

# Specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård beskriver sin yrkesroll

## En studie med SAUK-modellens perspektiv

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>FÖRFATTARE</b>   | Emelie Palmquist<br>Pontus Raask  |
| <b>PROGRAM/KURS</b> | Specialistsjuksköterskeprogrammet,<br>60 högskolepoäng<br>Examensarbete i omvårdnad med<br>inriktning mot kirurgisk vård<br>OM 5350 |
| <b>OMFATTNING</b>   | 15 högskolepoäng  |
| <b>HANDLEDARE</b>   | Kristofer Bjerså<br>Anna Forsberg   |
| <b>EXAMINATOR</b>   | Lars-Eric Olsson  |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



# Förord

---

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Kristofer Bjerså som med engagemang, tid och tillgänglighet minskat diskrepansen mellan våra aktuella jag och våra ideala jag. För dig utgivet.

Stort tack även till professor Anna Forsberg för vägledning, inspiration och uppmuntran.

Slutligen vill vi även tacka studiens deltagare. Utan er hade resultatet blivit något platt.

|                      |   |
|----------------------|---|
| Titel (svensk):      | Specialistsjuksköterskor i Kirurgisk vård beskriver sin yrkesroll – En studie med SAUK-modellens perspektiv                   |
| Titel (engelsk):     | Clinical Nurse Specialists in Surgical Care describe their professional Role – A study with the perspective of the SAUC model |
| Arbetets art:        | Självständigt arbete II   |
| Fristående kurs/kod: | Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot kirurgisk vård, 15 högskolepoäng, OM5350   |
| Arbetets omfattning: | 15 högskolepoäng  |
| Sidantal:            | 35 sidor  |
| Författare:          | Emelie Palmquist & Pontus Raask   |
| Handledare:          | Kristofer Bjerså & Anna Forsberg  |
| Examinator:          | Lars-Eric Olsson  |

## Sammanfattning

---

Specialistsjuksköterskans kompetens behövs för att kunna tillmötesgå de ökade kraven i mer och mer avancerad och specialiserad vård. Specialistsjuksköterska i kirurgisk vård är en ung specialitet som saknar konkreta arbetsbeskrivningar och därmed kan uppfattas som diffus och oklar. Kompetens och förmåga hos specialistsjuksköterskan har beskrivits i tidigare forskning. Dock saknas kunskap om hur specialistsjuksköterskan i kirurgisk vård beskriver sin egen yrkesroll. Syftet med denna pilotstudie var att utifrån den professionsriktade SAUK-modellens perspektiv undersöka hur specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård beskriver sin yrkesroll. Pilotstudien genomfördes som en kvalitativ studie med en fokusgruppintervju och analyserades med deduktiv riktad innehållsanalys med SAUK-modellen som teoretisk bas. Resultatet redovisas under SAUK-modellens kategorier: Inre miljö, Repertoar, Yttre miljö, Motivation, Bekräftelse och Jagrelation. Specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård beskrev att de själva utvecklade sin yrkesroll och att den stundtals upplevdes som diffus, både för dem själva och andra. Dock konstateras att en personlig utveckling hade skett efter vidareutbildningen vilket gjorde att de, trots ett otydligt ramverk, kände sig tryggare i sin yrkesroll genom ett bredare synsätt och en djupare kunskap. Deras fokus hade ett tydligare patientperspektiv jämfört med innan vidareutbildningen. Gränserna och därmed ansvaret för specialistsjuksköterskan i kirurgisk vård är otydligt och styrs i hög grad av den enskilde individens engagemang. Ledning, verksamhet och specialistsjuksköterska bör samspela för att skapa en gynnsam inre och yttre miljö. Detta bildar en grund att utgå ifrån när utmaningar i den nya yrkesrollen skall antas.

*Sökord: Specialistsjuksköterska, Kirurgisk vård, SAUK-modellen, Yrkesroll*

# Abstract

---

The increasing demands in today's more specialised and advanced health service requires the competence of the Clinical Nurse Specialist (CNS) to oblige to the increasing demands. CNS in Surgical Care is a young speciality in Sweden. There are currently no specific job-descriptions and the role might be perceived as ambiguous and vague. The competence and capability of the CNS is described in previous research, but knowledge is unknown about how the CNS in surgical care describe their professional role after completed education. The aim of this pilot study was to investigate how Swedish CNSs in Surgical Care describe their professional role, using the perspective of the SAUC-model. The pilot study was carried through qualitative method using focus group interview. Directed content analysis was used with the theoretical framework of the SAUC-model. Presentation of the result is shown under the SAUC-categories: Internal- and External Environment, Repertoire, Motivation, Self-relation and Confirmation. The CNSs in Surgical Care, Sweden established that a personal development had taken place after the graduation. In spite of an unclear structure, they felt more secure in their professional role having a broader perspective and a deeper knowledge. Focus had shifted towards a more distinct patient-orientated perspective. The individual commitment is a significant factor in directing the ambiguous boundaries and responsibilities of the CNS in Surgical Care. In order to have a beneficial internal and external environment a collaboration including management, the organization and the CNS is needed. This creates a foundation on which the role of the CNS can stand.

*Key Words: Clinical Nurse Specialist, Surgical Care, SAUC model, Professional Role*

# Innehåll

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INLEDNING</b>                        | <b>1</b>  |
| <b>BAKGRUND</b>                         | <b>2</b>  |
| PERSPEKTIV OCH UTGÅNGSPUNKTER           | 2         |
| SAUK-MODELLEN                           | 2         |
| HISTORIK                                | 6         |
| SPECIALISTSJUKSKÖTERSKAN                | 7         |
| DEFINITIONER AV SPECIALISTSJUKSKÖTERSKA | 9         |
| TIDIGARE FORSKNING                      | 11        |
| <b>SYFTE</b>                            | <b>15</b> |
| <b>METOD</b>                            | <b>15</b> |
| URVAL                                   | 15        |
| DATAINSAMLING                           | 16        |
| DATAANALYS                              | 17        |
| FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN           | 17        |
| PILOTSTUDIEN                            | 18        |
| <b>RESULTAT</b>                         | <b>19</b> |
| INRE MILJÖ                              | 19        |
| REPERTOAR                               | 20        |
| YTTRE MILJÖ                             | 21        |
| MOTIVATION                              | 22        |
| BEKRÄFTELSE                             | 23        |
| JAGRELATION                             | 24        |
| <b>DISKUSSION</b>                       | <b>26</b> |
| METODDISKUSSION                         | 26        |
| RESULTATDISKUSSION                      | 28        |
| KLINISKA IMPLIKATIONER                  | 31        |
| FRAMTIDA FORSKNING                      | 31        |
| KONKLUSION                              | 31        |
| <b>REFERENSER</b>                       | <b>33</b> |

# Inledning

---

Som legitimerad sjuksköterska i Sverige finns möjlighet att specialisera sig inom elva specialistutbildningar reglerade av Socialstyrelsen; distriktssköterska, vård av äldre, intensivvård, anestesijukvård, hälso- och sjukvård för barn och ungdomar, psykiatrisk vård, operationssjukvård, ambulanssjukvård, onkologisk vård, kirurgisk vård och internmedicinsk vård. I samhället idag är det ekonomiska faktorer som ligger till grunden för politiska beslut rörande sjukvården vilket ställer krav på vården vad gäller kostnadseffektivitet, samtidigt som god och säker vård skall ges till en åldrande befolkning. Den allt mer avancerade och specialiserade vården kräver en ökad kompetens i fråga om patientsäkerhet, kostnadseffektivitet, riskbedömning och omvårdnad. Detta ställer ökade krav på den enskilda sjuksköterskan som praktiskt skall arbeta under dessa förutsättningar. Röster har höjts för vikten av att utbilda och anställa fler specialistsjuksköterskor inom vården för att kunna tillmötesgå de ökade kraven (Högskoleverket 2010). Socialstyrelsen rapporterade i januari 2010 att det totala antalet sjuksköterskespecialister i Sverige sjunker trots att efterfrågan ökar och fler utbildar sig både till sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2010). Detta gäller även inom området kirurgisk vård som denna studie fokuserar mot.

Specialistsjuksköterskeutbildningen inom kirurgisk vård är relativt ung i Sverige. De första specialistsjuksköterskorna i kirurgisk vård kunde enligt den nya studieordningen examineras från och med år 2001 och det saknas konkreta arbetsbeskrivningar jämfört med de äldre specialistutbildningarna så som distriktssjuksköterska och operationssjuksköterska (Högskoleverket, 2001). Skillnader i arbetsuppgifterna inom den kliniska vården mellan grundutbildade sjuksköterskor och specialistutbildade sjuksköterskor skiljer sig oftast mycket lite, om något alls. Detta gör att många specialistsjuksköterskor väljer andra karriärvägar, så som chefskarriär eller på andra sätt minskad patientnära tid. Ett flertal internationella studier har genomförts med fokus på specialistsjuksköterskans kompetens och förmåga, men kunskap saknas idag om hur specialistsjuksköterskan i kirurgisk vård själv beskriver sin yrkesroll efter examination.

# Bakgrund

---

Denna studie berör specialistsjuksköterskans yrkesroll vilket författarna väljer att definiera med hjälp av Svenska Akademiens ordlista. Det finns inte någon specifik beskrivning av ordet "yrkesroll" i ordlistan. Vid uppdelning av termen kommer *yrke* från ordet *yrka* som i sin grundbetydelse betyder arbeta. Yrke är ett "typ av arbete som man kan försörja sig på och som kräver vissa särskilda kunskaper eller färdigheter" (Svenska Akademiens Ordlista, 2009, s.3635). Ordet *roll* kan beskriva hur en person är i olika sammanhang. Flera olika betydelser finns men i det avseende vi vill beskriva finns följande definition: "visst (förväntat) sätt att vara och bete sig i ett socialt sammanhang" såsom exempelvis yrkesroll (Svenska Akademiens Ordlista, 2009, s.2548).

## Perspektiv och utgångspunkter

Hur vi människor tolkar och beskriver vad en människa är, d.v.s. vår människosyn, styrs av de tolkningsramar vi använder. En människosyn som medvetet antagits i denna studie är den handlingsteoretiska tolkningsramen där människan förstås som ett handlande subjekt. Enligt Jacobs (1989) reflekterar, tolkar och värderar människan sina handlingar och skapar på så sätt sin egen livshistoria. Människan ses alltså som en reflekterande och handlande varelse. Den unika människan lever i en komplex verklighet där den måste rikta sina handlingar mot olika mål i strävan efter att förverkliga sitt liv (Gustafsson, 2004).

## SAUK-modellen

SAUK-modellen (Sympati-Accepterande-Upplevelser-Kompetens) är en omvårdnadsteori som syftar till att utveckla omvårdnadskvaliten utifrån en gemensam värdegrund, gemensamma omvårdnads mål och fungerande dokumentation. Modellen valideras av en teori där tre olika kunskapsnivåer belyses: Vetenskaplig nivå, Teknologisk nivå och Teknisk nivå.

Denna studie avser att utgå ifrån modellen (fält 1), hypoteserna (fält 2) samt teorierna (fält 3) i den vetenskapliga nivån, se tabell 1. I den vetenskapliga nivån utvecklas hypoteser och teorier baserade på en vetenskaplig modell d.v.s. en modell för

målinriktad handling utvecklad av Gustafsson (2004) i samarbete med professor Ingemar Pörn.

Tabell 1. Omvårdnadsteoretisk struktur, vetenskaplig nivå

| Modell  |             | Hypotes  |             | Teori   |
|---|-------------|--|-------------|---|
| Fält 1  |             | Fält 2   |             | Fält 3  |
| Vetenskaplig modell för målinriktad handling/system | ⇒<br>⇒<br>⇒ | Vetenskaplig hypotes att person & miljö; hälsa; omvårdnad; Jagrelation; motivation och bekräftelse är målinriktade system. | ⇒<br>⇒<br>⇒ | Vetenskaplig teori: handlings-teoretisk omvårdnadsteori och jagmotivationsteoretisk bekräftelsesteori |

Modellen för målinriktad handling (fält 1, tabell 1) kan användas för att öka förståelsen för att varje människa är unik och lever i en komplex verklighet. I originalmodellen beskrivs *människans* handlande, men i denna studie har ordet människa ersatts med *specialistsjuksköterskan* i syfte att konkretisera modellen inom det valda ämnet. Modellen förutsätter att det finns ett aktuellt Jag där specialistsjuksköterskan befinner sig och ett idealt Jag, så som specialistsjuksköterskan önskar vara. De målinriktade handlingarna syftar till att minska skillnaderna mellan det ideala och det aktuella.

Ovanstående modell och hypoteser (fält 2, tabell 1) har använts för att utveckla två vetenskapliga teorier: *Handlingsteoretiska omvårdnadsteorin* och *Jagmotivationsteori* (fält 3, tabell 1). Hos specialistsjuksköterskan som ett handlande subjekt ingår det tre nära sammanlänkade delar: livsplan, repertoar och miljö. I varje fas av den målinriktade handlingen handlar specialistsjuksköterskan utifrån de resurser som finns eller de resurser som upplevs finnas. Resurserna kan förstås utifrån projekt i livsplanen, förmågor i repertoaren och omständigheter i miljön. Handlingen kan vara baserad på ett rationellt beslut, men också känslostyrd. Jagrelationen, alltså hur specialistsjuksköterskan ser på sig själv, uppträder i både livsplan, repertoar och miljö och kan förstås genom att delas in i ett *aktuellt jag*, ett *idealt jag* och ett *projektjag*. Det ideala jaget är den person specialistsjuksköterskan önskar att vara, det aktuella jaget är den specialistsjuksköterskan är just nu och projektjaget är de handlingar specialistsjuksköterskan utför för att minska skillnaderna mellan det aktuella jaget och det ideala jaget.

I den jagmotivationsteoretiska bekräftelsesteorin har tre teorier utvecklats: *jagrelation* är människans uppfattning av sig själv, *motivation* som önskan att minska

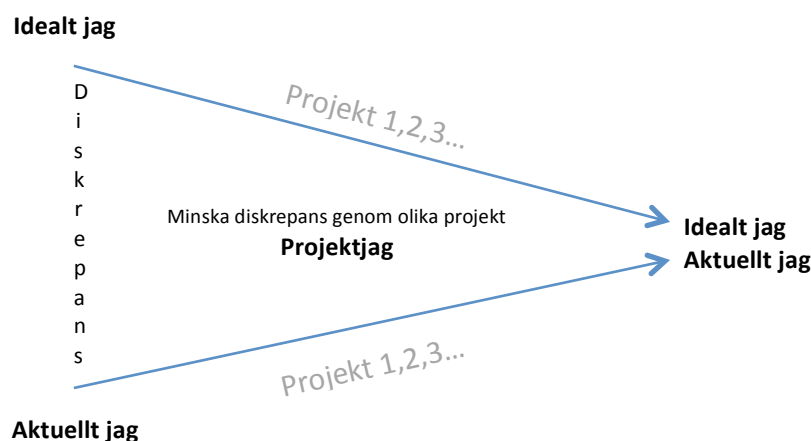


skillnaden mellan det ideala och det aktuella samt *bekräftelse* som evidens som stärker specialistsjuksköterskans självbedömning på ett positivt sätt.

Jagrelationen är specialistsjuksköterskans uppfattning av sig själv och beskrivs som den mest centrala målinriktade handlingen. Den är nära förknippad med två huvudrelationer; den relation specialistsjuksköterskan har till sig själv (inre miljö) och den relation specialistsjuksköterskan har till andra människor och sin omgivning (yttre miljö). När specialistsjuksköterskan sätter upp mål finns förväntningar och krav på omgivningen och även på den egna personen. Specialistsjuksköterskan formar sin jagrelation utifrån den feedback och respons hon/han får från andra och från sig själv. Jagrelationen visar sig i vilka mål specialistsjuksköterskan sätter upp i sin livsplan, förmågan att utföra handlingar som styr mot de mål som satts upp, vilka mål som prioriteras samt hur specialistsjuksköterskan värderar om hon/han är framgångsrik eller inte i relation till krav och förväntningar på sig själv och från andra, d.v.s. inre och yttre miljö.

I sin strävan att hålla fast vid och förverkliga sina mål använder specialistsjuksköterskan sina olika repertoarer. Repertoarer är förmågor som att kunna bedöma, besluta, analysera, handla och reflektera (kognitiv förmåga). Andra, övergripande förmågor, är t.ex. förmågan att vara noggrann, visa omdöme, vara tålmodig, fatta omdömesgilla beslut etc. Människan har även en förmåga att forma realistiska mål, men hur förmågorna används påverkas av miljön som kan delas in i den inre miljön och den yttre miljön. Miljön är de omständigheter som påverkar specialistsjuksköterskan och dennes handlingar. I den inre miljön finns människans känslor såsom skuld, oro, hopp, skam, stolthet, trygghet, fruktan, lättnad. Känslor är grundläggande för om människan agerar eller inte. Andra faktorer i den inre miljön som påverkar beslut och handlingar är värderingar, självinsikt, attityder, gender och kropps - uppbyggnad/funktioner. Den yttre miljön är människans omgivande miljö såsom vårt sociala nätverk och stöd, estetiska värden, natur, kultur, den fysiska miljön etc. Även faktorer som ekonomi, samhällsreformer, organisatoriska och sociala system hör till den yttre miljön. Om omständigheterna i den inre och yttre miljön är gynnsamma så kan detta bli en stabil bas för hur specialistsjuksköterskan väljer att handla, speciellt när det gäller utmaningar.

I teorin om motivation beskrivs de "tre jagen": idealt jag, projektjag och aktuellt jag. Det ideala jaget är den människa specialistsjuksköterskan önskar och vill vara. Det aktuella jaget är där specialistsjuksköterskan i fråga befinner sig nu medan projektjaget är de projekt/handlingar specialistsjuksköterskan utför för att nå närmre till det ideala jaget. En människa vill alltid sträva mot sitt ideala jag och försöka minska avståndet, d.v.s. *diskrepansen*, mellan detta och det aktuella jaget. Diskrepansen kan öka eller minska beroende på en människas handlingar och händelser i livet så som skilsmässa, få barn, sjukdom, få anställning etc.



Figur 1. Enl. SAUK-Modellen (Gustafsson, 2004). Minskad diskrepans genom projekt

Utifrån handlingsteorin beskrivs bekräftelse som en dynamisk process som är en del av den mänskliga motivationen. Bekräftelse kan bevara eller förstärka en positiv självbedömning medan icke-bekräftelse försvagar eller försämrar den. Den respons och feedback som människan får från sig själv och andra kallas för evidens. Evidens bidrar till att specialistsjuksköterskan blir mer säker på sina förmågor vilket ökar motivationen till handlade i utmanande situationer och därmed gör det lättare för specialistsjuksköterskan att nå sina mål.

Specialistsjuksköterskans uppfattning om sin yrkesroll styrs av var denne befinner sig i sitt aktuella-, ideala- och projekt jag. Hur yrkesrollen beskrivs speglar diskrepansen mellan de olika jagen och påverkas av inre- och yttre miljö, repertoar, motivation, jagrelation och bekräftelse. Genom att applicera den professionsinriktade SAUK-modellens perspektiv på specialistsjuksköterskans syn på sin yrkesroll inom kirurgisk vård förväntas en ny, fördjupad och värdebaserad dimension att erhållas.

## Historik

Genom historien förstår man sin samtid. För att kunna spegla dagens specialistsjuksköterska inom kirurgisk vård behövs en kort historisk beskrivning av sjuksköterskeyrkets utveckling internationellt och nationellt.

Elisabeth Fry (1780-1845), en kvinna från kväkarrörelsen, bildade år 1840 en grupp som först kallades de protestantiska barmhärtighetssystrarna och sedan "sjukvårdssystrar". Makarna Fliedner i Kaiserswerth, Tyskland inspirerades av henne och öppnade den första sjuksköterskeskolan i modern tid. Diakonissorna på skolan fick en bred utbildning i farmakologi, sjukvård, undervisning, hembesök, omhändertagande av barn, bibeltydning och bön. I Storbritannien fanns det en förlegad bild på den tiden att en sköterska var gammal, svag, berusad, smutsig och för dum för att kunna arbeta någon annanstans. Denna bild skulle snart ändras och ersättas av den professionella sjuksköterskan. Detta enligt många tack vare Florence Nightingale.

Florence Nightingale (1820-1910) kallas ofta för sjuksköterskeyrkets grundare. Hennes idéer väcktes tidigt och genom att utbilda sig på olika kloster och vid diakonissanstalten i Kaiserswerth blev hennes teorier banbrytande för sjuksköterskorna. Hon gjorde sin främsta insats som hygienreformator och med hjälp av såpa, skurborstar, frisk luft, ordentlig mat och god vård minskade dödligheten på hennes avdelningar dramatiskt. Nightingale stred hela livet för den utsatta människans sak och utmanade styrande män med utredningar och bevis för att få sin sak igenom. Hon tog även på sig uppgiften att utbilda "den nya sjuksköterskan" och bildade en sjuksköterskeskola år 1860 vid S:t Thomas Hospital, London.

Florence Nightingale-sjuksköterskan var ett ideal även i Sverige där hennes bok "Notes of Nursing" översattes år 1861. Under mitten av 1800-talet kopplades kvinnosaksfrågan och sjukvårdsfrågan samman och sjuksköterskeutbildningen började omformas. Sveriges första sjuksköterska, utbildad på Florence Nightingales skola under ett års tid, var Emmy Rappe. Under 1880-talet växte kravet på utbildning av sjuksköterskor. Yrket hade låg status och byggde fortfarande på självuppoffring, kristen grund och kall. Drottning Sofia startade sin egen sjuksköterskeskola 1884 och privatsjukhuset "Sophiahemmet" öppnade 1889. Utbildningen blev tvåårig år 1895 och de färdiga sjuksköterskorna skulle tilltalas "syster". Sophiasystrarna var eftersökta över hela Sverige, främst som operationssköterskor och översköterskor, och bidrog till att

sjuksköterskans status höjdes. I början av 1900-talet bildades Svensk Sjuksköterskeförening (SFF) och det fanns sju större sjuksköterskeskolor i Sverige med två- eller treårig utbildning. År 1920 blev utbildningen statskontrollerad, men det dröjde ända till 1957 tills examinerade sjuksköterskor fick en statlig legitimation. Högskolereformen år 1977 förde med sig en period som har kallats "den vårdvetenskapliga perioden", då vårdutbildningen tvingades anpassa sig till nya krav och mål. Omvårdnad kom i fokus som huvudämne, men utbildningsplanen innehöll svårtolkade målformuleringar då omvårdnadsämnet behövde utvecklas från en vetenskaplig utgångspunkt. Ytterligare en reform kom 1993 där en bred basutbildning på 3 år krävdes innan specialistutbildning var möjligt (Holmdahl, 1997). Sammanfattningsvis har den svenska sjuksköterskan gått från okänd, till erkänd och nu disputerad under en tidsperiod av etthundra år. Ur det här perspektivet växer en ökad förståelse för sjuksköterskans resa och utveckling genom historien vilket lett till ökad specialisering och status.

## Specialistsjuksköterskan

International Council of Nurses (ICN) är en federation som innefattar mer än 130 nationella sjuksköterskeföreningar. Det är världens första och största internationella förening för hälso-och sjukvårds professioner och har sedan år 2000 ett nätverk: Advanced Practice Nursing Network. När ICN gjorde en kartläggning år 2004 över sjuksköterskor i avancerade roller såg man att de fanns i över 30 länder så som Australien, Kina, Sydafrika, Nya Zeeland, USA, Storbritannien, Irland och Sverige (Fagerström, 2011). I många länder har utvecklingen mot fler specialistsjuksköterskor föregåtts av brist på läkare. I USA tog specialistutbildningen form under 1960-talet och specialistsjuksköterskan blev officiellt erkänd som en expertroll under 1970-talet, med rätt att diagnostisera, vårda och behandla patienter.

I Europa har ett flertal utbildningsreformer för utbildningssystemet för sjuksköterskor ägt rum de senaste trettio åren. Syftet med reformerna har dels varit att skapa en gemensam utbildningsbas för sjuksköterskor i Europa, dels att höja professionens status genom att integrera utbildningen i det högre utbildningssystemet, samt att få fler kvalificerade utövare i det kliniska arbetet (Öhlén, Furåker, Jakobsson, Bergh & Hermansson, 2010). En av dessa reformer är Bolognaprocessen vilket är ett

samarbete mellan 49 Europeiska länder om högre utbildning. Målen med deklARATIONEN är att främja rörlighet, anställningsbarhet och Europas konkurrenskraft/attraktionskraft som utbildningskontinent. Dessutom introducerar deklARATIONEN ett nytt utbildningssystem uppdelat i grundnivå (undergraduate level), avancerad nivå (master's level) och forskarnivå (doctoral level) (European Higher Education Area [EHEA], 2010; Regeringskansliet, 2010; Öhlén *et al.* 2010).

I Norden har specialistsjuksköterskeprogram funnits sedan 1970-talet och haft en stark inriktning mot teoretiska studier undantaget utbildningarna till barnmorska och distriktsjuksköterska som enligt lag måste innehålla en viss del kliniska studier (Fagerström, 2011).

Den äldsta specialiseringen i Sverige för sjuksköterskor är operationssjuksköterskan. Övriga specialiteter som formades under slutet av 1800-talet och i början av 1900-talet var specialistutbildning i sinnessvård, barnsjuksköterskor, skolsköterska, dispensärsköterska, laboratoriesköterska och röntgensjuksköterska (Holmdahl, 1997). Sedan 50-talet har specialistsjuksköterskeutbildningen förändrats och utvecklats i olika reformer. I början av 80-talet blev det ett antagningskrav att de studerande skulle ha genomgått gymnasial vårdlinje eller motsvarande. År 1993 fick grundutbildningen den form den har idag med en treårig akademisk utbildning, samt att specialistutbildningen omfattar minst ett års studier på helfart (Högskoleverket, 2010, Sveriges kommuner och landsting, 2009). Bland de sysselsatta specialistsjuksköterskorna är "Allmän hälso- och sjukvård" (medicin och/eller kirurgi) den vanligaste inriktningen. Detta beror på att de enligt tidigare studieordning var inkluderade i grundutbildningen. År 2007 var runt 65 % av specialistsjuksköterskorna i Allmän hälso- och sjukvård (medicin och/eller kirurgi) över 55 år. När specialistsjuksköterskor som har en examen från den äldre studieordningen går i pension kommer antalet specialistsjuksköterskor i kirurgisk och medicinsk vård minska radikalt och efterfrågan att öka. Det beräknas att antalet specialistsjuksköterskor inom denna specialitet kommer att minska med ca 750 specialistsjuksköterskor per år inom de kommande 10 åren medan det för närvarande bara utbildas ett fåtal specialistsjuksköterskor inom kirurgisk och medicinsk vård (Sveriges Kommuner och Landsting, 2009). I Sverige infördes specialistsjuksköterskeexamen med elva inriktningar år 2001 och reviderades 2007 i enlighet med Bologna-processen. För samtliga elva

specialistutbildningar för sjuksköterskor i Sverige ställs krav på en av Socialstyrelsen utfärdad legitimation som sjuksköterska. Undantaget distriktsköterska uppnås examen efter utförda kurser under två terminer. Specialistsjuksköterskeutbildningarna har tolv gemensamma lärandemål där studenten skall visa den kunskap och förmåga som krävs för att arbeta självständigt som specialistsjuksköterska:

Tabell 2. Lärandemål för specialistsjuksköterskeutbildningar.

| Kunskap och förståelse   | Färdighet och förmåga   | Värderingsförmåga och förhållningssätt   |
|--|---|--|
| <p>För specialistsjuksköterskeexamen med respektive inriktning skall studenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och insikt i aktuell forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen,</li> <li>• visa fördjupad kunskap i planering, ledning och samordning av vård- och hälsoarbete.</li> </ul> | <p>För specialistsjuksköterskeexamen med respektive inriktning skall studenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visa fördjupad förmåga att självständigt och i samverkan med patient och närstående identifiera vårdbehov och upprätta vårdplan,</li> <li>• visa förmåga att leda och utvärdera omvårdnadsåtgärder,</li> <li>• visa fördjupad förmåga att initiera, genomföra och utvärdera hälsofrämjande och förebyggande arbete,</li> <li>• visa förmåga att integrera kunskap samt analysera, bedöma och hantera komplexa frågeställningar och situationer,</li> <li>• visa förmåga att medverka vid och självständigt utföra undersökningar och behandlingar inklusive vård i livets slutskede, och visa vårdpedagogisk förmåga.</li> </ul> | <p>För specialistsjuksköterskeexamen med respektive inriktning skall studenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visa självkännedom och empatisk förmåga,</li> <li>• visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna,</li> <li>• visa förmåga till ett professionellt förhållningssätt gentemot patienter och deras närstående,</li> <li>• visa förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens.</li> </ul> |

Utöver dessa mål har varje utbildning ytterligare egna mål. För specialist-sjuksköterskeexamen i kirurgisk vård skall studenten även:

*”visa förmåga att hos patienten med behov av kirurgiska insatser observera, bedöma och åtgärda komplexa vårdbehov” (Högskoleverket, 2010).*

Tre universitet i Sverige erbjuder i dagsläget specialistutbildning inom kirurgisk vård; Göteborgs Universitet, Linköpings Universitet samt Uppsala Universitet (Verket för Högskoleservice [VHS], 2011).

## Definitioner av Specialistsjuksköterska

Internationellt råder det oklarhet kring specialistsjuksköterskans olika benämningar. Ett antal studier har genomförts i försök att förtydliga termförteckningar

och verksamhetsområden för specialistsjuksköterskan. Benämningen "Advanced Practice Nurse" (APN) används som en samlingsterm för de sjuksköterskor som har en högre grad av kunskap och färdigheter vilket möjliggör för dem att arbeta självständigt och initiera omvårdnadsåtgärder. Medicinsk diagnostik eller beslut om behandling innefattas dock inte (Daly & Carnwell, 2003; Gardner, MacDonald, Herbert & Thibeault, 2006; Chang & Duffield, 2007; Fagerström, 2011). Som APN nämns bl.a. "Clinical Nurse Specialist" (CNS) som en yrkestitel. Andra benämningar för sjuksköterskor i avancerade kliniska omvårdningsroller är exempelvis expert nurse, nurse consultant, acute care practitioner, pediatric nurse practitioner, primary health care practitioner, nurse anesthetist, nurse-midwives, specialist practitioner, expanded nursing role, expert practice, physicians assistant och higher level practitioner (Roberts-David & Read, 2001; Daly & Carnwell, 2003; MacDonald *et al.* 2006; Fagerström, 2011). Den mest använda titeln internationellt är enligt Fagerström (2011) Nurse Practitioner (NP), som innebär att specialistsjuksköterskan har rätt att diagnostisera och ordinera medicinsk behandling inklusive förskrivningsrätt. Oklarheter kring vad som definierar en APN skapar svårigheter för specialistsjuksköterskan att beskriva och förtydliga ramverket för sin yrkesroll (Jones, 2005; Gardner, Chang & Duffield, 2007). Behovet av en samlingsterm som APN har vuxit fram då kliniker, forskare, arbetsgivare och utbildare inte har kunnat komma överens om ett tydligt system för specialistsjuksköterskors olika roller. Det begrepp som introducerats som den svenska motsvarigheten till APN är Avancerad Klinisk Sjuksköterska (AKS). AKS kräver en utbildning på masternivå. Det finns sedan år 2003 en utbildning i Skövde till avancerad specialistsjuksköterska (Glasberg, Fagerström, Råihä & Jungerstam, 2009; Fagerström, 2011). Linköpings Universitet startar under våren 2012 Sveriges första Masterprogram för avancerad specialistsjuksköterska inriktning kirurgisk vård (Linköpings Universitet, 2011). Trots att specialistsjuksköterska (Clinical Nurse Specialist) står under paraplybegreppet avancerad klinisk sjuksköterska (Advanced Practice Nurse) finns det några viktiga skillnader. Specialistsjuksköterskan framställs ofta som verksam inom ett specialistområde medan en avancerad klinisk sjuksköterska har kunskap att ta hand om olika patientgrupper och odiagnostiserade patienter med en tydligare självständighet och autonomi än specialistsjuksköterskan (Fagerström, 2011).

ICN definierar Nurse Practitioner eller Advanced Practice Nurse enligt följande:

*"A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A master's degree is recommended for entry level"* (ICN, 2011).

Ser man till hur specialistsjuksköterskan definieras och beskrivs i Sverige står det i patientsäkerhetslagen att en legitimerad sjuksköterska med en specialistsjuksköterskeexamen har rätt att använda ett skyddat specialistnamn:

*"En sjuksköterska får använda en titel som motsvaras av en specialistsjuksköterskeexamen endast om han eller hon har avlagt en sådan examen"*(Socialdepartementet, 2010).

Trots flera försök att skapa gemensamma internationella och nationella beteckningar för specialistsjuksköterskor är forskningen tvetydig.

## Tidigare forskning

Tidigare forskning kring hur specialistsjuksköterskor beskriver sin yrkesroll har kartlagts genom artikelsökning i databaserna PubMed och CINAHL. Använda sökord var "Clinical nurse specialist", "Advanced practice nurse" och "Nurse practitioner".

Tabell 3 Kartläggning av aktuell forskning

| <b>Cinahl Sökning 1</b>           | <b>Träffar</b> | <b>Cinahl Sökning 2</b>     | <b>Träffar</b> | <b>Cinahl Sökning 3</b>           | <b>Träffar</b> |
|-----------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|
| "Advanced practice nurse"         | 707            | "Clinical nurse specialist" | 1424           | "Nurse practitioner"              | 3737           |
| <b>Limits</b>                     |                | <b>Limits</b>               |                | <b>Limits</b>                     |                |
| Peer reviewed                     | 616            | Peer reviewed               | 1318           | Peer reviewed                     | 3192           |
| Research article                  | 143            | Research article            | 297            | Research article                  | 976            |
| 2000-2011                         | 121            | 2000-2011                   | 201            | 2000-2011                         | 724            |
| Title                             | 36             | Title                       | 77             | Title                             | 340            |
| <b>Valda efter titel</b>          | <b>4</b>       | <b>Valda efter titel</b>    | <b>25</b>      | "Profession"                      | 69             |
| <b>Valda efter abstract</b>       | <b>4</b>       | <b>Valda efter abstract</b> | <b>5</b>       | <b>Valda efter titel</b>          | <b>2</b>       |
|                                   |                |                             |                | <b>Valda efter abstract</b>       | <b>2</b>       |
| <b>PubMed Sökning 1</b>           | <b>Träffar</b> | <b>PubMed Sökning 2</b>     | <b>Träffar</b> | <b>PubMed Sökning 3</b>           | <b>Träffar</b> |
| "Advanced practice nurse"         | 546            | "Clinical nurse specialist" | 1288           | "Nurse practitioner"              | 3877           |
| <b>Limits</b>                     |                | <b>Limits</b>               |                | <b>Limits</b>                     |                |
| Reviewed                          | 200            | Reviewed                    | 192            | Reviewed                          | 595            |
| 2000-2011                         | 107            | 2000-2011                   | 123            | 2000-2011                         | 385            |
| Title                             | 32             | Title                       | 47             | Title                             | 95             |
| <b>Antal valda efter titel</b>    | <b>7</b>       | <b>Valda efter titel</b>    | <b>2</b>       | <b>Antal valda efter titel</b>    | <b>8</b>       |
| <b>Antal valda efter abstract</b> | <b>1</b>       | <b>Valda efter abstract</b> | <b>2</b>       | <b>Antal valda efter abstract</b> | <b>1</b>       |

Vid genomläsning av titel och/eller abstract uteslöts följande områden: Specialistsjuksköterskans roll vid specifika sjukdomstillstånd, arbetsmodeller och



utbildning, specialistsjuksköterskans roll i ett specifikt sammanhang så som i palliativ vård, hemsjukvård, vård av äldre, inom alternativmedicin och ur ett ekonomiskt perspektiv.

### **Specialistsjuksköterskans benämning och roll**

I kartläggningen av forskningsläget framkom att benämningen av en specialistsjuksköterska, nationellt som internationellt, är diffus och inbegriper en rad olika titlar (Gibson & Bamford, 2001; Ormond-Walsh & Newham, 2001; Daly & Carnwell, 2003; Carryer, Gardner, Dunn & Gardner, 2007; Gardner, Chang & Duffield, 2007). Även specialistsjuksköterskor upplevde sin roll som otydlig och betungande på grund av okunskap hos ledning, patienter och personal kring specialistsjuksköterskans yrkesroll. Otydligheten i rollen skapade svårigheter för specialistsjuksköterskor att sätta gränser för sitt arbete och tydligare arbetsbeskrivningar efterfrågades (Gibson & Bamford, 2001; Glasberg *et al.* 2009; Plager & Conger, 2007). Avsaknaden av en tydlig roll kunde leda till känslor av isolering, att inte ha ett sammanhang eller vara en del av arbetsgruppen (Bamford & Gibson, 2000). Long, McCan, McKnight & Bradley (2004) beskriver att rolltydlighet, ett officiellt erkännande och tydlig titeldefinition var avgörande när specialistsjuksköterskan skulle introduceras. Otydligheten försvårade utvecklingen av yrkesrollen då det var upp till specialistsjuksköterskan själv att skapa sina egna arbetsuppgifter och därigenom forma sin nya roll. Paradoxalt nog beskrivs specialistsjuksköterskerollen även som tydligare med en starkare yrkesidentitet (Glasberg *et al.* 2009).

Att utveckla sin nuvarande yrkesroll snarare än att identifiera nya utvecklingsområden sågs som viktigt (Bamford & Gibson, 2000). Rollen som specialistsjuksköterska kunde ändras beroende på vårdkontext och var överordnat själva titeln (Roberts-Davis & Read, 2001). Trots att majoriteten av specialistsjuksköterskorna i studien inte fick officiellt utökade befogenheter och hade diffusa nya arbetsuppgifter, upplevde de ett ökat ansvar och större självständighet i arbetet (Glasberg *et al.* 2009). Specialistsjuksköterskornas ökade skicklighet bidrog till en ökad förmåga att undersöka och informera patienten. Patientens hälsosituation och vårdbehov bedömdes mer systematiskt (Carryer *et al.* 2007; Glasberg *et al.* 2009).

### Specialistsjuksköterskans ansvar och mandat

Ansvaret beskrevs som ett helhetsansvar för patienten som innan vidareutbildningen inte fanns. Specialistsjuksköterskorna beskrev ett förändrat tankesätt mot tidigare och patienten vårdades med ett mer holistiskt synsätt (Gibson & Bamford, 2001; Carryer *et al.* 2007; Glasberg *et al.* 2009). Idealet var att vårda patienterna enligt ett holistiskt synsätt och om den praktiska miljön inte tillät detta uppstod en konflikt mellan det aktuella och idealet (Plager & Conger, 2007).

En ökad trygghet, säkerhet och självkänsla bidrog till att specialistsjuksköterskorna var mer självständiga i beslutsfattandet och lättare hanterade problem som uppstod (Gibson & Bamford, 2001; Glasberg *et al.* 2009). I sitt kliniska arbete använde de kunskap de fått under utbildning och erfarenhet samtidigt som de var fast beslutna att utveckla sitt praktiska kunnande genom ständig reflektion (Gardner, Dunn, Carryer & Gardner, 2006). De insåg vikten av ständig utveckling genom att söka kunskap från relevanta källor. Specialistsjuksköterskorna hade förmåga att se bortom det uppenbara problemet och strävade att utvecklas både professionellt och personligt (Bamford & Gibson, 2000; Gardner, Hase, Gardner, Dunn & Carryer, 2007). Deras ökade kunskap uppskattades av både patienter och kollegor (Gibson & Bamford, 2001; Glasberg *et al.* 2009).

### Förutsättningar för specialistsjuksköterskans yrkesutövning

Stöd och bekräftelse från kollegor var en mycket viktigt beståndsdel i det dagliga arbetet, men också att fungera som en resurs genom att hjälpa och stärka kollegor. I utvecklandet av yrkesrollen sågs förebilder och handledning ha en betydande roll (Bamford & Gibson, 2000; Gibson & Bamford, 2001). Multidisciplinärt samarbete med andra upplevdes som en central del av arbetet. För ett effektivt samarbete sågs kommunikation som grundläggande och att arbeta i team var det mest fördelaktiga ur både personal -och patientperspektiv (Gardner, Hase, Gardner, Dunn & Carryer, 2007). Det kliniska arbetet var en viktig och tidskrävande komponent och patientnära vård sågs som karaktäriserande för specialistsjuksköterskan (Gibson & Bamford, 2001; Roberts-Davis & Read, 2001).

Specialistsjuksköterskan hade en ledarroll i den kliniska verksamheten som innebar att utveckla vården och bevaka forskningsläget inom sitt specialismråde (Carryer *et al.* 2007). Den medicinska modellen kunde styra specialistsjuksköterskornas

arbete och ta fokus från det holistiska synsättet som genomsyrade omvårdnaden. Ledarskapsrollen hos specialistsjuksköterskan behövdes för att lyfta fram och ta strid för att bevara och utveckla omvårdnadspecialiteten (Plager & Conger, 2007; Gardner, Carryer, Gardner & Dunn, 2006).

### Hinder för specialistsjuksköterskans yrkesutövning

Hinder för att uppfylla yrkesrollen hos specialistsjuksköterskan var tidspress, att förstå och arbeta i sjukvårdssystemet, ekonomi, att vara överkvalificerad för de arbetsuppgifter som gjordes, att inte få arbeta kliniskt, avsaknad av stöd i utvecklingen av rollen och bristande förståelse för omvårdnadsämnet i organisationen (Duffield, Forbes, Fallon, Roche, Wise & Merrick, 2005; Richmond & Becker, 2005; Plager & Conger, 2007; Glasberg *et al.* 2009). Avundsjuka och negativa reaktioner från kollegor samt visst utanförskap i arbetsgruppen lyftes även fram som hinder för att uppfylla yrkesrollen (Gardner, Carryer, Gardner & Dunn, 2006; Gibson & Bamford, 2001; Glasberg *et al.* 2009).

### Kritik mot forskningen

Vid artikelgenomgång konstaterades att samma författare återkom i 1/3 av artiklarna med viss variation av forskarteam samt att forskningen genomfördes i Australien och Nya Zeeland. Den begränsade geografiska spridningen och ett lågt totalt deltagarantal i studierna kan ses som svagheter samt att vissa studier inkluderade specialistsjuksköterskor som arbetat mindre än 3 månader efter examen (Gardner, Dunn, Carryer & Gardner, 2006; Carryer, Gardner, Dunn & Gardner, 2007; Gardner, Chang & Duffield, 2007; Gardner, Hase, Gardner, Dunn & Carryer, 2007). Två studier gjorda i Storbritannien av samma forskare använde sig av fokusgrupper som datainsamlingsmetod vilket underlättade denna studies syfte. Med tanke på metod var deltagarantalet högt (25 st. totalt) men resultatet generaliserbarhet kan ändå diskuteras (Bamford & Gibson, 2000; Gibson & Bamford, 2001). En kvalitativ finsk studie genomfördes 2009 på svenskt initiativ. Intervjutiderna varierade från 14 till 35 minuter vilket kan tyckas kort då ämnen som synlighet och roll skulle diskuteras med de 17 kvinnliga deltagarna. Även i denna studie intervjuades deltagare kort tid (10 månader) efter examen (Glasberg *et al.* 2009). Studierna berörde specialistsjuksköterskans beskrivning av sin yrkesroll, jämförelser mellan olika specialistroller och/eller

beskrivningar av vad den nya rollen innebar. Ingen av studierna berörde specifikt specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård vilket skulle kunna förklaras i att specialiteten är ung. Dessutom saknas konkreta arbetsbeskrivningar både internationellt och nationellt. Gränserna och därmed ansvaret för specialistsjuksköterskan i kirurgisk vård ter sig därför otydliga och kan försvåra utvecklingen av specialiteten. Beskrivningar av hur yrkesrollen uppfattas hjälper till att tydliggöra dess styrkor och svagheter. Detta kan i sin tur utgöra en grund för utveckling av arbets- och kompetensbeskrivningar samt lärandemål inom specialistutbildningen. Ovanstående utgör problemformuleringen för denna pilotstudie.

## Syfte

---

Syftet med studien är att utifrån den professionsriktade SAUK-modellens perspektiv undersöka hur specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård beskriver sin yrkesroll.

## Metod

---

Studien kommer genomföras med kvalitativ metod genom fokusgruppsintervju och analyseras med deduktiv riktad innehållsanalys enligt Hsieh och Shannon (2005).

### Urval

Ett strategiskt urval kommer att göras omfattande 15-25 specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård verksamma i Sverige. Syftet med det strategiska urvalet är att styra spridning i kön, ålder, erfarenhet och verksamhet (Starrin & Svensson, 1994). Inklusionskriterier är specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård som examinerades efter år 2002 och har arbetat inom sin specialitet under minst ett år, dock ej med kravet på anställningsbenämning "specialistsjuksköterska i kirurgisk vård". Valet att endast inkludera personer som examinerades efter 2002 baserades på den skyddade yrkestiteln som Socialstyrelsen införde år 2001 (SFS, 2010).

## Datainsamling

Då datainsamling sker genom fokusgruppsintervjuer kommer fem fokusgrupper med tre till fem deltagare i varje grupp att konstrueras. Öppna frågor kommer att användas i intervjun, undantaget öppningsfrågorna som är styrda. Fokusgrupp är en form av gruppintervju där en mindre grupp människor under en begränsad tid diskuterar ett på förhand givet ämne med varandra. Metoden lämpar sig väl då gruppdeltagarnas åsikter, attityder och tankar skall studeras. Fokusgruppsintervjuerna kommer att äga rum på informanternas arbetsorter för att underlätta deltagandet. I den mån det är möjligt skall informanterna inte vara verksamma på samma avdelning för att eventuella olikheter skall framkomma. Målet är att deltagarna fritt skall diskutera med varandra och syftet är att erhålla data genom gruppens interaktion med varandra. Ämnet som diskuteras har i förväg bestämts av forskaren. Frågorna till fokusgruppsintervjun följer en strukturerad intervjuguide som moderatorn (intervjuledaren) använder sig av under sessionen. Moderatorn leder fokusgruppens förlopp, men bör hålla sig passiv då målet är att deltagarna ska diskutera fritt med varandra. Moderatorn har till sin hjälp en observatör vars uppgift är att föra anteckningar samt sköta det praktiska kring fokusgruppsstillfället (Wiebeck, 2010). Intervjutillfället kommer att spelas in och materialet förvaras inlåst.

Tabell 4. Intervjuguide till fokusgrupp.

| Intervjuguide  |
|--|
| Intervjuguiden är ett hjälpmedel för strukturering av intervjufrågorna. Enligt Wiebeck (2010) skall första delen i intervjun leda fram till huvudfrågan genom öppnings-, introduktions- och övergångsfrågor.   |
| <b>1. Öppningsfrågor</b><br>- Deltagarna får bekanta sig med varandra genom att svara på enklare frågor med korta svar. Dessa berör fakta och inte attityder och åsikter. Det är viktigt i fokusgruppsintervju att alla uppmuntras till att tala redan i inledningen av sessionen. De frågor som ställs inom denna fas är styrda och tas normalt inte med i analysen. Exempel på fråga: "Var arbetar ni någonstans?" |
| <b>2. Introduktionsfrågor</b><br>- Används för att introducera ämnet. Här ses möjlighet för deltagarna att reflektera över egna erfarenheter inom ämnet. Syftet med denna fas är att underlätta interaktionen i gruppen. Frågorna är öppna och om oväntade svar framkommer bör dessa följas upp senare under sessionen. Exempel på fråga: "Hur tänker ni kring termen specialistsjuksköterska?"                      |
| <b>3. Övergångsfrågor</b><br>- Används för att föra diskussionen mot nyckelfrågorna. Syftet är att gå in djupare på området och närma sig nyckelfrågorna. Exempel på fråga: "Hur ser ni på möjligheter för er att utvecklas i er roll och använda den kompetensen ni har som specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård?"   |
| <b>4. Nyckelfrågor</b><br>- Nyckelfrågorna rekommenderas vara två till fem stycken i en studie. Mer tid ska ägnas åt dessa frågor än åt övriga frågor. Exempel på fråga: "Hur beskriver ni er yrkesroll som specialistsjuksköterska i kirurgisk vård?"   |
| <b>5. Avslutningsfrågor</b><br>- Alla får inom denna frågedel möjlighet att reflektera kring vad som sagts och ges tillfälle att uttrycka sin slutgiltiga position i ämnet. Moderatorn kan här göra en sammanfattning och deltagarna får uttrycka om konklusionen ger en rättvis bild åt vad som har sagts.  |
| <b>6. Slutfrågor</b><br>Syftet med slutfrågan är att försäkra sig om att ingen viktig aspekt har förbisetts. Exempel på fråga: "Är det något vi missat eller som ni vill tillägga?" (Wiebeck, 2010).   |

## Dataanalys

Hsieh och Shannon (2005) skriver att innehållsanalys är en flexibel forskningsmetod som används för att subjektivt tolka innehållet i en text genom att systematiskt klassificera text till ett antal kategorier som representerar liknande betydelse. Syftet med innehållsanalys är att skaffa kunskap och förståelse av fenomenet eller området som studeras. Kvalitativ innehållsanalys delas in i tre delar; konventionell, riktad och summerande innehållsanalys. Riktad innehållsanalys, vilken används i denna studie, har en deduktiv ansats och använder förutbestämda kategorier utifrån en redan existerande teori. Det anses därför vara en mer strukturerad form av innehållsanalys. Målet med denna form av analys är att bekräfta eller utvidga en teori eller en teoretisk struktur inom ett valt forskningsområde. Valet av teori i denna studie har hamnat på den professionsriktade delen av SAUK-modellen (Gustafsson, 2004). Inspelad data transkriberas ordagrant. I nästa fas analyseras data enligt Hsieh och Shannon (2005) genom att forskarna, var och en för sig, förutsättningslöst läser transkriberat material. Data som är relevant för studiens syfte färgmarkeras. Nästa steg i analysen utgörs av en gemensam genomgång av data där all färgmarkerad text kodas in under de från SAUK-modellen utvalda huvudkategorierna; *yttre miljö, inre miljö, repertoar, jagrelation, motivation och bekräftelse*. Meningsbärande enheter väljs från transkriberad data och sorteras in under huvudkategorier med underkategorier. I samtliga huvudkategorier förekommer underkategorierna *aktuellt jag, projekt jag och idealt jag* (Gustafsson, 2004).

## Forskningsetiska överväganden

Utgångspunkten för forskningsetiska överväganden är individskyddskravet vilket innebär att de individer som deltar i fokusgrupperna inte får utsättas för kränkningar, psykisk eller fysisk skada eller förödmjukelse. Informanten har även ett skydd mot olämplig insyn i privatlivet. I samhället finns även ett krav på att forskning som fördjupar och utvecklar kunskaper skall bedrivas, vilket vi menar att denna studie uppfyller. Detta krav kallas forskningskravet och skall balanseras mot individskyddskravet för att forskning skall kunna bedrivas samtidigt som individens integritet bevaras. Vår bedömning i denna studie är att integriteten hos informanterna inte kommer att äventyras på ett sätt som skulle hindra studiens genomförande. Med

stöd av övriga informanter i respektive fokusgrupp avgör informanten själv vad och hur mycket som delges forskarna. I individskyddskravet ryms fyra allmänna huvudkrav på forskning, Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Kravet för information innebär att forskarna informerar inblandade informanter om syftet med den aktuella studien. Samtyckeskravet innefattar att varje deltagare i studien själv kan bestämma över sin medverkan genom att forskaren skall hämta in deras samtycke. Uppgifter kring deltagarna i studien skall hanteras konfidentiellt och personuppgifter förvaras otillgängligt för obehöriga. Detta kallas för konfidentialitetskravet. Kravet för nyttjande innebär att de uppgifter som samlats in endast får användas i forskningssyfte (Vetenskapsrådet, 2002). I studien skickas forskningspersonsinformation utifrån Etikprövningsnämndens (2007) förslag, innehållande studiens syfte och genomförande till inbjudna deltagare. Informationen innefattar att deltagandet är frivilligt och att informanterna har rätt att avbryta sin medverkan. Deltagarnas samtycke inhämtas och ytterligare muntlig information ges efter positiv respons. Studiens fokusgruppsdeltagare garanteras konfidentialitet samt att personuppgifter hanteras enligt Personuppgiftslagen (SFS, 1998:204). Insamlade uppgifter används endast i forskningssyfte och får ej nyttjas för kommersiellt bruk.

## **Pilotstudien**

I syfte att pröva metodens användbarhet liksom det valda perspektivet har en pilotstudie med ovan beskrivna datainsamling och dataanalys genomförts. Inklusionskriterierna för informanterna inom pilotstudien var specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård examinerade vid Göteborgs Universitet, verksamma vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och arbetat minst ett år efter examen. Totalt kontaktades åtta personer vilka erbjöds att delta i studien. Dessa blev skriftligen informerade om studiens syfte och genomförande. Tre av de tillfrågade tackade ja och gavs ytterligare muntlig information om studien. Dessa tre var alla anställda som specialister i kirurgisk vård men hade skilda arbetsuppgifter/roller på sina respektive avdelningar. Fokusgruppsintervjun genomfördes i en konferenslokal på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och varade under ca 45 minuter. Intervjun dokumenterades med ljudinspelning. Av studiens två författare var E P moderator och P R var observatör.

# Resultat

---

Resultatet visar hur specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård beskriver sin yrkesroll innan, under och efter sin examen och redovisas i tabellform under de förvalda huvudkategorierna: Inre miljö, Repertoar, Yttre miljö, Motivation, Bekräftelse och Jagrelation. Under varje huvudkategori redovisas även Aktuellt jag, Projekt jag och Idealt jag.

## Inre miljö

Redan innan valet gjordes att studera till specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård fanns en önskan hos informanterna att få ökad kunskap och kompetens inom det område deltagarna var verksamma inom. Det personliga intresset och viljan att vidareutvecklas inom kirurgisk vård låg till grund för valet av vidareutbildning. Informanterna upplevde det svårt att beskriva sin kompetens och beskrev det som en pågående process som påverkas av både arbetslivserfarenhet och faktisk kunskap från vidareutbildningen. Informanterna var överens om att de kände sig tryggare efter utbildningen och därmed hade lättare att möta patienter i avancerade situationer. Rädslan att ställas inför svåra frågor var inte lika stor längre. De uttryckte att specialistutbildningen i kirurgisk vård hade hjälpt dem utvecklas på det personliga planet mer än gett dem ökade tekniska färdigheter. Åsikterna bland informanterna gick här isär när det kom till utbildningens innehåll och upplägg då någon efterlyste mer medicinsk-kirurgisk kunskap, medan någon tyckte att upplägget var bra (tabell 5).



Tabell 5. Beskrivning av meningsbärande enheter och underkategorier utifrån huvudkategorin Inre miljö.

| Inre miljö   | Aktuellt jag  | Projekt jag  | Idealt jag                                | Forskarens tolkning  |
|--|---|--|---|--|
| <i>"Ingen som prackade på mig någon utbildning utan den sökte jag själv(...)med ett personligt intresse(...)ville vidareutvecklas."</i>  | Vill vidareutvecklas och har ett personligt intresse.                           | Sökte utbildningen på eget initiativ.                        | Ökad kunskapsnivå.                        | Minskad diskrepans mellan aktuellt jag och idealt jag genom ett tydligt projekt.   |
| <i>"När man går och trampar på avdelningen som vanligt jobbar man ju på precis som alla andra men förhoppningen är ju(...)att det har gett någonting [syftar på utbildningen], att man har någonting mer med sig som gör en bättre."</i> | Arbetar som tidigare.   | Använder kunskap från specialistutbildning i kirurgisk vård. | Kompetens på en högre nivå.               | Ökad diskrepans mellan aktuellt jag och idealt jag genom upplevelsen att arbeta likt innan utbildningen men idealet är en högre kompetensnivå. |
| <i>"Det är ju att erkänna sin roll egentligen när man har en sådan skylt [namnskylt som säger specialist-sjuksköterska](...) jag har inte skaffat någon (...)jag känner mig inte riktigt där ännu."</i>                                  | Upplever osäkerhet i sin roll som specialist-sjuksköterska inom kirurgisk vård. | Vilja att lyfta fram sin unika kunskap.                      | Erkänna sin nya roll inför sin omgivning. | Ökad diskrepans mellan aktuellt jag och idealt jag då önskan att erkänna sin roll fanns men hindras av en osäkerhet.                           |

## Repertoar

Den kliniska repertoaren hos informanterna hade ökat efter vidareutbildningen till specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård. Detta tog sig i uttryck i mötet med patienterna där informanterna nu upplevde sig avsätta mer patientnära tid, ökad patientdelaktighet i omvårdnadsplanering och genomföra mer pedagogiska samtal med patienterna. Ibland var det svårt att formulera vad som gjordes annorlunda, men det rådde konsensus i gruppen om att en utveckling skett under utbildningen, vilket inneburit att tänkandet och arbetet genomfördes på ett annat sätt jämfört med tidigare. Denna ökade trygghet och säkerhet gjorde att informanterna vågade se bortom den fysiska åkomman hos patienten och se patienten som en helhet. Enighet rådde hos informanterna över att arbetsfokus hade skiftat, från att behandla den fysiska åkomman

och därefter se patienten som utskrivningsklar till en mer holistisk patientsyn. Fokus var nu inriktat mot patientens upplevelse av sin vårdtid, och vårdgivarens roll var att skapa god förutsättning för patienten att själv hantera sin vårdssituation (tabell 6).

Tabell 6. Beskrivning av meningsbärande enheter och underkategorier utifrån huvudkategorin Repertoar.

| Repertoar  | Aktuellt jag  | Projekt jag  | Idealt jag   | Forskarens tolkning  |
|--|---|--|--|--|
| <i>"Man är inte lika rädd för att ställa de svåra frågorna längre eller rättare sagt, man är inte lika rädd för vad man ska göra med svaren."</i>                                    | Vidareutbildningen har gett en breddad repertoar som möjliggjort att börja våga ställa svåra frågor och hantera svaren. | Använder kunskap från specialistutbildning i kirurgisk vård i ett bredare synsätt. | Trygg i patientmötet.                                    | Minskad diskrepans mellan aktuellt jag och idealt jag då informanten har en bredare repertoar genom ökad kunskap och förståelse i mötet med patienten. |
| <i>"Ens eget fokus för patienten har skiftat från: (...)nu ska vi laga det här som är trasigt och skicka ut dig så fort som möjligt, till att resan ska bli så bra som möjligt."</i> | Fokus i arbetet utifrån ny kunskapsbas.   | Ändrat fokus genom utbildning.   | Utgå från ett patientfokus med en holistisk människosyn. | Minskad diskrepans mellan aktuellt jag och idealt jag då verktyg har erhållits och använts för att se patientens situation som en helhet.              |

## Yttre miljö

Några egna konkreta mål med sin utbildning uttrycktes inte, men det fanns förhoppningar om att den skulle leda till nya arbetsuppgifter. När utbildningen genomförts, hade informanternas arbetsplatser ingen handlingsplan med färdiga uppdrag för dem som specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård. Informanterna menade att deras kollegor uppfattade utbildningen som diffus och ofta trodde att den innebar ett byte av arbetsplats. De fick frågor av kollegor kring vad de skulle göra med utbildningen och varför de läste vidare till specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård. Detta var frågor som informanterna ibland hade svårt att svara på, då även de själva upplevde utbildningen som diffus. Som exempel nämndes andra specialistutbildningar så som barnmorska, operations- och anestesijuksköterska. Där gavs specialistsjuksköterskorna efter examen en ny anställning med tydligt uppdrag. De reflekterade kring hur en kirurgisk avdelning skulle se ut om kravet fanns att de anställda sjuksköterskorna hade en specialistutbildning i kirurgi. Informanterna menade att då utbildningen är relativt ung skapar det osäkerhet kring yrkesrollen och yrkesfunktionen, samtidigt som det finns stora utvecklingsmöjligheter. Som färdiga specialister ville informanterna vara till hjälp för andra kollegor, och upplevde sig få fler frågor jämfört med innan utbildningen. Från kollegorna fanns en nyfikenhet på vad informanterna gjorde under utbildningen och vad

de lärt sig. Det var en självklarhet att hjälpa till och bidra med sin nya kunskap. Känslan av ökade förväntningar från kollegor upplevdes som både positivt och negativt. Förväntningarna från omgivningen att prestera något konkret efter utbildningen var både motiverande och påfrestande. Informanterna hade även blivit uppmuntrade under utbildningen att läsa vetenskapliga artiklar och att genom diskussioner driva vården framåt. Dock betonade deltagarna att de försökte ha ett ödmjukt förhållningssätt till detta genom att inte forcera sina åsikter på kollegor (tabell 7).

Tabell 7. Beskrivning av meningsbärande enheter och underkategorier utifrån huvudkategorin Yttre miljö.

| Yttre miljö   | Aktuellt jag  | Projekt jag  | Idealt jag  | Forskarens tolkning  |
|---|---|--|---|--|
| <i>"Jag är inte den som känner att jag vill trycka ned saker i halsen på folk, om det är vetenskapliga artiklar eller vad det är. Men är det någon som behöver hjälp(...) så är det självklart att man gärna hjälper till."</i> | Bistår med sin nya kunskap men vågar/vill inte spontant lyfta fram den.                                       | Att vara ödmjuk i sin roll som specialistsjuksköterska i kirurgisk vård och vara en resurs för kollegor.                           | Att ha en jämnvikt mellan att driva vården framåt och att inte stöta sig med arbetsgruppen.                                       | Minskad diskrepans mellan aktuellt jag och idealt jag i att vara en resurs. Ökad diskrepans i att ta mandat att använda sin kapacitet. |
| <i>"Ibland kan det kännas (...) bara för att man har denna utbildningen så förväntas man driva vården framåt. Men ibland känner man (...), det är rätt skönt att jobba bara vanligt."</i>                                       | Känner förväntningar från den yttre miljön d.v.s. omgivningen, att driva vården framåt men saknar motivation. | Stundtals undvika att anta rollen som specialistsköterska i kirurgisk vård för att minska förväntningar och krav från omgivningen. | Att ha en minskad belastning av sina egna och omgivningens förväntningar i den nya yrkesrollen och att fortsätta arbeta kliniskt. | Aktuellt jag innebär att stundtals passiviserar sig och det ideala jaget grundar sig på otydliga mål.                                  |

## Motivation

Det var både inre och yttre faktorer som gav informanterna motivation till att vidareutbilda sig. Som yttre faktorer nämndes uppmuntran från chefen, avsatt tid för studier samt möjlighet till betald praktiktjänstgöring. Vad gällde lön beskrevs detta inte som en påverkande faktor då ingen av informanterna fått löfte om löneökning efter avslutad utbildning. Inre faktorer som nämndes var viljan att vidareutvecklas, att bli bättre på sitt arbete samt det personliga intresset för området kirurgisk vård (tabell 8).

Tabell 8. Beskrivning av meningsbärande enheter och underkategorier utifrån huvudkategorin Motivation.

| Motivation  | Aktuellt jag   | Projekt jag   | Idealt jag  | Forskarens tolkning  |
|---|--|---|---|--|
| <i>"Jag får väl se om min chef har något intresse av att använda min utbildning på något annat sätt än rent kliniskt.(...)om de [syftar på chefen] nu vill höja kompetensnivån (...).så är det ju nästan upp till dem, (...)Vi har ju inga specialisttjänster på avdelningen utan det får ju vår chef (...).skapa."</i> | Har en vilja att använda sin utbildning på nya sätt men avvaktar direktiv från sin chef. | Har en motivation till att bruka sina kunskaper fullt ut. | Att använda den fulla potentialen av sin kunskap utifrån en anställning som specialistsjuksköterska i kirurgisk vård. | Ökad diskrepans mellan aktuellt jag och idealt jag då informanten inte har någon anställning som specialist-sjuksköterska i kirurgisk vård, och inte heller utrymme att verka som sådan. |
| <i>"Sedan jag har blivit färdig så har jag ju ändå fått och tagit emot det här uppdraget(...). Då får man avsatt tid till att strukturera upp sin verksamhet(...) och den tiden kan jag förbruka som jag vill."</i>   | Fått möjlighet att arbeta som specialistsjuksköterska.                                   | Har accepterat ett uppdrag och arbetar självständigt.     | Ha avsatt tid som motivation för att använda sin specialistkompetens.   | Minskad diskrepans mellan aktuellt jag och idealt jag då informanten efter genomförd utbildning har fått ett nytt utrymme att använda sin specialistkompetens.                           |

## Bekräftelse

Det fanns både bekräftelse och icke-bekräftelse från omgivningen till den nya rollen som specialistsjuksköterska. Det nämndes att utbildningen hade gett ökat självförtroende och en kunskapsgrund att stå på. Informanterna konstaterade att skylten som sa "specialistsjuksköterska i kirurgisk vård" ofta gav bekräftelse från patienterna, men att det även kunde provocera arbetskollegor. Föreställda reaktioner från omgivningen påverkade i valet att påvisa sin specialistroll eller inte (tabell 9).

Tabell 9. Beskrivning av meningsbärande enheter och underkategorier utifrån huvudkategorin Bekräftelse.

| Bekräftelse  | Aktuellt jag  | Projekt jag  | Idealt jag  | Forskarens tolkning  |
|--|---|--|---|--|
| <i>"fast man får ju väldigt mycket frågor(...) när man går med sin nya fina skylt som det står specialistsjuksköterska på. Då frågar patienten "vad innebär det" och de blir väldigt nöjda när man svarar att det betyder att jag har läst mer".</i> | Får bekräftelse av patienterna för sin nya kunskap.                             | Genom den nya kunskapen som specialistutbildning en gett, kunna lyfta fram sin nya roll som specialist-sjuksköterska i kirurgisk vård. | Att bli bekräftad utifrån den nya yrkesrollen.    | Minskad diskrepans mellan aktuellt jag och idealt jag då informanten får bekräftelse och erkänner sig som specialist-sjuksköterska i kirurgisk vård. |
| <i>"det uppfattas som luddigt av många(...) "jaha, men vad ska du göra med det här då, varför läser du vidare då?" "</i>   | Val av specialist-utbildning ifrågasätts av omgivningen, s.k. icke-bekräftelse. | Valt att utbilda sig till specialist-sjuksköterska i kirurgisk vård  | Att bli bekräftad i sitt val av vidareutbildning. | Diskrepans mellan aktuellt jag och idealt jag då valet ifrågasätts av kollegor och informanten strävar efter bekräftelse av sina mål.                |

## Jagrelation

Informanterna reflekterade över sin egen utveckling, hur utbildningen hade påverkat dem och hur de påverkade sin arbetssituation. Utbildningen uppfattades som något personligt som specialistsjuksköterskan själv, och inte avdelningen, ägde. Då det inte fanns någon färdig specialistsjukskötersketjänst efter avslutad utbildning på någon av informanternas enheter, uttryckte de att det var upp till dem själva att skapa nya arbetsuppgifter. Detta var styrt av personliga intressen och det som de själva intresserade sig för. Bland informanterna sågs en skillnad i hur deras arbetsuppgifter såg ut efter specialistutbildningen. De uttryckte en ny ödmjukhet inför sitt arbete och inför kunskap hos dem själva i relation till kollegors kliniska erfarenhet. Det konstaterades att det fanns skillnad i reell och formell kompetens. Kunskapen som förvärvats ökade helhetssynen, men betydde inte nödvändigtvis ökad teknisk eller medicinsk kunskap (tabell 10).

Tabell 10. Beskrivning av meningsbärande enheter och underkategorier utifrån huvudkategorin Jagrelation.

| <b>Jagrelation</b>   | <b>Aktuellt jag</b>  | <b>Projekt jag</b>                        | <b>Idealt jag</b>  | <b>Forskarens tolkning</b>   |
|--|--|---|--|--|
| <i>"Inom kirurgisk specialitet så finns det ju inte det färdiga uppdraget på samma sätt utan det är upp till oss själva att skapa det egentligen utav det som vi brinner för(...)"</i> | Arbetar utan riktlinjer och ramar i sin roll som specialistsjuksköterska i kirurgisk vård. | Skapa ett uppdrag utifrån egen drivkraft. | Ha ett specialistuppdrag inom området kirurgisk vård.  | Ökad diskrepans mellan aktuellt jag och idealt jag då riktlinjer och förutsättningar ej har erbjudits i en anställning som specialist-sjuksköterska. |
| <i>"Möjligheter till att utvecklas är vad jag själv gör det till, alltså om man vill driva någonting framåt."</i>  | Ser möjligheter till utveckling som specialistsjuksköterska i kirurgisk vård.              | En vilja att driva projekt framåt.        | Påverka omständigheterna för att kunna förverkliga mål som specialistsjuksköterska i kirurgisk vård. | Minskad diskrepans mellan aktuellt jag och idealt jag då möjligheterna till utveckling är goda.  |

# Diskussion

---

## Metoddiskussion

Kvalitativ metod används eftersom vi möter specialistsjuksköterskor som subjekt och strävar efter en förståelsekunskap kring deras yrkesroll. Metoden används med fördel på ett mindre urval då forskaren strävar efter att gå djupt i ett valt ämne. Om urvalet är väldefinierat är en styrka i metoden att resultatet då kan överföras till en större population. Andra styrkor är metodens holistiska fokus, dess flexibilitet och strävan mot en djupare förståelse av fenomenet. Nackdelar med kvalitativ metod kan vara att forskaren har en förutfattad mening om det som ämnas studeras vilket påverkar överförbarheten. Ytterligare en svaghet kan vara forskarens närvaro påverkar deltagarna i studien. Relationen mellan forskaren och deltagaren kan även inverka på resultatet (Carr, 1994). Målsättningen med kvalitativ metod genom fokusgrupp är att utifrån SAUK-modellens perspektiv få en inblick i och kunskap om hur specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård beskriver sin yrkesroll. Resultatet kan inte överföras utifrån pilotstudien, men beskrivningarna som framkommer kan ses bland populationen i vårt kliniska vardagsarbete.

Vi har prövat att använda riktad innehållsanalys med deduktiv ansats i pilotstudien. Här lade vi vikt vid att försöka upprätthålla en systematisk analysprocess med förutbestämda kategorier utifrån SAUK-modellen. Inspelad data transkriberades ordagrant av författarna själva, vilket anses vara det bästa underlaget för en systematisk och noggrann analys (Wibeck, 2010). Kvalitativ innehållsanalys är lämplig för data från fokusgrupper och målet med riktad innehållsanalys är att bekräfta eller utvidga en teori eller teoretisk inramning (Hsieh & Shannon, 2005). Trovärdigheten i den professionsriktade SAUK-modellens perspektiv anses har styrkts genom denna pilotstudie och att perspektivet tillför en ny dimension i analysen av hur specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård beskriver sin yrkesroll. SAUK-modellen var användbar och de förvalda huvudkategorierna *yttre miljö*, *inre miljö*, *repertoar*, *jagrelation*, *motivation och bekräftelse* samt underkategorierna *aktuellt jag*, *projekt jag* och *idealt jag* kunde appliceras på insamlad data utan att det blev konstruerat eller krystat. Med hjälp av dessa förvalda kategorier fokuserades intervjufrågorna och

resultatet kunde tydliggöra en beskrivning av verkligheten så som den uppfattas av deltagarna. Utmaningarna med denna metod är att forskarna tar sig an dataanalysen med ett medvetet men ändå starkt bias, i form av att utgå från en redan existerande teori. Forskarna kan då vara mer benägna att hitta data som stöder vald teori än att hitta data som inte stöder den (Hsieh & Shannon, 2005). I pilotstudien konstaterades att under analysfasen är övertolkningar samt undertolkningar av data en fara för trovärdigheten och att upprepningar av studien av andra forskare kan leda till skiftande resultat då SAUK-modellen i sin helhet är mycket omfattande.

Fokusgruppsintervju valdes som metod för datainsamling. Fördelar med fokusgrupper är att de ger möjlighet till upptäckande, ger djup och kontext, ger upphov till tolkning och genererar nya idéer hos forskarna såväl som deltagarna (Wibeck, 2010). Fokusgrupp innebär interaktion mellan deltagarna som får göra sin röst hörd, kan bli medvetna om problemområden som berör dem personligen samt dela erfarenheter och åsikter. Denna interaktion ses som en faktor som starkt kan påverka resultatet. Gruppen kan censurera avvikelser från gruppnormen samtidigt som deltagaren kan avstå från att uttala sig om känsliga ämnen och därmed osynliggörs meningsskiljaktigheter. Grupstryck kan även påverka deltagarna att överdriva sina åsikter, hålla inne med åsikter av artighetsskäl eller av rädsla för att generera sig själv eller andra utifrån vad som anses socialt accepterat. Detta är en fara för trovärdigheten i fokusgruppsstudier (Wibeck, 2010). Dock bedömdes att atmosfären i pilotstudiens grupp var öppen och avslappnad. Av en slump hade deltagarna varit kurskamrater under vidareutbildningen vilket måste tas i beaktande när gruppinteraktionen diskuteras. Under intervjutillfället skrevs noteringar ner av observatören, P R, vilket skulle användas som ett komplement till ljudinspelningen samt för att dokumentera icke-verbala interaktioner och belysa vem i gruppen som talade. Denna skrivna information var tillgänglig under analysprocessen, men vikten och användningen av den syntes oklar. I pilotstudien utfördes intervjun under ca 45 minuter vilket av forskarna upplevdes som för kort. Diskussionen hade med fördel kunnat fortsätta efter utsatt tid. I en fullskalig studie bör tiden för fokusgruppsintervju tas i beaktande.

Forskarna är medvetna om att deras begränsade erfarenhet gällande fokusgruppsstudier och deduktiv innehållsanalys kan ha påverkat resultatet vilket påverkar pilotstudiens trovärdighet (tillförlitlighet). En fullskalig studie skulle vara



värdefullt för att stärka resultatet samt ytterligare validera SAUK-modellen.

## Resultatdiskussion

Syftet med studien var att utifrån den professionsriktade SAUK-modellens perspektiv undersöka hur specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård beskriver sin yrkesroll. Rollen beskrevs som otydlig och diffus. Riktlinjer och arbetsbeskrivningar saknades och ansvaret överläts på specialistsjuksköterskan själv att skapa/utveckla rollen genom sitt engagemang. Trots varierande arbetsuppdrag hos informanterna framkom att en kompetensutveckling hade skett efter slutförd vidareutbildning. Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (2005) är grunden för att tydliggöra sjuksköterskans profession och yrkesutövning. Svensk sjuksköterskeförening arbetar för att ta fram ytterligare kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor med specialisering inom olika områden. De flesta specialistområden har redan en kompetensbeskrivning, men för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård saknas det ännu en sådan. En kompetensbeskrivning kan användas i utformandet av kursplaner och därmed skapa en gemensam utbildningsgrund för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård. Specialistsjuksköterskeutbildningens syfte och innehåll bör vara gemensamt för de lärosäten där utbildningen bedrivs. Genom att tydliggöra specialistsjuksköterskans roll genom en gemensam vision från verksamheter och akademier upprätthålls en kvalitetsgaranti på nationell nivå. Även internationell jämförelse underlättas (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Återkommande ord i tidigare forskning inom det valda området för att beskriva specialistsjuksköterskan och dennes roll, titel och funktion har varit "diffus" och "otydlig". Deltagarna i denna studie, vars specialistområde är kirurgisk vård, bekräftar denna bild genom att beskriva sin nya yrkesroll som stundtals svårdefinierad och oklar för både dem själva, kollegor och ledning. Denna otydlighet ses som både ett hinder och en möjlighet av informanterna då en otydlig roll skapar utrymme för egna initiativ men samtidigt även kan upplevas som påfrestande. Gränserna för specialistsjuksköterskerollen är otydliga och därmed även ansvaret (Glasberg *et al.* 2009). Utifrån utsagor från specialistsjuksköterskorna i kirurgisk vård kan konstateras att den enskildes engagemang och personlighet kan vara avgörande för hur den nya yrkesrollen formas inom verksamheten. Den enskilde individens betydelse skall inte

underskattas i utvecklandet av yrkesrollen när arbetsbeskrivningar och arbetsuppgifter är otydliga. Det stora egenansvaret kan dock upplevas som betungande om stöd och resurser saknas i utvecklandet av rollen (Gibson & Bamford, 2001; Plager & Conger, 2007). Ett optimalt samspel mellan ledning, verksamhet och specialistsjuksköterskan kan ses som en gynnsam inre och yttre miljö som i sin tur ger specialistsjuksköterskan en grund att utgå ifrån när utmaningar i den nya yrkesrollen skall antas (Gustafsson, 2004).

Glasberg *et al.* (2009) konstaterar att specialistsjuksköterskorna upplevde sin yrkesroll som tydligare och att en personlig utveckling hade skett som underlättade ett holistiskt synsätt i det kliniska arbetet. En ökad självkänsla, trygghet och säkerhet i arbetet hade infunnit sig efter vidareutbildningen. Även resultatet i denna studie indikerar att specialistsjuksköterskan i kirurgisk vård, trots ett otydligt ramverk, känner sig tryggare i sin yrkesroll genom ett bredare synsätt och en djupare kunskap efter vidareutbildningen. Tryggheten bidrar till att de lättare hanterar mötet med patienter i komplicerade situationer och deras fokus har ett tydligare patientperspektiv, vilket tidigare forskningsresultat bekräftar (Ormond-Walsh & Newham, 2001). Deltagarna upplevde att deras tankesätt har förändrats och de såg med nya ögon på kunskap och utveckling. Detta bekräftas av tidigare forskning som visar att specialistsjuksköterskan utvecklas på ett personligt plan under och efter vidareutbildning, blir mer kreativ och flexibel i sin problemlösning och använder ett mer icke-linjärt tänkande för att kunna hantera den komplexa omvårdnadsnivån (Gibson & Bamford, 2001; Gardner, Carryer, Gardner & Dunn, 2006; Glasberg *et al.* 2009).

Specifika hinder för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård att infria eventuella uppsatta mål för yrkesrollen framkom inte i studien. Underförstått kan dock rollens otydlighet i sig vara ett hinder samt att deltagarna arbetade kvar på samma avdelning som innan vidareutbildningen, vilket kan försvåra antagandet av en ny roll i arbetslaget. Tidigare studier har påvisat en rad ytterligare hinder, främst i den yttre miljön, för att uppfylla yrkesrollen hos specialistsjuksköterskan. Detta kunde bidra till en konflikt mellan specialistsjuksköterskans aktuella jag som hindrades av bland annat tidspress, bristande stöd, utanförskap, ekonomi, att vara överkvalificerad för arbetsuppgifterna samt uteblivet kliniskt arbete och det ideala jaget att bedriva holistisk vård (Gustafsson,

2004; Duffield, Forbes, Fallon, Roche, Wise & Merrick, 2005; Richmond & Becker, 2005; Plager & Conger, 2007).

Sjuksköterskors motivation till att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterskor behandlades inte i valt forskningsunderlag. I denna studie framkom att deltagarna hade ett starkt personligt intresse för kirurgisk vård, vilja att vidareutvecklas samt att bli bättre på sitt arbete. Dessa motiv var starka faktorer i beslutsfattandet gällande att vidareutbilda sig och visade på en förmåga att förändra sin situation genom att sätta upp realistiska mål (i form av att genomföra en specialistutbildning) och på det sättet närma sig sitt ideala jag (Gustafsson, 2004).

Av flera studier framkom vikten för specialistsjuksköterskan att kvarstanna i det kliniska arbetet (Bamford & Gibson, 2000; Gibson & Bamford, 2001; Duffield *et al.* 2005) och detta nämndes även i denna studie där deltagarna uttryckte en önskan om att inte förlora sin kliniska tid utan få använda sin omvårdnadskompetens i praktiken. I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor framhävs bland annat att kunna omvandla omvårdnadens teori i praktik och därigenom skapa det goda patientmötet (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Specialistsjuksköterskan i kirurgisk vård har förvärvat ytterligare värdefull teoretisk kunskap som i den kliniska verksamheten är värdefull för både utvecklandet av vården och i patientmötet.

Denna studie bekräftar tidigare genomförd forskning i ämnet och bidrar till en ökad kunskap om hur specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård beskriver sin yrkesroll. Vidare kan studien användas som en grund för den planerade fullskaliga studien. Då specifik forskning saknas för hur specialistsjuksköterskan i kirurgisk vård beskriver och upplever sin yrkesroll behöver området utforskas ytterligare. Då stora resurser läggs på att vidareutbilda sjuksköterskor, inte bara inom kirurgisk vård, bör de färdiga specialisternas kunskap tas till vara på ett kostnadseffektivt sätt som gynnar patienterna. En spännande tanke för framtiden som framkommer i studiens resultat är hur specialistsjuksköterskor i kirurgisk vårds status och yrkesroll hade påverkats om krav på vidareutbildning inom kirurgisk vård hade funnits för att arbeta på en kirurgisk avdelning.

## Kliniska implikationer

Resultatet kan in sin nuvarande form inte användas till att dra några större slutsatser men indikerar ändå att:

- ett behov finns att samla specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård. Detta skulle kunna ske genom exempelvis en specialistsjuksköterskeförening för att där utbyta erfarenheter och utveckla rollen ytterligare,
- för att tydliggöra styrkor och svagheter hos specialistsjuksköterskan i kirurgisk vård så att ledning, organisation samt blivande- och färdiga specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård blir vägleda i sina visioner och mål.

Om nyttan med specialistsjuksköterskan i kirurgisk vård kan synliggöras underlättas argumentationen för utbildning och anställning av nya specialistsjuksköterskor. Rätt specialistsjuksköterska på rätt plats gynnar sannolikt patienten.

## Framtida forskning

Forskning kring hur och var olika specialistsjuksköterskor använder sin utbildning i den kliniska verksamheten har genomförts i USA för att undersöka om kompletterande utbildning krävs (Keough, Stevenson, Martinovich, Young & Tanabe, 2011). Liknande studier i Sverige rörande hur och var specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård använder sin utbildning är ett ämne som bör forskas på ytterligare. Andra intressanta forskningsområden är vidareutbildningens kursplan på de olika universiteterna och hur dessa bör utformas utifrån akademiernas och verksamheternas gemensamma visioner.

## Konklusion

Gränserna och därmed ansvaret för specialistsjuksköterskan i kirurgisk vård ter sig otydligt och styrs i hög grad av den enskilde individens engagemang. Ledning, verksamhet och specialistsjuksköterska bör samspela för att skapa en gynnsam inre och yttre miljö. Detta bildar en grund att utgå ifrån när utmaningar i den nya yrkesrollen skall antas. I utvecklingen av specialistsjuksköterskans roll samt utbildandet och införandet av nya specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård är kunskap om deras motivationer, repertoarer samt förutsättningar i den inre och yttre miljön värdefull för att optimalt kunna utnyttja deras nya kompetens och kunskap. Den professionsriktade

SAUK-modellens perspektiv skulle utgöra ett gott teoretiskt stöd i utvecklingen av specialistsjuksköterskans roll.

#### **Arbetsfördelning mellan författarna**

Pilotstudien har utförts i ett nära samarbete mellan författarna. Samtliga delar har bearbetats gemensamt undantaget en första genomläsning av valda artiklar och av transkriberat material. Vissa delar av själva transkriberingen genomfördes även enskilt, men lyssnades sedan igenom av båda ett flertal gånger.

# Referenser

---

- Bamford, O. & Gibson, F. (2000). The Clinical Nurse Specialist: perceptions of practicing CNSs of their role and development needs. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 282-292.
- Carr, L.T. (1994). The strengths and weaknesses of quantitative and qualitative research: what method for nursing? *Journal of Advanced Nursing*, (20), 716-721
- Carryer, J., Gardner, G., Dunn, S. & Gardner, A. (2007). The core role of the Nurse Practitioner: Practice, professionalism and clinical leader. *Journal of Clinical Nursing*, 16(10), 1818-1825.
- Daly, W. M. & Carnwell, R. (2003). Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advanced nurse practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 158-167.
- Duffield, C., Forbes, J., Fallon, A., Roche, M., Wise, W. & Merrick, E. T. (2005). Nursing skill mix and nursing time: the roles of registered nurses and clinical nurse specialists. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 14-21.
- Etikprövningsnämnden. (2007). *Forskningspersonsinformation*. Hämtad från www 2011-10-19:  
[www.epn.se/media/4807/forskningspersonsinformationen%20slutjusterad%20okt%202007-pdf.pdf](http://www.epn.se/media/4807/forskningspersonsinformationen%20slutjusterad%20okt%202007-pdf.pdf)
- European Higher Education Area. (2010). The official Bologna Process website 2010-2012. Hämtat från www 2011-11-19: <http://www.ehea.info/article-details.aspx?ArticleId=3>
- Fagerström, L. (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska: Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Forbes, J., Fallon, A., Roche, M., Wise, W. & Merrick, E. T. (2005). Nursing skill mix and nursing time: the roles of Registered Nurses and Clinical Nurse Specialist. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 14-21.
- Gardner, A., Hase, S., Gardner, G., Dunn, S. V. & Carryer, J. (2007). From competence to capability; a study of nurse practitioners in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 250-258.
- Gardner, G., Chang, A. & Duffield, C. (2007). Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 382-391.
- Gibson, F. & Bamford, O. (2001). Focus group interviews to examine the role and development of the clinical nurse specialist. *Journal of Nursing Management*, 9, 331-342.
- Glasberg, A-L., Fagerström, L., Råihä, G., & Jungerstam, S. (2009). Erfarenheter av den nya yrkesrollen som klinisk expertsjukskötare – en kvalitativ studie. *Vård i Norden*, 29(2), 33-37.

- Gustafsson, B. (2004). *Bekräftande omvårdnad - SAUK-modellen för vård och omsorg* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Holmdal, B. (1997). *Sjuksköterskans historia*. Stockholm: Liber.
- Hsieh, H-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277-1288.
- Högskoleverket. (2010). *Sjuksköterskors Specialistutbildning- vilken slags examen?* (Rapport 2010:5 R). Stockholm: Högskoleverket.
- International Council of Nurses. (2011). *Nurse Practitioner/Advanced Practice Network - Definition and Characteristics of the role*. Hämtad från [www](http://www.icn-apnetwork.org/) 2011-09-06: [www.icn-apnetwork.org/](http://www.icn-apnetwork.org/)
- Jacobs, J. A. (1989). *Virtue & Self-Knowledge*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Jones, M. L. (2005). Role development and effective practice in specialist and advanced practice role in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing, 49*(2), 191-209
- Keough, V. A., Stevenson, A., Martinovich, Z., Young, R. & Tanabe, P. (2011). Nurse Practitioner Certification and Practice Settings: Implications for Education and Practice. *Journal of Nursing Scholarship, 43*(2), 195-202
- Long, A., McCann, S., McKnight, A. & Bradley, T. (2004). Has the introduction of nurse practitioners changed the working patterns of primary care teams?: A qualitative study. *Primary Health Care Research and Development, 5*, 28-39.
- MacDonald, J-A., Herbert, R. & Thibeault, C. (2006). Advanced Practice Nursing: Unification through a common identity. *Journal of Professional Nursing, 22*(3), 172-179.
- Ormond-Walsh, S. E., & Newham, R. A. (2001). Comparing and contrasting the clinical nurse specialist and the advanced nurse practitioner roles. *Journal of Nursing Management, 9*, 205-207.
- Regeringskansliet. (2010). Bolognaprocessen. Hämtat från [www](http://www.regeringen.se/sb/d/9267) 2011-11-19: [www.regeringen.se/sb/d/9267](http://www.regeringen.se/sb/d/9267)
- Plager, K. A. & Conger, M. M. (2007). Advanced practice nursing. *Internet Journal of Advanced Nursing Practice, 9* (1), 1-15.
- Richmond, T. S. & Becker, D. (2005). Creating an Advanced Practice Nurse-friendly culture. *AACN Clinical Issues, 16*(1), 58-66.
- Roberts-Davis, M. & Read, S. (2001). Clinical role clarification; using the Delphi method to establish similarities and differences between Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists. *Journal of Clinical Nursing, 10*, 33-43.
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Socialdepartementet: Elanders Gotab.
- SFS 2010:1369. *Patientsäkerhetsförordning*. Stockholm: Socialdepartementet: Elanders Gotab.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2010). *Årsrapport NPS 2010. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Starrin, B. & Svensson, P. G. (1995). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensk Sjuksköterskeförening [SSF]. (2010). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Stockholm: BrommaBrolins.
- Svenska Akademien. (2009). *Svenska Akademiens Ordlista*. (1:a uppl.). Stockholm: Svenska Akademien.
- Sveriges kommuner och landsting. (2009). *Tillgång på specialistsjuksköterskor*. Stockholm: SKL.
- Verket för högskoleservice, [VHS]. (2011). *Specialistutbildningar VT 2008-HT 2011*. Information skickad av Ekegren, A. via mail 2011-08-15.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet: Elanders Gotab.
- Wiebeck, V. (2010). *Fokusgrupper - Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Öhlén, J., Furåker, C., Jakobsson, E., Bergh, I. & Hermansson, E. (2010). Impact of the Bologna process in Bachelor nursing programmes: The Swedish case. *Nurse Education Today*, 31, 122-128.