprocesser (Oelke et al., 2014). Den medicinska vården och att hjälpa patienten genom olika typer av medicinsk behandling ska vara en stor del av sjuksköterskans arbete men en lika stor del ska läggas på omvårdnad enligt Hall (Egidius & Norberg, 1985). Sex studier tar upp aktiviteter kopplade till hälsa (Nilsson et al., 2009; Lu et al., 2008; Smolowitz et al., 2015; White et al., 2015; Schluter et al., 2011; Oelke et al., 2014) men inte som en central del av rollen.

Utifrån resultatet att direkt vård, indirekt vård, läkemedelshandling, dokumentation, kommunikation och avdelningsrelaterade uppgifter är de vanligast förekommande uppgifterna bland sjuksköterskor kan det vara svårt att avgöra vilket av Halls tre områden som görs mest. Svårigheten ligger i att uppgifterna skulle kunna tillhöra flera områden. Dock är det tydligt att alla tre områdena tillhör sjuksköterskans vardag. Till exempel är den direkta vården kopplad till patienten, läkemedelshandling ingår bland annat i den medicinska vården och kommunikation är en central del av omvårdnaden. En sådan indelning blir alltid en förenkling eftersom exempelvis läkemedelshandling och administrering också kan ses som omvårdnad. Den direkta vården kan vara antingen en medicinsk handling eller en omvårdnadshandling beroende på omständighet och intention. Kommunikation kan hävdas vara en central del i alla Halls tre områden och är även en del i kompetensbeskrivningen.

Ett av kompetensbeskrivningens arbetsområden är *Ledarskap* och eftersom det beskrivs som ett av tre huvudområden kan man tänka sig att det är en viktig del av sjuksköterskans arbete. Nilsson et al. (2009) och Chaboyer et al. (2008) bekräftar detta och menar att sjuksköterskans ledarskapsroll är vital. Ledarskapet innefattar bland annat att undervisa personal och patienter och att övervaka annan vårdpersonal i omvårdnadsarbetet (Nilsson et al., 2009; Smolowitz, 2015; Chaboyer et al., 2008; Socialstyrelsen, 2005). Enligt kompetensbeskrivningen ingår även samverkan med andra aktörer i vårdkedjan, planering och överrapportering vilka är uppgifter som görs enligt resultatet. Resultatet är tvetydigt när det gäller undervisning och övervakning. White et al. (2015) och Farquharson et al. (2013) menar att uppgifterna inte görs i någon stor utsträckning medan Smolowitz et al. (2015) hävdar att dessa ledarskapliga uppgifter utförs. Med tanke på att ledarskap inte framkommer tydligare i studierna är det svårt att dra slutsatser. Dock kan man fundera på om resultatet skulle varit mer entydigt om ledarskapliga uppgifter hade förekommit frekvent i sjuksköterskans arbete. En studie visar att en del sjuksköterskor inte identifierar utbildning av annan omvårdnadspersonal som en uppgift för grundutbildade utan som en del av specialiserade sjuksköterskors arbete (Schluter et al., 2011). Det tyder också på att ledarskap inte är implementerat som en självklar del för alla sjuksköterskor.

Det sista arbetsområdet i kompetensbeskrivningen är *Forskning, utveckling och utbildning*. Området handlar bland annat om vikten av forskning och implementering av kunskap baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Även handledning av medarbetare och personlig och professionell utveckling innefattas i området. Resultatet visar dock att det finns för lite tid till att utveckla sin kompetens som sjuksköterska och att det dessutom inte finns intresse eller motivation till aktiv kompetensutveckling. Endast erfarenhetsbaserad kunskap tas upp i relation till vilken kompetens som styr sjuksköterskans arbete (Furåker, 2008). Forskning och kompetensutveckling är två ansvarsområden som bör göras enligt kompetensbeskrivningen men resultatet tyder på att detta inte görs i någon större utsträckning av sjuksköterskor.

En studie visar att mycket tid läggs på den direkta vården men också att sjuksköterskor upplever att mer tid med patienterna skulle vara önskvärt (Furåker, 2008). Utifrån tidigare forskning kring att god kommunikation och goda relationer är avgörande för ett bra arbetslag, diskuterar Chaboyer et al. (2008) att det är försvarbart att en stor del av sjuksköterskans tid läggs på indirekt vård. Det nämns att anledningen till att den indirekta vården har ökat kan bero på att patienternas vårdbehov har förändrats och blivit mer komplext (Chaboyer et al., 2008). Lu et al. (2008), Furåker (2008) och Schluter et al. (2011) beskriver att sjuksköterskerollen ska omfatta att vara samordnare, organisatör, utbildare, instruktör och advokat för patienten. Definitionen skulle man kunna hävda sammanfattar flera av kompetensbeskrivningens olika delar som framförallt handlar om den indirekta vården. De uppgifter som inte görs enligt resultatet men som nämns i kompetensbeskrivningen är alltså inte i första hand uppgifter kopplade till direkt vård. Om alla uppgifter som omfattas av kompetensbeskrivningen ska kunna utföras kan man fråga sig om det finns möjlighet att lägga mer tid på den direkta vården.

Sjuksköterskans utveckling och växande ansvar

Man kan urskilja två olika förhållningssätt till sjuksköterskans kompetensbeskrivning och tillämpningsområde. Det ena handlar om att tydliga riktlinjer behövs för att kunna utföra arbetet på rätt sätt. Det andra förhållningssättet beskriver att det är svårt och ibland kanske till och med sämre att definiera exakt vad en sjuksköterska ska göra för uppgifter. Istället för att utförandet styrs av vilken yrkestitel man har ska det istället styras av vilken kunskap man har att utföra uppgiften korrekt.

I den här frågan om förhållningssätt nämns ofta ansvar, kompetens och autonomi. Ansvar beskrivs som en nödvändig komponent vid expansion av den professionella rollen. I ansvaret ingår att varje sjuksköterska ska kunna stå till svars och ansvara för konsekvenserna av ens handlingar. Både McGowan och Long (2003) och Carver (1998) har betonat vikten av insikt i att man som sjuksköterska är personligen ansvarig för sina handlingar och beslut. Att sjuksköterskan tar personligt ansvar är en del av yrket och kan direkt ses i många av de uppgifter som resultatet visar att sjuksköterskan utför. Exempel på sådana är signering av journaldokumentation och signering av att läkemedel har givits till en patient. Exemplet visar på "gömt" ansvar, något som är inbakat i en uppgift och som görs upprepade gånger. Frågan är hur pass stor insikten är kring det ansvar sjuksköterska tar var gång uppgifterna utförs.

Carver (1998) har beskrivit att rollexpansion inte ska handla om delegering av uppgifter mellan sjuksköterskor och läkare i en över- och underordnad relation. Istället bör det handla om utvecklandet av autonomi och förmågan att fatta kliniska beslut inom de två oberoende områdena som samtidigt är beroende av varandra. Man kan diskutera vad autonomi egentligen innebär. Ett exempel från resultatet visar att sjuksköterskor känner sig trygga i att ge förslag eller rekommendationer till läkare så länge vetskapen finns att det är läkaren som har ansvar för beslutet (Elsom et al., 2009). Carver (1998) har visat att det krävs befogenhet och auktoritet att fatta beslut för att uppnå autonomi. Utifrån det påståendet kan man alltså hävda att ovanstående exempel när sjuksköterskor ger rekommendationer utan att egentligen vilja eller kunna ta ansvar visar på bristande autonomi. En studie av Nathenson, Schafer och Anderson (2007) har tidigare genomförts för att undersöka hur man på det mest effektiva sättet utnyttjar sjuksköterskans professionella expertis. Genom att fokusera på uppgifter

specifika för yrket framträdde sjuksköterskans professionella potential i relation till att planering, ledning och kritiskt tänkande genomfördes på ett mer autonomt sätt.

Genom resultatet har det blivit tydligt att det är svårt att prata om vad som förväntas av sjuksköterskan utan att också jämföra med vilka förväntningar som finns på andra professioner inom vården. Resultatet visar att sjuksköterskans upplevelse av den egna rollen är dåligt förstådd (Furåker, 2008). Den upplevelsen delas av övrig vårdpersonal och bekräftar tidigare forskning som visar att sjuksköterskans kompetensområde inte är helt tydligt definierat i förhållande till andra professioner (Blumenreich, 1998; Lillibridge, Axford & Rowley, 2000). På grund av otydligheten blir sjuksköterskerollen i praktiken främst definierad i relation till läkare och annan vårdpersonal och inte i relation till vilket behov patienterna och samhällets har (Oelke et al., 2014). Exempel på det är när sjuksköterskor tar på sig att göra uppgifter som läkare inte längre känner sig manade att göra, eller tycker att andra kan göra istället.

Resultatet visar att en del sjuksköterskor gärna gömmer sig bakom läkare i situationer där de känner sig osäkra på sin roll och vad som krävs av dem (Oelke et al., 2014). På så vis intar man då en passiv roll där läkaren dikterar villkoren för sjuksköterskan (Carver, 1998). Oelke et al. (2014) menar att innehållet i sjuksköterskans roll inte kan baseras på hur relationen till annan vårdpersonal ser ut, utan huvudsakligen ska baseras på den utbildning, kunskap och kompetens som sjuksköterskan har. Resultatet bekräftar tidigare forskning som talar för att sjuksköterskan ska utvecklas och expandera i relation till patientens behov, inte utifrån ett organisations- eller avdelningsintresse (McGowan & Long, 2003).

Att göra en läkares oönskade uppgifter eller att låta det övergripande ansvaret ligga hos en läkare, det vill säga att "gömma" sig bakom läkaren, stämmer illa överens med Halls omvårdnadsteori. Utifrån teorin ligger det i sjuksköterskans roll att ta ansvar för omvårdnaden av patienten och vara patientens talesperson gentemot den medicinska vården (Egidius & Norberg, 1985). Man kan fråga sig om det inte är extra viktigt att i just sådana situationer fungera som patientens "advokat". Samtidigt som sjuksköterskan ofta har en större kunskap om patientens önskningsar kan det vara läkaren som ska fatta ett beslut. Då behövs sjuksköterskan som en brygga mellan patienten och läkaren, vilket kan tyckas svårt om sjuksköterskan inte tar ett eget ansvar.

Tingle (1997) har tidigare påpekat att det finns ett starkt värde i att sjuksköterskor tar ansvar för sina egna handlingar och inte endast ser sig som delegerad av en läkare. För att kunna ta ansvar för sina handlingar har de Bijl (2005) hävdade att det måste skapas tydliga definitioner av de ansvarsområden och skyldigheter som sjuksköterskan har. Även resultatet bekräftar att det krävs en tydlighet i sjuksköterskans roll för att det ska vara möjligt att ta ett sådant ansvar (Oelke et al., 2014). Ett annat sätt att förhålla sig till resultatet skulle kunna vara utifrån studien av Lillibridge et al. (2000) som framhåller att ansvaret för en specifik uppgift är flytande. Enligt den utgångspunkten kan ansvaret komma att flyttas beroende på omständigheter och hur tillgängligheten av korrekt personal för uppgiften ser ut. Flytande ansvar för olika uppgifter är intressant i kontrast till tydligt definierat ansvar, då det i praktiken betyder att allt ansvar inte kan avgränsas till specifika roller. Snarare handlar det om att all personal som innehar den kompetens som krävs för en specifik uppgift känner ett övergripande ansvar så att uppgiften blir gjord.

Yrkets tillämpningsområde och diffusa ramar

Enligt studien av Chaboyer et al. (2008) är det vanligt att sjuksköterskor uppfattar riktlinjer för deras arbetsområde som delvis tolkningsbara snarare än som satta regler för vad som ska innefattas i rollen. Även tidigare forskning pekar på liknande uppfattningar i att många sjuksköterskor under särskilda omständigheter är villiga att utöka sitt tillämpningsområde i vården (Lilibridge et al., 2000). Utifrån det perspektivet kan man hävda att definitionen av sjuksköterskerollen beror på hur riktlinjerna tolkas. På så vis blir det svårt att avgränsa vad en sjuksköterska ska göra och att veta vilka uppgifter som egentligen befinner sig utanför kompetensområdet. Svaret på frågan om sjuksköterskor gör det de ska blir alltså olika beroende delvis på tolkning. Man kan antingen hävda att utförandet av en uppgift innebär en expanderings av rollen eller bara ett utnyttjande av rollens fulla innebörd. Beroende på hur man definierar sjuksköterskans roll kan en uppgift antingen hamna inom sjuksköterskans område, i en gråzon eller utanför det förväntade området (Lilibridge et al., 2000). Det antyder dock att det finns gränser och att tolkningsmöjligheten har en begränsning. Tolkningar av rollen återspeglas också i studien av Lu et al. (2008) som menar att sjuksköterskans egen uppfattning av vilka uppgifter som bör ingå i arbetet är avgörande för vad som innefattas i praktiken. Frågan är hur väldefinierade riktlinjerna går att göra för att minska tolkningsmöjligheterna. Även om ett sådant tydliggörande skulle kunna göras, är det verkligen önskvärt att definiera riktlinjerna in i minsta detalj eller kan man låta vissa uppgifter tillhöra en gråzon så länge alla vet vilka uppgifter man *inte* får göra?

Gråzonerna eller de överlappande områdena har tidigare studerats av Djukic och Kovner (2010). Förutom medicinsk diagnosticering, förskrivning av läkemedel och förskrivning av medicinsk behandling beskrivs en rad andra uppgifter som befinner sig inom både läkare och sjuksköterskors kompetensområden. Exempel på dessa är fysiska undersökningar, hälsokontroller och utbildning om hur patienter kan hantera sin sjukdom. Även i resultatet är just medicinsk diagnosticering och förskrivning av läkemedel de enda uppgifterna som tydligt beskrivs finna sig utanför sjuksköterskans område i juridisk mening (Elsom et al., 2009). Enligt Djukic och Kovner (2010) framkommer inga uppgifter som endast ingår i sjuksköterskans område, som endast sjuksköterskor *får* utföra. Nathenson et al. (2007) menar att omvårdnadsbedömningar, planering, utbildning och övergripande ledning av omvårdnadsarbetet är essentiella uppgifter som endast återfinns i sjuksköterskans kompetensbeskrivning vilket liknar resultatet där Chaboyer et al. (2008) hävdar att bedömningar, utvärdering av omvårdnadsbehov och dokumentation av omvårdnadsplaner är uppgifter som inte bör delegeras utan göras av sjuksköterskor. Elsom et al. (2009) tillägger att läkemedelsadministrering inte ska delegeras till annan personal eftersom det ligger inom sjuksköterskans område.

Trots att resultatet och tidigare forskning visar att det finns uppgifter som endast sjuksköterskor bör utföra verkar det finnas en skillnad mellan dessa områden och de områden som enligt Djukic och Kovner (2010) är exklusiva för läkare. Om en sjuksköterska gör medicinska bedömningar eller förskriver läkemedel diskuteras i studierna att det kan innebära juridiska överträdelser. Det framkommer inte vad konsekvenserna skulle bli om en läkare gjorde uppgifter som egentligen tillhör sjuksköterskans domän. Hade det blivit mer tydlighet gällande ansvarsområden om även sjuksköterskor och undersköterskor hade arbetsområden som endast de fick utföra enligt juridisk mening? Hur hade den medicinska dominansen påverkats av en sådan förändring?

Resultatet i den här studien bekräftar det Blumenreich (1998) tidigare har visat, att någon definierad skiljelinje mellan var omvårdnad slutar och var medicin börjar saknas. Hur hade kompetensbeskrivningen och arbetet i praktiken sett ut om man hade specificerat vad en sjuksköterska inte får göra och vilka uppgifter som ligger i ett område som alla bör ta ansvar för? Blumenreich (1998) menar att beroende på vem som utför ett moment beskrivs det som antingen en omvårdnadsaktivitet eller en medicinsk. I många fall är det svårt att isolera en enskild uppgift och bestämma om den är en omvårdnadsaktivitet eller inte. Definierandet kanske istället ligger i det faktum att vårdpersonal har olika utbildning och genomför uppgifter med olika perspektiv. På så vis kan man hävda att handlingen blir antingen en omvårdnadsaktivitet eller en medicinsk. Exempelvis skulle det kunna hävdas att administrering av läkemedel kan vara både en omvårdnadshandling eller en medicinsk handling beroende på synsätt och profession. Eftersom läkemedelsadministrering är en uppgift som specifikt utförs av sjuksköterskor och innefattar direkt vård kan man se det som en form av omvårdnadshandling. Uppgiften att ändra i ordinationer, specifikt administrationssätt i detta fall, ligger hos den medicinska personalen men borde kanske delas med sjuksköterskan eftersom uppgiften också inkluderar omvårdnadsaspekter.

I och med att sjuksköterskor redan är med och aktivt deltar i förskrivningsprocessen ifrågasätter Elsom et al. (2009) ifall det fortfarande är lika tydligt att förskrivning av läkemedel är en uppgift endast för läkare. Resultatet visar också att det är vanligare att sjuksköterskor utökar sitt tillämpningsområde idag än förr. Om man definierar omvårdnad som profession utifrån formuleringen "inkluderande men inte begränsat till" möjliggör det att sjuksköterskan utvecklas inom nya områden menar Blumenreich (1998). Utifrån den definitionen kan man tolka utvidgning av området som något positivt. Dock visar studien av Elsom et al. (2009) att utvidgningen i vissa fall beror på att läkarbristen har ökat de senaste åren och att sjuksköterskor därför blir tvungna att agera utanför deras tillämpningsområde för att patienterna ska få den vård de behöver. Lillibridge et al. (2000) diskuterar vikten av att förstå varför sjuksköterskor utför uppgifter i gråzonerna och menar att det ofta sker i situationer när patientens behov krockar med tillgången på personal som kan tillgodose behovet. I samband med detta nämns behovet av att upprätta tydligt definierade riktlinjer. Problemet med vem som får och ska göra vissa uppgifter kvarstår dock, oavsett hur tydliga riktlinjerna definierats, så länge det saknas tillräckligt personal för ändamålet.

Något anmärkningsvärt som framkommer i resultatet är att nästan 1 av 10 sjuksköterskor inom psykiatrin sällan eller aldrig följer ordination vid administrering av läkemedel (Elsom et al., 2009). Resultatet är inte lika tydligt i studierna utförda inom den somatiska vården. Innebär det att ändringar i ordinationer sker i högre grad inom psykiatrin? Vad beror det på isåfall? Hade resultatet varit lika entydigt om fler studier genomförda inom psykiatrin hade studerats? Det vore intressant att undersöka vidare vilka konsekvenser det får för vården när sjuksköterskor gör uppgifter som går utanför deras ansvarsområde.

Cashin et al. (2010) har tidigare tydligt beskrivit att det är ett missförstånd att sjuksköterskor inte kan diagnosticera och att missförståndet beror på att sjukvården har blivit medicincentrerad. Trots att sjuksköterskor historiskt har diagnosticerat internaliserade även sjuksköterskor den samhälleliga bilden att endast läkare kan diagnosticera. Cashin et al. (2010) menar istället att diagnosticering är en viktig del för att sjuksköterskan ska kunna utnyttja sin fulla kompetens och att omvårdnad inte endast handlar om vårdande utan även om botande. Sjuksköterskor kan ställa medicinska diagnoser så länge de inte utger sig för att vara

läkare (Cashin et al., 2010). Även Djukic och Kovner (2010) har diskuterat att det finns forskning som visar att sjuksköterskor med specialiserad träning på ett effektivt sätt har kunnat diagnosticera vissa medicinska tillstånd, behandla vanliga kroniska sjukdomar och förskriva läkemedel med hjälp av standardiserade protokoll.

En studie tidigare genomförd av de Bijl (2005) visar att omfördelning av uppgifter mellan olika professioner kan bidra till förbättrad hälso- och sjukvård. Patientens behov kan lättare uppfyllas, mer effektiv och kostnadseffektiv vård kan uppnås och problem med personalbrist kan lösas. Studien visar också att patienter generellt är nöjda med behandling utförd av annan personal än läkare, vilket talar för att det utifrån patientperspektiv inte är ett problem om sjuksköterskor utför uppgifter som läkare tidigare gjort. de Bijl (2005) hävdar till och med att förflyttningen av uppgifter från läkare till sjuksköterskor kan förbättra kvaliteten på patientvården. Analyserar man resultatet gentemot den tidigare forskningen kan man alltså inte hävda att det alltid är fel att en sjuksköterska gör uppgifter som traditionellt har varit uppgifter för läkare. Dock är forskningen överens om att det krävs träning under handledning och information till patienten vid omfördelning och utvidgning av kompetensområdet (Djukic och Kovner, 2010; de Bijl, 2005).

Slutsats

Resultaten tyder på att det finns olika tolkningar om vilka uppgifter som ingår i sjuksköterskans roll vilket leder till att man kan uppfatta att sjuksköterskor ibland agerar utanför kompetensbeskrivningen. Mycket fokus läggs på den medicinska vården genom att koncentrera sig på fysiska behov. På grund av en medicinsk dominans och otydlighet kring ansvarsområden brister sjuksköterskor i att utföra vård utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Istället för att göra uppgifter delegerade av läkare bör sjuksköterskor företräda patienter och göra självständiga bedömningar vilket enligt resultatet inte motsvarar verkligheten. Vad som inte görs tillräckligt mycket i förhållande till kompetensbeskrivningen är uppgifter relaterade till ledarskap, utbildning av patienter och annan personal, säkerhet, forskning och kompetensutveckling. En av sjuksköterskans mest centrala uppgift är att fungera som samordnare mellan den medicinska vården och omvårdnaden. Dock behöver sjuksköterskan fortfarande verktyg för att kunna fokusera mer på hälsa och omvårdnadsåtgärder.

Kliniska implikationer

En medvetenhet om att det finns ett glapp mellan vad sjuksköterskestudenter lär sig att de ska göra och hur det senare ser ut i praktiken kan bidra till att sjuksköterskor enklare kan definiera sin roll och i sin tur utvecklas mot ett mer självständigt yrke. Mer resurser behöver läggas på att träna sjuksköterskor i att reflektera över och tolka den egna rollen. Förutom medvetandegörande kan studien bidra med en kartläggning av vilka uppgifter i kompetensbeskrivningen som inte görs och på så vis skapa ett underlag för förbättringsarbete. Avdelningschefer och enskilda sjuksköterskor kan använda resultatet för att utveckla strategier för uppgifter som handlar om hälsofrämjande arbete, holistisk omvårdnad, indirekt vård, ledarskap i form av utbildning och handledning, forskning, kompetensutveckling, säkerhet och utvecklande av vårdmiljön.

Vidareforskning

Frågeställningar som har uppkommit under studiens genomförande och som behöver studeras vidare var bland annat: Hur hade kompetensbeskrivningen och arbetet i praktiken sett ut om man hade specificerat vad en sjuksköterska inte får göra och vilka uppgifter som ligger i ett område som alla bör ta ansvar för? Vad kommer det sig att inte mer tid läggs på hälso- och omvårdnadsåtgärder bland sjuksköterskor? Betyder resultatet att endast de redovisade uppgifterna görs eller behöver andra tillvägagångssätt användas vid inhämtning av data för att fånga in information om de uppgifter som enligt resultatet inte görs? Hur hade den medicinska dominansen påverkats om även sjuksköterskor och undersköterskor hade arbetsområden som endast de fick utföra enligt juridisk mening?

Utvecklandet av kompetens kräver, enligt resultatet, både teoretisk, erfarenhetsbaserad och evidensbaserad kunskap. Det ställer höga krav på sjuksköterskor då det är upp till den enskilde att söka och vidareutveckla kunskaper på egen hand. Något som vore intressant att undersöka vidare är om det finns sätt att främja sådant kunskapssökande för den enskilde sjuksköterskan. Eftersom det var svårt att hitta studier genomförda i Sverige på ämnet skulle mer forskning behöva göras i en svensk kontext för att kunna stärka resultatet i den här studien.

Tidigare forskning fokuserar mycket på att konkretisera och göra kompetensbeskrivningen lättillgänglig. Forskningsresultatet i den här studien bidrar med ökad förståelse kring varför det finns svårigheter att konkretisera och följa riktlinjer och hur dessa svårigheter kan överbryggas. Att förtydliga och konkretisera kompetensbeskrivningen kanske inte är det enda som krävs för att sjuksköterskor ska veta vad som ingår i rollen. Är det möjligt och ens eftersträvansvärt att försöka förtydliga de befintliga ramarna? Kanske ska olika professioner utföra ungefär samma uppgifter och att den främsta skillnaden ligger i vilket perspektiv man utgår ifrån? Vad händer om individens kompetens får styra vilka uppgifter som utförs istället för individens profession? Dessa frågor skulle kunna vara underlag för vidare forskning.

Referenslista

- American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and Standards of Practice, Second Edition*. Hämtad 2015-11-03 från www.nursingworld.org/Nursing-Scope-Standards
- Ampt, A., Westbrook, J., Creswick, N., & Mallock, N. (2007). A comparison of self-reported and observational work sampling techniques for measuring time in nursing tasks. *Journal of Health Services Research & Policy*, 12(1), 18.
- Blumenreich, G. A. (1998). The overlap between the practice of medicine and the practice of nursing. *AANA Journal*, 66(1), 11.
- Canadian Nurses Association. (2007). *Framework for the Practice of Registered Nurses in Canada*. Hämtad 2015-11-03 från <https://www.cna-aic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/framework-for-the-practice-of-registered-nurses-in-canada.pdf?la=en>
- Carver, J. (1998). The perceptions of registered nurses on role expansion. *Intensive & Critical Care Nursing*, 14(2), 82-90.
- Cashin, A., Buckley, T., Watson, N., Newman, C., Carey, M., Waters, C., ... MacCulloch, T. (2010). Can mental health nurses diagnose in Australia? *Issues in Mental Health Nursing*, 31(12), 819-823.
- Chaboyer, W., Wallis, M., Duffield, C., Courtney, M., Seaton, P., Holzhauser, K., ... Bost, N. (2008). A comparison of activities undertaken by enrolled and registered nurses on medical wards in Australia: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(9), 1274-1284.
- de Bijl, N. P. (2005). Legal implications of task rearrangement for nurses in the Netherlands. *Nursing Ethics*, 12(5), 431-439.
- Djukic, M., & Kovner, C. T. (2010). Overlap of registered nurse and physician practice: Implications for U.S. health care reform. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 11(1), 13-22.
- Duffield, C. M., Gardner, G., Chang, A. M., Fry, M., & Stasa, H. (2011). National regulation in Australia: A time for standardisation in roles and titles. *Collegian*, 18(2), 45-49.
- Egidius, H., & Norberg, A. (1985). *Teorier i omvårdnadsarbete* (2. uppl. ed.). Solna: Esselte studium.
- Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2009). Informal role expansion in Australian mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(1), 45-53.
- Eriksson, K., & Egertz, E. (1985). *Vårddidaktik*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Farquharson, B., Bell, C., Johnston, D., Jones, M., Schofield, P., Allan, J., ... Johnston, M. (2013). Frequency of nursing tasks in medical and surgical wards. *Journal of Nursing Management*, 21(6), 860-866.

- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Furåker, C. (2008). Registered nurses' views on their professional role. *Journal of Nursing Management*, 16(8), 933-941.
- International Council of Nurses. (2010). *Law and the workplace guidelines*. Hämtad 2015-11-03 från http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_law_workplace.pdf
- Jackson, K., Shields, L., Andershed, B., Eriksson, M., & Kristensson-Hallstrom, I. (2002). Nursing and health care in Sweden. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(1), 20-6.
- Jakobsen, E., & Lützné, K. (2014). Sjuksköterskeyrket som profession och omvårdnad som akademiskt ämne. I A. Ehrenberg, L. Wallin, A. Edberg & M. Castoriano (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Kennedy, C., O'Reilly, P., Fealy, G., Casey, M., Brady, A., McNamara, M., ... Hegarty, J. (2015). Comparative analysis of nursing and midwifery regulatory and professional bodies' scope of practice and associated decision-making frameworks: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 71(8), 1797-1811.
- Lillibridge, J., Axford, R., & Rowley, G. (2000). The contribution of nurses' perceptions and actions in defining scope and stabilising professional boundaries of nursing practice. *Collegian*, 7(4), 35-39.
- Lu, H., While, A. E., & Louise Barriball, K. (2008). Role perceptions and reported actual role content of hospital nurses in Mainland China. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8), 1011-1022.
- McGowan, B., & Long, A. (2003). 'Are we covered to do this?' The legal implications of expanding practice. *Paediatric Nursing*, 15(8), 24.
- Munyisia, E. N., Yu, P., & Hailey, D. (2011). How nursing staff spend their time on activities in a nursing home: An observational study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1908-1917.
- Nathenson, P., Schafer, L., & Anderson, J. (2007). Relationship of RN role responsibilities to job satisfaction. *Rehabilitation Nursing : The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 32(1), 9.
- Nilsson, K., Lundgren, S., & Furåker, C. (2009). Registered nurses' everyday activities in municipal health care: A study of diaries. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 543-552.
- Nursing and Midwifery Board of Australia. (2010). *National competency standards for the registered nurse*. Hämtad 2015-11-03 från <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Professional-standards.aspx>

Nursing and Midwifery Council. (2010). *Standards for competence for registered nurses*. Hämtad 2015-11-03 från <http://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/standards-for-competence.pdf>

Oelke, N. D., Besner, J., & Carter, R. (2014). The evolving role of nurses in primary care medical settings. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 629-635.

Owsley, T. (2013). The paradox of nursing regulation: Politics or patient safety? *The Journal of Legal Medicine*, 34(4), 483.

Reeves, S., Macmillan, K., & van Soeren, M. (2010). Leadership of interprofessional health and social care teams: A socio-historical analysis. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 258.

Röda Korsets Högskola. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 2015-12-16 från http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf

Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2011). Understanding nursing scope of practice: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1211-1222.

Smolowitz, J., Speakman, E., Wojnar, D., Whelan, E., Ulrich, S., Hayes, C., & Wood, L. (2015). Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. *Nursing Outlook*, 63(2), 130-136.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska artikelnr 2005-105-1*. Hämtad 2015-10-14 från <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm>; 2005.

The Nursing Council of Hong Kong. (2012). *Core-Competencies for Registered Nurses (General)*. Hämtad 2015-11-03 från http://www.nchk.org.hk/filemanager/en/pdf/core_comp_english.pdf

Theoretical Foundations of Nursing. (2011). *Lydia E. Hall, The Aspects of Care, Core, Cure*. Hämtad 2015-11-26 från <http://nursingtheories.weebly.com/lydia-e-hall.html>

Tingle, J. (1997). Expanded role of the nurse: Accountability confusion. *British Journal of Nursing*, 6(17), 1011-1013.

White, D. E., Jackson, K., Besner, J., & Norris, J. M. (2015). The examination of nursing work through a role accountability framework. *Journal of Nursing Management*, 23(5), 604-612.

Wysoker, A. (2001). Standards of care. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 7(5), 166-168.

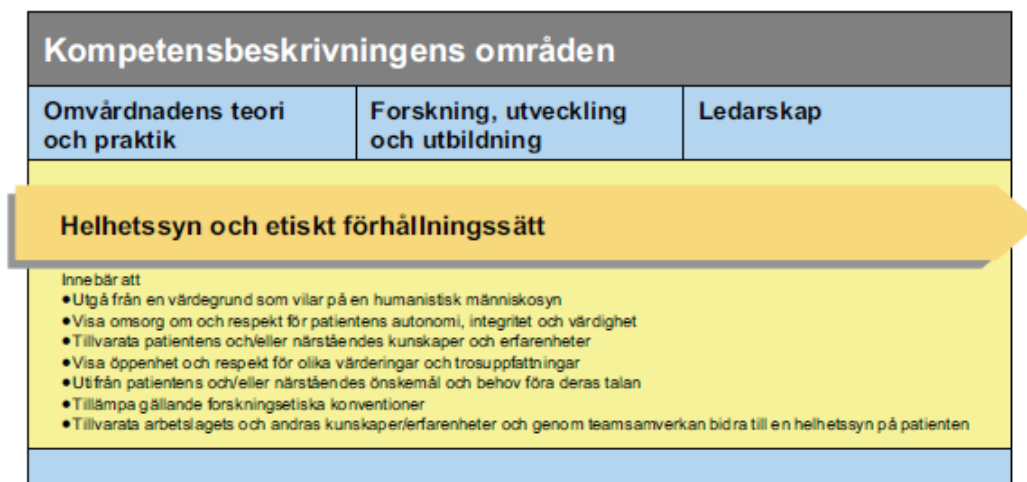
Bilaga 1 – Översikt av Socialstyrelsens kompetensbeskrivning

Översikt av kompetensbeskrivningen

Socialstyrelsen har valt att utforma detta dokument som en modell med tre för sjuksköterskan huvudsakliga arbetsområden, nämligen:

- Omvårdnadens teori och praktik
- Forskning, utveckling och utbildning
- Ledarskap

Helhetssyn och etiskt förhållningssätt ska genomsyra samtliga kompetensområden (figur 1).



Figur 1. Kompetensbeskrivningen tar upp tre huvudområden av betydelse för sjuksköterskans arbete oavsett verksamhet och vårdform: Omvårdnadens teori och praktik; Forskning, utveckling och utbildning samt Ledarskap. Dessa områden beskrivs mer utförligt i ett antal kompetensområden vilka i sin tur brutits ner i olika delkompetenser. Figuren visar hur helhetssyn och etiskt förhållningssätt ska genomsyra sjuksköterskans arbete.

Omvårdnadens teori och praktik

Kompetensområde	Delkompetenser
Omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap	<p>Ha förmåga att tillvarata det friska hos patienten</p> <p>tillämpa kunskaper inom omvårdnad, medicin, habilitering/rehabilitering samt samhälls- och beteendevetenskaper</p> <p>självständigt tillämpa omvårdnadsprocessen genom observation, bedömning (omvårdnadsanamnes, status, mål), omvårdnadsdiagnostik, omvårdnadsordination, planering, genomförande och utvärdering av patientens omvårdnad</p> <p>tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga</p> <p>hantera läkemedel på ett adekvat sätt med tillämpning av kunskaper inom farmakologi</p> <p>observera, värdera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd</p> <p>organisera och/eller delta i teamarbete kring patienten</p> <p>uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder</p> <p>dokumentera enligt gällande författningar</p> <p>ta del av relevanta journalhandlingar, kritiskt granska egen dokumentation vad gäller innehåll, kvalitet, saktighet, struktur och språkbruk</p>
Bemötande, information och undervisning	<p>Ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt</p> <p>i dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling</p> <p>informera och undervisa patienter och/eller närstående, såväl individuellt som i grupp med hänsyn tagen till tidpunkt, form och innehåll</p> <p>förvissa sig om att patient och/eller närstående förstår given information</p> <p>uppmärksamma patienter som ej själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov</p>
Undersökningar och behandlingar	<p>Ha förmåga att självständigt utföra eller medverka i undersökningar och behandlingar samt utföra ordinationer</p> <p>ifrågasätta oklara instruktioner och ordinationer</p> <p>med omdöme, kunskap och noggrannhet informera och tillgodose patientens trygghet och välbefinnande vid undersökningar och behandlingar</p> <p>följa upp patientens tillstånd efter undersökningar och behandlingar</p> <p>i dialog motivera patienten till följsamhet i behandlingar</p> <p>utifrån gällande föreskrifter och säkerhetsrutiner hantera medicintekniska produkter</p> <p>arbeta utifrån hygieniska principer och rutiner</p>

Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa	<p>Ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer</p> <p>identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård</p> <p>undervisa och stödja patienter och närstående, individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa</p> <p>motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling</p> <p>förebygga smitta och smittspridning</p>
Säkerhet och kvalitet	<p>Ha förmåga att följa gällande författningar samt riktlinjer och rutiner</p> <p>hantera känsliga uppgifter korrekt och med varsamhet</p> <p>använda informations- och kommunikationsteknologi som stöd i omvårdnadsarbetet</p> <p>ha god kännedom och värna om patientens rättigheter/möjligheter och kunna förmedla kontakt med rätt instans</p> <p>följa fastställda rutiner för avvikelshantering och anmälningskyldighet enligt Lex Maria</p> <p>agera adekvat i händelse av oprofessionellt yrkesutövande hos medarbetare</p> <p>medverka i fortlöpande systematiskt och dokumenterat kvalitets- och säkerhetsarbete och kontinuerligt förbättringsarbete</p> <p>hantera situationer där våld, hot om våld eller risk för skada föreligger</p> <p>handla enligt gällande säkerhetsföreskrifter vid brand och katastrofsituationer</p> <p>vid allvarig händelse, såväl inom som utom vårdinrättning, tillämpa katastrofmedicinska principer</p> <p>agera utifrån ett miljömedvetet perspektiv</p>
Vårdmiljö	<p>Ha förmåga att reflektera över, motivera och medverka till att utveckla en god vårdmiljö</p> <p>värna om estetiska aspekter i vårdmiljön</p> <p>medverka i arbetsmiljöarbetet</p> <p>uppmärksamma arbetsrelaterade risker och aktivt förebygga dessa</p>

Forskning, utveckling och utbildning

Kompetensområde	Delkompetenser
Forskning och utveckling	Ha förmåga att kritiskt reflektera över befintliga rutiner och metoder samt inspirera till dialog om införande av ny kunskap söka, analysera och kritiskt granska relevant litteratur/information, implementera ny kunskap och därmed verka för en omvårdnad i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet initiera, medverka i och/eller bedriva utvecklingsarbete medverka i handledning av studenter och medarbetare i utvecklingsarbete initiera och/eller medverka i forskningsarbete
Personlig och professionell utveckling	Ha förmåga att självständigt analysera styrkor och svagheter i den egna professionella kompetensen fortlöpande engagera sig i personlig och professionell kompetensutveckling
Utbildning	Ha förmåga att undervisa, handleda och bedöma studenter och elever handleda och utbilda medarbetare medverka vid introduktion, utbildning och kompetensutveckling av medarbetare, team och vårdkedja skapa möjligheter till samundervisning för olika professioner inom hälso- och sjukvården för att genom ett multidisciplinärt synsätt kunna ge patienten optimal vård

Ledarskap

Kompetensområde	Delkompetenser
Arbetsledning	<p>Ha förmåga att</p> <p>utifrån patientens behov systematiskt leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet utifrån medarbetarnas olika kompetens</p> <p>utvärdera teamets insatser</p> <p>utifrån kunskaper om gruppdynamik utveckla gruppen och stärka förmågan till konflikthantering och problemlösning</p> <p>motivera arbetslaget och ge återkoppling i en positiv anda</p> <p>tillvarata medarbetarnas synpunkter och förslag för att utveckla och förbättra vården</p> <p>verka för att bedriva patientfokuserad omvårdnad på ett kvalitets- och kostnadsmedvetet sätt</p> <p>underlätta forsknings- och utvecklingsarbete</p> <p>leda och utforma omvårdnadsarbetet utifrån bästa tillgängliga kunskap</p> <p>medverka i verksamhetsplanering och -uppföljning</p>
Samverkan i vårdkedjan	<p>Ha förmåga att</p> <p>planera, konsultera, informera och samverka med andra aktörer i vårdkedjan</p> <p>verka för adekvat informationsöverföring och samverkan för att uppnå kontinuitet, effektivitet och kvalitet</p>

Bilaga 2 – Artikelsökning i databaser

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
6/10 Cinahl	(Professional regulation OR Legislation, nursing) AND Nursing practice NOT Advanced nursing practice	Peer reviewed, Research article	78	3	3	Lu et al. (2008)
6/10 Cinahl	Scope of nursing practice AND Legislation, nursing NOT Advanced nursing practice	Peer reviewed	156	10	9	Elsom et al. (2009)
6/10 Cinahl	Scope of nursing practice NOT Advanced nursing practice	Peer reviewed, Research article	166	5	1	Schluter et al. (2011)
7/10 Cinahl	Scope of nursing practice, Sweden	Peer reviewed, Research article	4	1	1	0
8/10 Cinahl	(MH "Nursing as a Profession") AND (MH "Sweden")	Peer reviewed	17	1	1	0
8/10 Cinahl	(MH "Professional Competence") AND (MH "Sweden")	Peer reviewed, Research article	46	2	1	Furåker (2008)
8/10 Cinahl	(MH "Scope of Nursing	Peer reviewed, Research article	61	5	3	Chaboyer et al. (2008)

	Practice") AND (MH "Registered Nurses")					
21/10 Cinahl	“Find similar results” via Furåker (2008) AND Activity AND Registered nurses AND Nursing role	Peer reviewed, Research article, Published date: 20050101-20151231	67	6	5	Munyisia et al. (2011), White et al. (2015), Smolowitz et al. (2015)
21/10 Pubmed	“Find similar articles” via Smolowitz et al. (2015)		102	10	3	Oelke et al. (2014)
21/10 Pubmed	“Find similar articles” via Chaboyer et al. (2008) AND Registred nurse		164	13	3	Ampt et al. (2007), Farquharson et al. (2013) Nilsson et al. (2009)

Bilaga 3 – Artikelöversikt av inkluderade artiklar

Författare, Årtal, Tidsskrift, Land	Syfte	Metod, Instrument	Deltagare (bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat
Ampt et al., 2007, <i>Journal of Health Services Research & Policy</i> , Australien	Att jämföra självrapportering med observation vid mätning av tid sjuksköterskor spenderar på olika aktiviteter.	Två-stegsstudie, en del genomfördes med självrapportering under 8.5 veckor och en genomfördes som observation under 4.5 veckor.	Nio registrerade sjuksköterskor som jobbade på en kirurgisk avdelning i Australien deltog.	Data analyserades med hjälp av Statistical Package for the Social Sciences SPSS version 12.0.1. Beskrivande statistik, chi-squared test, Bonferroni comparison och fältanteckningar användes också vid analysen.	3910 aktiviteter dokumenterades: 3243 vid observationen och 667 vid självrapporteringen. Direkt patientvård, dokumentation och avdelningsrelaterade aktiviteter var de aktiviteter som påverkades mest av vilken metod som användes vid datainsamlingen.
Chaboyer et al., 2008, <i>International Journal of Nursing Studies</i> , Australien	Att beskriva vilka aktiviteter som genomfördes av undersköterskor (ENs) och registrerade sjuksköterskor (RNs) på medicinska akutvårdsmottagningar på två olika	Deskriptiv studie, strukturerad observation genomfördes med hjälp av <i>work sampling data collection instrument</i> som samlar in data om olika arbetsuppgifter under en viss tidsperiod.	114 undersköterskor och sjuksköterskor som utförde direkt patientvård och jobbade heltid eller deltid på något av de två sjukhusen. Mer än 80 % av de tillfrågade deltog i studien.	Data analyserades i ACCESS-databas och transporterades sedan elektroniskt över till SPSS version 13. Aktiviteterna analyserades med beskrivande statistik i förhållande till hur mycket tid som lades på varje aktivitet.	Totalt 14 528 aktiviteter dokumenterades under 484 timmar. Av dessa var 47.3 % indirekt vård, 33.2 % direkt vård, 13.5 % personliga aktiviteter och 6.0 % avdelningsrelaterade uppgifter.

	sjukhus i Australien.			Statistiska resultat diskuterades med en medicinsk statistikexpert .	
Elsom et al., 2009, <i>Perspectives in Psychiatric Care</i> , Australien	Att bestämma i vilken utsträckning psykiatrisjuksköterskor jobbar utanför sitt traditionella arbetsområde.	Tvärsnittsstudie med frågeformulär som skickades till tio enheter.	296 formulär skickades ut och 154 lämnades tillbaka. 48 % bortfall.	Data analyserades via SPSS version 12 och tolkades samt sammanfattades av författarna till artikeln.	Studien visade att stor del av sjuksköterskorna jobbade i gränslandet till läkarna, exempelvis genom att föreslå ändringar i medicinering och dylikt, men också att de flesta sjuksköterskor följde läkares ordinationer.
Farquharson et al., 2013, <i>Journal of Nursing Management</i> , Storbritannien	Att undersöka hur ofta olika aktiviteter utförs av sjuksköterskor på medicinska och kirurgiska avdelningar.	En realtidsstudie med upprepade mätningar genomfördes. En elektronisk dagboksversion av WOMBAT-klassificeringen användes.	Deltagarna var 67 stycken sjuksköterskor från slumpmässigt utvalda medicinska och kirurgiska avdelningar på ett stort universitetssjukhus i Storbritannien.	WOMBAT delade in aktiviteterna i kategorier som kalkulerades och redovisades i procentform. Interquartile range (IQR) och median användes vid redovisning av icke-parametrisk data. Vid jämförelse mellan kirurgisk och medicinsk avdelning	961 aktiviteter dokumenterades. Både bland kirurgi- och medicinsjuksköterskor spenderades den största delen av tiden på direkt patientvård.

				användes Mann-Whitney test.	
Furåker., 2008, <i>Journal of Nursing Management</i> , Sverige	Att studera sjuksköterskors åsikter och reflektioner kring deras arbetsuppgifter och kompetens inom akutvård på sjukhus.	Uppföljningsstudie med kvalitativ inriktning gjordes. 4 st. fokusgruppsintervjuer genomfördes å 1,5 timmar vardera.	16 sjuksköterskor ingick i studien. 15 av dem var med i föregående studie och en ny sjuksköterska tillkom. Deltagarna jobbade inom kirurgi, medicin, geriatrik eller psykiatri.	Data transkriberades och lästes igenom av författaren till artikeln för att sedan struktureras i teman.	Studien mynnade ut i två huvudkategorier: Arbetets dimensioner och Att vara professionell. Studien visade att lite tid lades på att förbättra Sjuksköterskors kompetens och färdighet.
Lu et al., 2008, <i>Journal of Clinical Nursing</i> , Kina	Att undersöka sjuksköterskors uppfattning och erfarenheter av yrkeslivet på fastlandet i Kina.	Tvärsnittsstudie genomfördes med specialdesignade frågeformulär. Formuläret innehöll fyra skalor: <i>Nurses' role perception</i> , <i>Job satisfaction scale</i> , <i>Nurses' occupational stress scale</i> och <i>Role conflict and ambiguity scale</i> .	Deltagarna var 512 registrerade sjuksköterskor, varav alla var kvinnor som jobbade heltid. 19 % av de tillfrågade fullföljde ej frågeformuläret.	Data analyserades med hjälp av SPSS version 11.5. Med hjälp av beskrivande statistik redovisades uppfattningar om rollen och dess innehåll. Icke-parametrisk statistik, chi-squared test, Mann-Whitney U-test och Kruskal-Wallis test användes också.	Studien visade att det fanns konsensus gällande sjuksköterskors uppfattning om yrkesrollen och vad som görs inom huvudområdena: patientens fysiska vård, psykosociala och kommunikativa aspekter, professionella aspekter av patientvård och hanteringen av patienter.

<p>Munyisia et al., 2011, <i>Journal of Advanced Nursing</i>, Australien</p>	<p>Att studera hur mycket tid som läggs på olika uppgifter utförda av sjuksköterskor och annan vårdpersonal på en äldrevårdsinstitution.</p>	<p>Kvantitativ observationsstudie genomfördes där sjuksköterskor och annan vårdpersonal observerades i tidsintervall. Minst 588 respektive 500 observationer per enhet behövdes per dag för att data skulle räknas som tillförlitlig.</p>	<p>All vårdpersonal som jobbade dagskift inkluderades i studien. Inget bortfall av deltagare eller data rapporterades.</p>	<p>Rådata lades in i Excel och exporterades till SPSS version 15.0. Data omvandlades till procent och skillnader jämfördes med hjälp av Pearsons chi-square test.</p>	<p>Sjuksköterskor spenderade mesta delen av sin tid på kommunikation följt av medicinhantering och dokumentation. Resultatet visade också att sjuksköterskor 27,6 % av tiden utförde flera uppgifter samtidigt.</p>
<p>Nilsson et al., 2009, <i>International Journal of Nursing Practice</i>, Sverige</p>	<p>Att beskriva arbetsinnehållet hos sjuksköterskor som jobbar inom kommunal sjukvård i Sverige.</p>	<p>Kvalitativ studie som använde sig av dagboksföring för att samla in data om sjuksköterskors arbete och uppgifter. Dagboksföringen pågick i tre dygn.</p>	<p>34 st. sjuksköterskor som jobbade på en av fem kommunala vårdenheter i västsverige deltog. Inget bortfall dokumenterades.</p>	<p>Data analyserades genom konventionell innehållsanalys. Data matades in i ett kvalitativt datainstrument som sorterade och strukturerade data så att den kunde läsas och tolkas ingående av artikelförfattarna.</p>	<p>Resultatet mynnade ut i två huvudteman: Omvårdnadsaktiviteter och Administrationsaktiviteter. Under dessa tillkom underkategorier som visade på att de vanligaste uppgifterna sjuksköterskorna gjorde var att utvärdera/uppskatta hälsa följt av att ge behandlingar och utvärdera dem.</p>

<p>Oelke et al., 2014, <i>International Journal of Nursing Practice</i>, Kanada</p>	<p>Att beskriva registrerade sjuksköterskors roll inom primärvården.</p>	<p>Fallstudie inkluderande två faser genomfördes. I den första fasen användes ett kvalitativt tillvägagångssätt med intervjuer och dokumentgranskning. Fas 2 innehöll blandad metod.</p>	<p>42 deltagare från 3 olika <i>Primary Care Networks</i> (PCNs) deltog i intervjuerna. Deltagarna var sjuksköterskor, läkare, beslutsfattare och annan personal och valdes ut av PCN-administratörer för att få en så bred bild som möjligt.</p>	<p>Kvalitativ data analyserades genom induktiv temaanalys. Data kodades och kategoriserades i NVivo7 software. Dokumenten analyserades manuellt i teman. Kvantitativ data analyserades i SPSS version 13.0.</p>	<p>Studien visade att sjuksköterskerollen mest fokuserade på fysiska behov och fysiologiska sjukdomar. Resultatet visade också att sjuksköterskor inte kände sig uppbackade när det gällde att utöva den hälsofrämjande aspekten av rollen.</p>
<p>Schluter et al., 2011, <i>International Journal of Nursing Studies</i>, Australien</p>	<p>Att förstå hur sjuksköterskor från två Australiensiska sjukhus uppfattar sjuksköterskerollens innehåll i relation till andra roller inom sjukvården.</p>	<p>Studien använde sig av Kritisk incident teknik (Flanagan, 1954). Intervjuer genomfördes med deltagarna från de två sjukhusen under tre månader.</p>	<p>20 deltagare som var antingen sjuksköterskor eller undersköterskor ingick i studien och valdes ut utifrån innan fastställda kriterier.</p>	<p>Data tolkades och samordnades genom induktiv, tematisk analys i två steg. Först gjordes en analys av de individuella intervjuerna sedan gjordes en sammansättning med syfte att få ut övergripande teman.</p>	<p>Studien resulterade i fem teman. Sjuksköterskor själva ansåg sig ha huvudansvar för skyddande av sina patienter. En annan uppgift var att utvärdera patienters hälsa och denna uppgift ansågs ej kunna delegeras till någon annan.</p>

<p>Smolowitz et al., 2015, <i>Nursing Outlook</i>, USA</p>	<p>Att identifiera metoder inom primärvården som utnyttjar sjuksköterskors fulla kunskap samt att undersöka ekonomiska konsekvenser av dessa metoder.</p>	<p>Litteraturoversikt och semistrukturerade intervjuer genomfördes med vägledning av <i>The appreciative inquiry (AI) framework</i>.</p>	<p>Representanter från 16 primärvårdsinrättningar intervjuades via telefon.</p>	<p>Innehållsanalys användes vid identifieringen av sjuksköterskans roll, ansvar och aktiviteter.</p>	<p>Studien visade att sjuksköterskor som arbetade utifrån hela sin kompetens bidrog till kostnadsbesparingar och högre vårdkvalitet inom primärvården.</p>
<p>White et al., 2015, <i>Journal of Nursing Management</i>, Kanada</p>	<p>Att beskriva mängden tid registrerade sjuksköterskor lägger på ansvarsuppgifter och andra aktiviteter.</p>	<p>Observationsstudie genomfördes med hjälp av observatörer och <i>palm pilot Function Analysis technology</i>. Deltagarna observerades 5 dagar. Aktiviteterna klassificerades med hjälp av <i>Nursing Role Effectiveness Model</i>.</p>	<p>35 sjuksköterskeskift och 17 undersköterskeskift (totalt 39 deltagare) observerades i studien. Samtliga arbetade på två olika medicinavdelningar i Alberta, Kanada.</p>	<p>Data granskades och beskrivande statistik kalkulerades med hjälp av STATA SE 10.0.</p>	<p>Resultatet indikerade att sjuksköterskor lade mest tid på dokumentation och biomedicinska bedömningar. Relativt lite tid lades på bedömningar av patienter och närståendes psyko-sociala, kulturella och själsliga behov.</p>